



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**ÁREA: PSICOLOGÍA Y SALUD**

**PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA PADRES**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**

**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**MTRA. LETICIA ADRIANA RIVERA CASTAÑEDA**

**COMITÉ DE TUTORES**

Dra. Claudia Unikel Santoncini

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Patricia Andrade Palos

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Dra. María Elena Rivera Heredia

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. Teresita De Jesús Saucedo Molina

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Verónica Vázquez Velázquez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx.**

**Junio, 2018**



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.

## Índice

<b>Resumen</b>	6
<b>Introducción</b>	7
<b>CAPÍTULO 1</b>	10
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	
1.1 Definición y criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria	10
1.2 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria	14
1.3 Definición de las conductas alimentarias de riesgo	17
1.4 Epidemiología de las conductas alimentarias de riesgo	18
1.5 Curso de los trastornos de la conducta alimentaria	20
1.6 Modelos etiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria	23
1.7 Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria	29
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>LA FAMILIA Y SU IMPLICACIÓN EN EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	32
2.1 Adolescencia y familia	32
2.1.1 Prácticas parentales y el proceso de separación durante la adolescencia	34
2.1.2 Alimentación durante la adolescencia	37
2.2 Familia y los trastornos de la conducta alimentaria	38
2.1.1 Antecedentes históricos	39
2.2.2 Hallazgos sobre la familia: TCA y CAR	42
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA</b>	57

## **ALIMENTARIA**

3.1 Programas de prevención universal con adolescentes	59
3.2 Prevención selectiva con adolescentes	63
3.3 Prevención selectiva con adolescentes y sus padres	66

## **CAPÍTULO 4** 71

### **METODOLOGÍA**

4.1 Justificación	71
4.2 Pregunta de investigación	73
4.3 Objetivo general	73

## **CAPÍTULO 5**

### **ESTUDIO 1. ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS FAMILIARES ASOCIADOS CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA** 74

5.1 Objetivo general	74
5.2 Objetivos específicos	74
5.3 Método	74
5.3.1 Participantes	74
5.3.2 Instrumentos	78
5.3.3 Procedimiento	79
5.3.4 Resultados	79

## **CAPÍTULO 6**

### **ESTUDIO 2. DISEÑO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DIRIGIDO A PADRES: “LA BELLEZA MÁS ALLÁ DEL CUERPO”** 88

6.1 Objetivo general	88
6.2 Objetivos específicos	88
6.3 Método	88
6.3.1 Procedimiento	88
6.3.2 Resultados	89

## **CAPÍTULO 7**

### **ESTUDIO 3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DIRIGIDO A PADRES: “LA BELLEZA MÁS ALLÁ DEL CUERPO”**

7.1 Objetivo general	96
7.2 Objetivos específicos	96
7.3 Definición de variable independiente	97
7.4 Definición conceptual y operacional de las variables dependientes	97
7.5 Instrumentos	98
7.6 Método	102
7.6.1 Diseño de investigación	102
7.6.2 Muestra	102
7.6.3 Consideraciones éticas	104
7.6.4 Criterios de inclusión	104
7.6.5 Criterios de exclusión	104
7.6.6 Procedimiento	104
7.7 Resultados	106
7.7.1 Análisis de significancia clínica	108
7.7.2 Análisis de significancia clínica para las conductas alimentarias de riesgo	108
7.7.3 Análisis de significancia clínica para los aspectos familiares	113

## **CAPÍTULO 8**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

8.1 Fase 1. Análisis de los aspectos familiares asociados con los trastornos de la conducta alimentaria	117
8.2 Fase 2. Diseño del programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria dirigido a padres: “La belleza más allá del cuerpo”	122
8.3 Fase 3. Evaluación del programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria dirigido a padres: “La belleza más allá del cuerpo”	128

<b>REFERENCIAS</b>	133
--------------------	-----

<b>ANEXOS</b>	146
---------------	-----

<b>Anexo de la Fase 1</b>	147
---------------------------	-----

Consentimiento informado

Guía de entrevista para mujeres

Guía de entrevista para padres

<b>Anexo de la Fase 2</b>	161
---------------------------	-----

Consentimiento informado para el grupo piloto

<b>Anexo de la Fase 3</b>	165
---------------------------	-----

Consentimiento informado

Tablas de análisis de significancia clínica de los aspectos familiares

## Resumen

Prevenir los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es de suma importancia por las múltiples consecuencias médicas, sociales y económicas que afectan la calidad de vida de la persona que los padece, que en ocasiones pueden llevarla hasta la muerte. El apoyo y el involucramiento de los padres para la mejoría de la persona enferma o en riesgo son necesarios. Intervenir en las conductas alimentarias de riesgo (CAR) es fundamental, ya que éstas pueden encaminar al desarrollo de un TCA. **Objetivo.** Se diseñó y evaluaron los resultados de un programa de prevención interactivo “La belleza más allá del cuerpo”, dirigido a padres de mujeres adolescentes que presentan CAR, con la finalidad de reducir estas conductas, y como estrategia para prevenir los TCA. **Método.** La investigación se dividió en tres fases. La primera fase comprendió la identificación y comprensión de los aspectos familiares asociados a los TCA. En la segunda fase se diseñó el programa para padres a partir de los resultados de la primera. La tercera fase consistió en la evaluación del programa de prevención, a través de un diseño cuasi experimental, pre- post evaluación y seguimiento a tres meses para un grupo experimental y un grupo control. Se realizó un análisis de significancia clínica por participante de ambos grupos. **Resultados.** Los resultados indicaron una reducción significativa de las CAR en las adolescentes cuyos padres asistieron al programa, en comparación con las adolescentes cuyos padres no asistieron, estos resultados se mantuvieron en el seguimiento a tres meses. **Conclusiones.** Los hallazgos de esta investigación dieron cuenta de la reducción de las CAR a partir del trabajo realizado con padres de adolescentes escolarizadas. La presente investigación hace aportaciones en el ámbito teórico y práctico para el abordaje de los TCA, especialmente en el trabajo con padres y se propone un programa de prevención interactivo que mantiene la asistencia y participación de los mismos.

**Palabras clave:** prevención, conductas alimentarias de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, padres y adolescentes.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país se ha reportado el incremento de las conductas alimentarias de riesgo, las cuales son similares a las conductas que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pero distintas en intensidad y frecuencia. De acuerdo con las cifras reportadas por la ENSANUT (2012) las conductas alimentarias de riesgo incrementaron significativamente tanto en hombres como en mujeres adolescentes, en comparación con lo reportado por la ENSANUT (2006).

Diversos estudios confirman que la adolescencia es una etapa de riesgo para desarrollar algún TCA, principalmente en mujeres adolescentes (Peláez, Labrador & Raich, 2006; Rohde, Stice & Marti, 2014). Los TCA son enfermedades mentales serias, con una morbilidad y mortalidad que no se relaciona con el peso corporal de la persona (APA, 2013; Herzog et al.1999; Ward, Ramsaid & Treasure 2000). Prevenir los TCA es de suma importancia por las múltiples consecuencias médicas, psicológicas y sociales que afectan la calidad de vida de la persona que los padece.

Una vasta cantidad de estudios sustentan la influencia de los padres para el desarrollo de un TCA en sus hijos (Brown & Geller, 2006; Corte, 2016; González-Macías, Romero, Rascón & Caballero, 2013; Guelar & Crispo, 2001; Loth, Neumark- Sztainer & Croll, 2009; Mateos et al., 2014; Quiles, Quiles Sebastián, Aupalat, Botella & Treasure, 2013; Tafa et al., 2017). También se ha observado que el involucramiento de los padres es fundamental para lograr la recuperación de la persona enferma o en riesgo (Bruning, Winzelberg, Abascal & Taylor, 2004, Corning, Gondoli, Bucchianeri & Salafia, 2010; Garfinkel & Garner, 1982; Varnado- Sullivan, Zucker, Williamson & Reas, 2001; Trost, 2006).

Abordar dicha problemática social es un punto de partida importante para minimizar los efectos de las conductas alimentarias de riesgo, las cuales pueden encaminar a un adolescente a desarrollar algún TCA, por lo que diseñar e implementar programas de prevención para los padres que les permitan obtener herramientas para saber cómo actuar ante una situación de riesgo



en sus hijos, es determinante para promover cambios en los ambientes familiares y evitar el desarrollo de alguna psicopatología, como los trastornos de la conducta alimentaria (Garfinkel & Garner,1982)

Debido a que en México no se cuenta con un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria dirigido a padres de hijos con riesgo, el objetivo de este proyecto fue desarrollar un programa interactivo para padres con hijas con conductas alimentarias de riesgo, en el cual se consideraron estudios preliminares sobre los aspectos familiares relacionados a la presencia de conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria, y se revisaron los programas de prevención desarrollados en otros países que incluyeron la participación de los padres.

El presente trabajo se divide en ocho capítulos, el primero plantea el tema de los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas alimentarias de riesgo, abordando la definición, datos epidemiológicos, curso, etiología y factores de riesgo. En el segundo capítulo, se desarrolla el tema de la familia y su implicación con el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria. Se revisa el tema de la adolescencia y las prácticas de los padres durante dicha etapa, así como la relación de la familia y los TCA.

El tercer capítulo considera el trabajo de prevención de los TCA, los distintos programas de prevención realizados hasta la fecha, y se describen aquellos programas que han incluido el trabajo con padres.

En el cuarto capítulo se plantea la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación, en el quinto, sexto y séptimo capítulos se presentan los resultados de la primera, segunda y tercera fase respectivamente las cuales corresponden a la fase cualitativa, a la presentación de un resumen del programa de prevención desarrollado “La belleza más allá del cuerpo”, y a los resultados de la implementación del programa.

Finalmente el octavo capítulo incluye la discusión y las conclusiones a las que se llegó en el estudio, describiendo además los principales hallazgos, limitaciones y líneas de investigación futura derivadas de los resultados obtenidos.

## **CAPÍTULO 1.**

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La alimentación es una de las conductas más importantes de un individuo, los propósitos de una alimentación adecuada son aportar los nutrimentos necesarios para mantener el equilibrio energético y el buen funcionamiento del organismo. En los trastornos de la conducta alimentaria como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón no se cumplen estos propósitos (Guelar & Crispo, 2001).

En la anorexia nerviosa (AN) la persona se rehúsa a mantener una alimentación adecuada, es decir deja de comer los nutrimentos y cantidades de alimentos necesarios por el deseo de controlar su peso corporal y adelgazar cada vez más (Gómez, 2003). La anorexia nerviosa comenzó a ser más frecuente en las sociedades occidentales a finales de los años 60's en mujeres jóvenes de clase media y alta que evitaban ingerir alimentos, y que en algunas les provocaba la muerte. Posteriormente en los años 70's se identificó otro trastorno de la conducta alimentaria denominado bulimia nerviosa (BN), el cual consistía en que mujeres jóvenes alternaban la abstinencia de ingerir alimentos con atracones de comida y que eran seguidos de conductas compensatorias (Polivy & Herman, 2002). A continuación se definen los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria.

#### **1.1 Definición y criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por ser perturbaciones persistentes del comportamiento relacionado con la alimentación, que dan como resultado una alteración en el consumo y la absorción de los alimentos y que deteriora significativamente la salud física y el funcionamiento psicosocial (American Psychological Association [APA], 2013).

De acuerdo con el DSM 5 (APA, 2013) se señalan tres síndromes específicos: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA), los criterios diagnósticos para cada uno se describen a continuación. Para anorexia nerviosa son:

A. Restricción de la ingesta de energía, que lleva a una pérdida de peso significativa de acuerdo a la edad, sexo, desarrollo y salud física. Peso bajo significativo que se define como un peso que es menor al mínimo normal o, para niños y adolescentes, menor que el mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso corporal o convertirse en obeso, o comportamiento persistente que interviene en ganar peso corporal, a pesar de que es un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en la que se experimenta o percibe el peso o la silueta corporal, influencia indebida del peso o silueta corporal en la autoevaluación, o falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal.

Además, se debe señalar el tipo, la remisión y la gravedad para la AN

**Tipo restrictivo.** Durante los últimos 3 meses, la persona no ha participado en episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos auto-inducidos o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se logra principalmente a través de la dieta, el ayuno y / o ejercicio excesivo.

**Tipo atracón/ purga.** Durante los últimos 3 meses, la persona ha participado en episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito auto-inducido o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas).

**Remisión parcial.** Después de que se cumplen previamente con todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A no se cumple durante un periodo prolongado de tiempo, pero se cumple el criterio B o C.

**Remisión total.** Después de que se cumplen previamente con todos los criterios para la anorexia nerviosa, ninguno de los criterios se cumple por un periodo prolongado de tiempo.

**La gravedad** se indica a partir del IMC de la persona, los intervalos son los siguientes:

Gravedad media:  $IMC > 17 \text{ kg/m}^2$

Gravedad moderada: 16 – 16.99 kg/m<sup>2</sup>

Gravedad severa: 15- 15.99 kg/m<sup>2</sup>

Gravedad extrema: < 15 kg/m<sup>2</sup>

Los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa son los siguientes:

A. Presencia de atracones: un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son: provocación de vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, en promedio, al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de la anorexia nerviosa.

Se debe señalar la remisión para la BN

**Remisión parcial.** Después de que se cumple con todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos de los criterios no se han cumplido durante un periodo prolongado de tiempo.

**Remisión total.** Después de que se cumple con todos los criterios para la bulimia nerviosa, ninguno de los criterios se cumple por un periodo prolongado de tiempo.

Y la gravedad de la BN es a partir de las conductas compensatorias:

Medio: 1-3 episodios de conductas inapropiadas por semana

Moderado: 4- 7 episodios de conductas inapropiadas por semana

Grave: 8- 13 episodios de conductas inapropiadas por semana

Extremo: >14 episodios de conductas inapropiadas por semana

Los criterios diagnósticos para el trastorno por atracón son los siguientes:

A. Atracónes recurrentes

B. Los atracónes se asocian a 3 o más de los siguientes indicadores:

1. Comer mucho más rápido de lo normal
2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno
3. Comer grandes cantidades de comida en ausencia de hambre
4. Comer solo por sentimientos de vergüenza por lo mucho que se come
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, triste o muy culpable después de un

atracón

C. Malestar significativo.

D. Los atracónes ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

E. El atracón no está asociado a conductas compensatorias inadecuadas como en BN y no ocurre exclusivamente en el curso de BN o AN.

Se debe señalar la remisión para la TA

**Remisión parcial.** Después de que se cumplen previamente con todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracónes de comida se producen en una frecuencia media, menor a un episodio por semana por un prolongado periodo de tiempo.

**Remisión total.** Después de que se cumplen previamente con todos los criterios para el trastorno por atracón, ninguno de los criterios se cumple por un prolongado periodo de tiempo.

Especificar la gravedad a partir del número de atracónes por semana:

Medio: 1-3 atracónes por semana

Moderado: 4- 7 atracónes por semana

Severo: 8- 13 atracónes por semana

Extremo: > 14 atracónes por semana

Así mismo, en el DSM 5 (APA, 2013) se incluyen los siguientes trastornos alimentarios:

*Pica.* Ingesta de sustancias no nutritivas inapropiadas al nivel de desarrollo del individuo, no asociada a ningún trastorno mental, estado de salud ó práctica social o cultural.

*Otros trastornos especificados.* Es una nueva clasificación que incluyen a la anorexia atípica, bulimia nerviosa de baja frecuencia o duración, trastorno por atracón de baja frecuencia o duración, trastorno purgativo y trastorno de comedor nocturno.

*Trastornos sin especificar.* Se definieron como los síntomas característicos de algún trastorno alimentario que ocasionan malestar o deterioro significativo en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento, pero que la persona no cumpla con todos los criterios diagnósticos.

## **1.2 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria**

**Epidemiología internacional.** La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en Estados Unidos de Norteamérica en población adolescente de 13 a 18 años, es de 0.3% para anorexia nerviosa, de 0.9% para bulimia nerviosa y de 1.6% para trastorno por atracón, según un estudio realizado en una muestra representativa de 10,123 participantes hombres y mujeres (Swanson, Crow, Grange, Swendsen & Merikangas, 2011). Mientras que en países como Brasil se reporta una prevalencia de 0.3% a 2.2% para anorexia nerviosa en población femenina adolescente entre 15 y 19 años, y una prevalencia de 0.1% a 2% para bulimia nerviosa en población femenina adolescente entre 10 y 19 años (Portela, Costa Ribeiro, Giral & Raich, 2012).

La Asociación de Lucha contra la Anorexia Nerviosa y Bulimia de Argentina reportó un 5.3% de trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente, entre los distintos niveles educativos: 58.4% en nivel secundaria, 21.4% en nivel universitario y 14.9% en nivel terciario a través de 2, 346 encuestas de distintas ciudades del país (Lenoir & Silber, 2006). Smink et al. (2014) señalan que en población europea los TCA siguen teniendo una prevalencia mayor en las mujeres adolescentes en comparación con los hombres de 5.7% y 1.2% respectivamente, con una edad de inicio entre los 11 a los 14 años de edad.

En Francia se reporta una prevalencia de 0.5 a 1% de anorexia nerviosa en mujeres adolescentes de 15 y 19 años, con una media de 17 años (Flament, Ledoux, Jeammet, Boulimie, et al., 1993). Mientras que la prevalencia para BN es de 0.8% y para TA es de 1.4% en población

estadounidense, con una edad de inicio entre los 18 a los 20 años para ambos trastornos (Kessler et al., 2013). En Madrid, España, se encontró una prevalencia de 17.6% en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años con alto riesgo de desarrollar un TCA, a través de una muestra representativa de 2, 551 participantes (Sepúlveda, Carroble & Gandarillas, 2008).

El DSM 5 (APA, 2013) reportó en un período de doce meses una prevalencia de 0.4% para AN y una prevalencia de 1% a 1.5% para BN. Estudios epidemiológicos refieren que los TCA se presentan con una tasa de incidencia de 270 por 100 000 personas años en mujeres entre 15 y 19 años (Peláez, Labrador & Raich, 2006; Rohde, Stice & Marti, 2014; Smink, Hoeken & Hoek, 2012).

Respecto a la mortalidad de los trastornos alimentarios, un meta-análisis analizó 42 estudios publicados para estimar la tasa de mortalidad asociada a la anorexia nerviosa. La tasa cruda de mortalidad para personas con anorexia nerviosa en los estudios revisados fue de 5.9% (178 muertes en 3006 sujetos). Se estimó una tasa de mortalidad total de 0.56% por año, o aproximadamente 5.6% por década. Concluyendo que la tasa de mortalidad estimada para los sujetos con anorexia nerviosa es sustancialmente mayor que la reportada para pacientes psiquiátricos femeninos y para la población en general (Sullivan, 1995). En los años 90's la anorexia nerviosa se asoció con una alta tasa de mortalidad entre los trastornos mentales (Smink, Hoeken & Hoek, 2012).

Crow, et al., (2009) estudiaron la tasa de mortalidad en los TCA en población estadounidense, a través de un estudio longitudinal con 1885 personas en el período de 1979 a 1997. Su muestra se conformó por 177 participantes con anorexia nerviosa, 906 participantes con bulimia nerviosa y 802 participantes con trastorno alimentario no especificado; todos los participantes se encontraban en tratamiento en una clínica especializada. Los resultados reportaron una tasa cruda de mortalidad de 4.0% para AN, 3.9% para BN y 5.2% para TANE.

Papadopoulos, Ekblom, Brandt y Ekselius (2009) estudiaron en población sueca, la tasa de mortalidad asociada a la anorexia nerviosa y factores de riesgo en 6009 mujeres que fueron



hospitalizadas por diagnóstico de anorexia nerviosa en el período 1973 al 2003. Encontraron una tasa de mortalidad para todas las causas de muerte de 6.2 (IC del 95%: 5.5 a 7.0), refiriendo que la anorexia nerviosa, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio obtenían la mayor tasa de mortalidad. Veinte años o más después de la primera hospitalización la tasa de muerte se mantuvo significativamente elevada. Se observó que a menor edad en la paciente y una atención hospitalaria prolongada se asoció con un mejor pronóstico para la recuperación, mientras que la comorbilidad psiquiátrica y somática afectó al buen pronóstico para la recuperación de la paciente.

**Epidemiología nacional.** La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) que se basó en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado, cuya población de estudio fue no-institucionalizada, con un hogar fijo, de entre 18 y 65 años de edad y que habitaba en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes), señaló una prevalencia de bulimia nerviosa de 0.4% para mujeres en los últimos doce meses, y una prevalencia 0.0% para los hombres en los últimos doce meses, indicando que la bulimia nerviosa es un trastorno que se extiende a lo largo de la vida, de los 10 a los 47 años aproximadamente (Medina- Mora, et al., 2003).

Recientemente, en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, se reportó una prevalencia de 0.5% para anorexia nerviosa, 1% para bulimia nerviosa y 1.4% para trastorno por atracón, a partir de un estudio probabilístico de 3005 adolescentes entre los 12 y 17 años del Distrito Federal y área conurbada (Benjet, Méndez, Borges & Medina- Mora, 2012).

Otro estudio realizado por Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla (2004) señaló la ocurrencia de los trastornos de conducta alimentaria en población juvenil, a través de 1483 jóvenes con 16 años en promedio, de instituciones educativas públicas y privadas de la zona metropolitana de la Ciudad de México; la muestra se dividió en: 207 alumnos de primaria (84 mujeres y 123 hombres), 493 alumnos de secundaria (238 mujeres y 255 hombres), 61 alumnos de preparatoria (26 mujeres y 35 hombres) y 722 alumnos de licenciatura (382 mujeres y 339 hombres). Los resultados indicaron que el 4% (60 casos) de la población juvenil mexicana

padecía algún trastorno de la conducta alimentaria, de los cuales el 3.5% (52 casos) correspondía a las mujeres y el 0.5% (8 casos) a los hombres.

Al respecto, un estudio realizado por Unikel (2003) en nuestro país señala que la demanda de la Clínica de Trastornos Alimentarios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, ha aumentado 15 veces en un periodo de 10 años (1992 a 2002).

### **1.3 Definición de las conductas alimentarias de riesgo**

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR), son definidas como manifestaciones conductuales similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) que se dan con menor frecuencia e intensidad, es decir, que no cumplen con los criterios diagnósticos para un trastorno de la conducta alimentaria, pero que son características de los mismos (Unikel, Bojórquez, & Carreño, 2004). Las CAR tienen el objetivo de controlar o reducir el peso corporal y se clasifican de la siguiente manera:

**Dieta restrictiva.** Se define como la restricción voluntaria de alimentos o grupos de los mismos, considerados por el individuo como “engordadores”, o la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena), con el objetivo de controlar o bajar de peso corporal (Saucedo, 2003). Una dieta muy baja en calorías se define como la que proporciona < 800 kcal/día, en la anorexia nerviosa existe una reducción importante de los hidratos de carbono y el aporte va de las 300 a 500 kcal/día, la mayoría de las pacientes comienza con dietas restringidas (Berdanier, Dwyer & Feldman, 2010; Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999).

**Ayuno.** Es un período de tiempo mayor a 12 horas donde la persona ingiere alimentos por debajo de sus requerimientos, no recibe la cantidad adecuada de energía en forma de macronutrientes, ni las cantidades adecuadas de vitaminas y minerales. Existen diversas formas de ayuno: los de carácter voluntario como las huelgas de hambre y regímenes hipocalóricos y los involuntarios que se atribuyen a la falta de recursos económicos. Se han descrito dos tipos de

ayuno: a) parcial, cuando el individuo recibe parte de sus requerimientos nutricionales y b) total, cuando no recibe nada, excepto agua (Mataix & Pérez, 2006, citado de Díaz de León, 2013).

**Ejercicio excesivo.** Es aquel que interfiere con las actividades diarias de la persona, cuando ocurre en horas o lugares poco apropiados, o el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presenta complicaciones médicas (APA, 2013).

**Vómito auto inducido.** Utilizar estrategias para que el alimento deglutido regrese por la boca al exterior.

**Uso de laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar.** Uso de estos fármacos para controlar el peso corporal sin prescripción médica.

**Atracón.** Consiste en la ingestión de una cantidad de alimento superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, con la sensación de pérdida de control, es decir, no poder parar de comer (APA, 2013).

#### **1.4 Epidemiología de las conductas alimentarias de riesgo**

**Epidemiología internacional.** Las CAR se presentan tanto en hombres como en mujeres adolescentes que refieren estar preocupados por controlar su peso corporal (Dominé, Berchtold, Akre, Michaud & Suris, 2009; Neumark-Sztainer & Hannan, 2000), y que en ocasiones recurren a métodos de control de peso no saludables como: uso de laxantes, vómito auto-inducido, ayunos y dietas restrictivas como manera de lograrlo (Neumark-Sztainer, Wall, Story & Perry, 2003). La población femenina realiza con más frecuencia dietas restrictivas, uso de laxantes, vómito auto-inducido para controlar el peso corporal a diferencia de los hombres (Sepúlveda, Carrobbles & Gandarillas, 2008) quienes expresan la insatisfacción corporal de manera diferente que las mujeres, por lo que se han desarrollado instrumentos específicos que abordan la insatisfacción corporal masculina (Compte, Sepúlveda, Pellegrin & Blanco, 2015; Sepúlveda et al., 2016). Se

ha observado que los adolescentes que realizan una dieta estricta con el fin de controlar o reducir su peso corporal son más propensos a desarrollar un TCA al cabo de 3 años (Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999). En países como Colombia reportan una prevalencia del 30.1% de CAR en población adolescente, siendo más prevalente en las mujeres con un 41.3% (Fajardo, Méndez & Jauregui, 2017).

**Epidemiología nacional.** En México, Gómez- Peresmitré, Alvarado, Moreno, et al. (2001) evidenciaron que el 50% de las jóvenes realizaron cambios en su alimentación para controlar el peso, en tres grupos de población: de 6-9 años, 10-12 años y 13-19 años. En los varones esos cambios se habían producido en el 50% de la muestra, descendiendo a 25% a los 10- 12 años de edad. Otro trabajo de Gómez-Péresmitré, García, Labastida, et al. (2002) identificó en una muestra de estudiantes hombres y mujeres de 16 años de edad, que el 8.8% había practicado dietas restringidas durante los 15 días previos al estudio. El 10% presentaba conductas alimentarias de riesgo.

Unikel et al. (2004) han señalado que la frecuencia de las CAR en nuestro país va de 5% hasta 18% en estudiantes de bachillerato y mujeres universitarias. Al respecto también León, Gómez-Peresmitré y Platas (2008) estudiaron adolescentes mujeres de 12 años en promedio y encontraron que el 65% de las adolescentes se preocuparon por su peso y el 56% de las adolescentes realizaron dietas, el estudio menciona que en nuestro país los patrones alimentarios restrictivos son cada vez más comunes en los adolescentes tempranos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) señaló que la proporción de adolescentes en riesgo de tener un TCA, fue de 1.9% para el sexo femenino y 0.8% para el masculino. Esta proporción fue más alta que la registrada en la ENSANUT 2006, en la que se obtuvo un 0.9% y 0.4% para el sexo femenino y masculino respectivamente. En las adolescentes mujeres la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%) y en los adolescentes varones la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%) (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Villalpando et al., 2012; Olaiz, Rivera, Shamah, Rojas et al., 2006). Datos recientes señalan que la prevalencia de CAR en estudiantes universitarios de

ambos sexos fue de 6.1% en mujeres y de 4.1% en hombres (Unikel, Díaz de León & Rivera, 2016).

Las cifras que se muestran respecto a las conductas alimentarias de riesgo en nuestro país, indican su incremento con el tiempo y el impacto que ejercen sobre la población adolescente. Por ello, la importancia de trabajar en reducir las CAR y prevenir el desarrollo de los TCA, principalmente por que se compromete la salud física, emocional y social de la persona, y que empiezan a manifestarse desde las conductas alimentarias de riesgo.

### **1.5 Curso de los trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por ciclos de recuperación y recaídas (Crow et al., 2009). Al respecto Keel y Brown (2010) señalan que los tratamientos de TCA pueden alcanzar una media de duración de 4 y 6 años, con constantes recaídas y un porcentaje de cronicidad del 20%. Un estudio longitudinal exploró el curso de los TCA en un período de siete años con 246 mujeres con anorexia y bulimia nerviosa, el seguimiento fue reportado en términos de recuperación parcial o completa. El 74% de las mujeres con BN y el 33% de las mujeres con AN pudieron lograr una recuperación completa en el transcurso de 90 meses de seguimiento; mientras que el 83% de las mujeres con AN y el 99% de las mujeres con BN obtuvieron una recuperación parcial. Los resultados indicaron que el diagnóstico de anorexia nerviosa fue el factor que predijo el peor resultado. Los hallazgos del estudio sugieren que el curso de la AN se caracteriza por tasas altas de recuperación parcial y tasas bajas de recuperación completa, mientras que el curso de la BN se caracteriza por altas tasas de recuperación tanto parcial como completa (Herzog, Dorer, Keel, Selwyn, Ekeblad, Flores et al., 1999).

Los TCA también se identifican por su alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como: trastorno de ansiedad, trastornos afectivos, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post- traumático y fobia social. En un estudio realizado con 97 participantes con anorexia nerviosa, 283 participantes con bulimia nerviosa y 293 participantes con anorexia nerviosa y que posteriormente migraron a un diagnóstico de bulimia nerviosa, los resultados

indicaron que no había diferencias entre los diagnósticos de TCA y los diferentes trastornos psiquiátricos, y obtuvieron una comorbilidad del 63.5% con trastorno de ansiedad, 41% con trastorno obsesivo compulsivo y 20% con fobia social; el trastorno por estrés post-traumático fue tres veces más frecuente en las participantes con bulimia nerviosa (Kaye, Bulik, Thornton, Borabrich & Masters, 2004).

Brand- Gothelf, Ayelet, Leor, Apter y Fenning (2014) señalan que a mayor sintomatología ansiosa y/o depresiva aumenta la gravedad de la anorexia nerviosa, en términos de un mayor número de intentos de suicidios y de hospitalizaciones. La sintomatología ansioso/depresiva puede perpetuar los síntomas alimentarios (Spindler & Milos, 2007). La comorbilidad psiquiátrica se torna un factor perjudicial en el curso y tratamiento de los TCA, a través del cual se exagera el deterioro social y disminuye la respuesta al tratamiento.

Benjet et al. (2012) refieren que en nuestro país la mayoría de los adolescentes con TCA cumplen con criterios diagnósticos para algún otro trastorno psiquiátrico, y que el patrón de comorbilidad es diferente para cada trastorno alimentario. Para aquellos que cumplen criterios para la anorexia nerviosa, hay una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo; para aquellos con bulimia nerviosa y trastorno por atracón hay una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y de abuso de sustancias. También se señala que las personas afectadas por TCA no siempre reciben tratamiento para su recuperación, y que únicamente el 17.3%, 24.3% y 13.7% de los adolescentes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón en los últimos doce meses, respectivamente, ha recibido tratamiento en este mismo período de tiempo.

Los TCA también se caracterizan por su alto índice de mortalidad. Un estudio realizado en Francia, identificó que la tasa de mortalidad en las pacientes con AN, se incrementó diez veces más en comparación con la población general de mujeres francesas. Trabajaron con una muestra de 601 mujeres con anorexia nerviosa, los resultados indicaron que 10 años después de la hospitalización el riesgo de muerte aumentó, se obtuvo una tasa de mortalidad estandarizada de 10.6 (por sus siglas en inglés SMR = 10.6). Durante el estudio se observaron 40 muertes, con una

tasa de mortalidad cruda de 7.5 (por sus siglas en inglés CMR = 7.5). Los factores de riesgo que se encontraron asociados con la muerte de las pacientes fueron: larga duración del trastorno alimentario, antecedentes de intento de suicidio, uso de diuréticos y la intensidad de los síntomas del trastorno. El estudio enfatiza que las pacientes con anorexia nerviosa tienen un alto riesgo de muerte, y el riesgo se predice por la cronicidad y gravedad de la enfermedad en hospitalización (Huas, Caille, Godart, Foulon, Pham-Scottetz, Divac et al., 2011).

El suicidio es considerado una de las principales causas de muerte en anorexia nerviosa (Sullivan, 1995), donde la sintomatología depresiva parece ser un factor mediador importante (Brand- Gothelf, Ayelet, Leor, Apter & Fenning, 2014).

Además, los TCA pueden producir graves complicaciones médicas, como son: problemas gastrointestinales como el estreñimiento y dolor abdominal; problemas endocrinos y metabólicos que producen fatiga, intolerancia al frío e hipotermia; problemas esquelético-musculares como dolor óseo y en los músculos, osteopenia, osteoporosis y problemas dentales; problemas cardiovasculares que producen mareos, palpitaciones, dolor torácico y dificultades en la respiración (American Psychiatric Association, 2003). En algunas personas aparece lanugo, que es el vello corporal que aparece en los recién nacidos para guardar calor; edemas periféricos, color de piel amarillento, hipertrofia de las glándulas salivales y petequias, que son puntos rojos en la cara resultado del rompimiento de vasos capilares con el esfuerzo que se produce al provocarse el vómito. Además, las personas con AN suelen presentar deterioro cognitivo, humor depresivo e irritabilidad. La muerte suele producirse por inanición, fallos orgánicos múltiples, desequilibrios electrolíticos o suicidio (APA, 2013; Frances & Ross, 2002).

Las complicaciones asociadas a la bulimia nerviosa incluyen debilidad, palpitaciones, irritabilidad, dolor abdominal, estreñimiento, deterioro dental y dolor faríngeo (American Psychiatric Association, 2003). Las caries y el desgaste del esmalte dental a causa del vómito recurrente provoca la pérdida de piezas dentarias, se produce además un aumento de tamaño de las glándulas salivales y problemas potencialmente fatales como desgarres esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas (APA, 2013; Strada, 2002; Frances & Ross, 2002). En general, a

causa de la mala nutrición, las personas sufren consecuencias en la piel, el cabello y las uñas, con frecuentes infecciones a causa del debilitamiento del sistema inmunológico (Gómez, 2003).

La OMS (2005) señala que las personas que padecen un TCA experimentan consecuencias emocionales, cognitivas y sociales como: problemas con su auto-imagen, bajo desempeño en el trabajo y problemas económicos, afección en sus relaciones interpersonales, aislamiento y la presencia de otros problemas psiquiátricos coexistentes como ansiedad, depresión, baja autoestima, ideación suicida, abuso de sustancias, etc., situaciones que afectan su calidad de vida (Altamirano, 2009).

Una vez que la persona desarrolla algún TCA el proceso hacia su recuperación es complejo y oscilante. Como señalaron Herzog et al. (1999) respecto a que la recuperación completa no se garantiza en todos los casos. Además que Striegel & Rosseli (2017) señalan que a pesar de la relevancia clínica que tienen los TCA, gran cantidad de las personas que los padecen no reciben el tratamiento adecuado, el cual incluye hospitalizaciones que hace que el costo de la enfermedad sea significativamente elevado para las familias o para el sector salud público de una ciudad o país.

Dominé, Dadoumont & Bourguignon, (2012) y Striegel & Rosseli (2017) enfatizan la importancia de la prevención, los primeros hacen hincapié en la importancia de reducir o eliminar las consecuencias en la salud mental como: depresión, aislamiento, fobia y suicidio; y las consecuencias somáticas como: atrofia cerebral, deficiencias nutricionales, obesidad, trastornos cardíacos y metabólicos. Trabajar en reducir las CAR en los adolescentes, se convierte en una estrategia para detener el proceso hacia un TCA y evitar las múltiples consecuencias que deterioran la salud y calidad de vida, que en muchas ocasiones pueden conducir a la muerte.

## **1.6 Modelos etiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria**



Se han desarrollado diversos modelos etiológicos para explicar el desarrollo de los TCA, que proponen una mayor comprensión sobre su origen, y a partir de éstos se han diseñado programas de tratamiento y prevención.

**La teoría psicoanalítica.** Este modelo teórico menciona que los TCA son enfermedades de tipo neurótico que se desarrollan en la pubertad como resultado de conflictos sexuales, asociados al temor de alcanzar la madurez sexual. Este temor está alrededor de familias en las cuales el padre tiene un lugar pasivo y una madre que fue agresiva y “easitante” en términos psicoanalíticos hace referencia a una madre sobreprotectora y controladora que proporcionó modelos inadecuados de feminidad y por ende las chicas temen parecerse a sus madres (en ellas existe una sensación de embarazo de la madre). De esta manera se pensaba que las jóvenes con anorexia nerviosa tenían un odio inconsciente hacia la feminidad que se originaba en el conflicto materno pre-edípico inconsciente. Para el enfoque psicoanalítico la anorexia nerviosa es interpretada como un intento de regresar a la seguridad de la infancia, los signos físicos de la anorexia nerviosa confirman dicha interpretación, ya que a causa de la pérdida de peso los cambios sexuales secundarios y la menstruación desaparecen en gran medida. El tratamiento psicoanalítico para estos trastornos trata de poner fin a ese odio a la feminidad e ir construyendo una feminidad propia con la que la paciente se identifiquen y tengan control (Keel, 2017). Bruch (1982) postulaba que las madres de chicas que posteriormente desarrollaban una anorexia nerviosa tenían una dificultad para identificar y responder apropiadamente a las necesidades cuando ellas eran niñas. Esto debido a que en los primeros años de vida existió un desajuste entre las necesidades del bebé y la respuesta de sus madres, que de acuerdo con Bruch a partir de este desajuste es que se desarrolla una dificultad para identificar e interpretar los estados internos mediante un término llamado “*alexithymia*”, es decir una pobre consciencia interoceptiva. El desarrollo de la anorexia nerviosa se remonta a la etapa del desarrollo del “yo” en la infancia, cuando la madre interfiere en el desarrollo de la percepción corporal, obstaculizando que la niña aprenda a reaccionar ante estímulos externos, produciéndose sentimientos de incapacidad e ineficacia. El significado que se oculta detrás de la repulsión al alimento por vía de la evitación u el vómito en estas jóvenes, se liga al rechazo de su sexualidad llegada la pubertad y al rechazo hacia la figura materna, como ya se había señalado. La joven rechaza el vínculo con la madre,

éste se caracteriza por ser confuso, lábil, dependiente, hostil y de mala calidad de afecto, que al no poder ser verbalizado se simboliza a través del rechazo a la comida o mediante la ingesta compulsiva del alimento con el cual intenta vencer la ansiedad y llenar las carencias afectivas de la infancia (Gómez, 2003). Autores recientes señalan que la estructura familiar aparenta armonía, pero encubre una gran desilusión, rivalidad secreta entre los padres, quienes no consideran las emociones y las necesidades de sus hijos (Castañón & Rocha, 2005).

**La teoría sistémica**, trabaja con las interrelaciones de los miembros de una familia y refiere que la anorexia nerviosa es un síntoma de disfunción familiar, de una organización familiar rígida, existiendo también gran interdependencia de sus miembros y evitación del conflicto; en el caso de pacientes con bulimia nerviosa, en la familia hay más hostilidad y desorganización. Selvini Palazzoli (1974, en Stierlin & Weber, 1990; Strada, 2002) señala que las familias de personas con AN suelen caracterizarse por una realidad de contornos excesivamente rígidos y contradictorios, donde debe existir un marcado control sobre los impulsos, en el que el problema no es tanto la ambigüedad sino un aferrado credo familiar que propicia la evasión y descalificación entre sus miembros familiares. Minuchin, Rosman y Baker (1978) desarrollaron el modelo de sistema familiar en el cual explicaban que los TCA son el resultado de un mal funcionamiento familiar, de acuerdo con este modelo todas las familias están construidas por subsistemas que incluyen diferentes roles y responsabilidades. En las familias con algún miembro con un TCA, se señala que los límites entre los subsistemas son difusos o poco claros, que los padres tenían la característica de ser sobre-protectores, pobremente involucrados, que evadían los conflictos y manifestaban un comportamiento rígido, según el modelo de Olson's estas familias tienden a la excesiva cohesión y pobre flexibilidad (Olson 1988; Wooldridge & Lytle, 2012).

**La teoría cognitivo conductual**, señala que los TCA representan la conjunción de errores cognoscitivos al sobrevalorar el peso y la figura, y que éstos son respuesta compensatoria a sentimientos de baja autoestima, creyendo que al alcanzar el ideal corporal, aumentará su valía (Rodríguez, 2008). Menciona que los TCA son actitudes y conductas que pudieron ser aprendidas

de los miembros de la familia, donde las preferencias centradas en la comida son consecuencias de los TCA como una alta influencia por la cultura y el ambiente familiar

**El modelo biopsicosocial de anorexia nerviosa** de Garfinkel y Garner (1982) explica que la anorexia nerviosa es el resultado de la interacción de múltiples factores que la predisponen, precipitan o perpetúan. Las personas predispuestas a desarrollar una AN, poseen ciertas características que interactúan entre sí y que posibilitan la enfermedad. Sin embargo, no todas las personas con AN cumplen con todos o con los mismos factores predisponentes, el trastorno lo consideran de naturaleza heterogénea. Sin embargo, señalan tres principales categorías de factores que son de índole individual, familiar y cultural.

*Factores predisponentes:* aquellos que favorecen la disposición del individuo a presentar el trastorno.

*Factores individuales predisponentes:* preocupaciones por la autonomía, identidad y separación (que implican diferencias del yo, miedo a madurar, pubertad temprana, distribución de edad y sexo, ser hermano gemelo), trastornos de la percepción o del peso, desarrollo de la personalidad, procesos cognoscitivos y trauma perinatal.

*Factores familiares predisponentes:* características demográficas, como edad de los padres y clase social, cultura que promuevan la insatisfacción con el peso corporal, la alimentación y la delgadez, grandes expectativas de desempeño, antecedentes familiares de trastorno afectivo y probablemente alcoholismo también, obesidad en la madre, relación padres-hijos que dificultan la autonomía y la separación.

*Factores culturales predisponentes:* presión por la delgadez y grandes expectativas de logro, por ejemplo en el ámbito escolar y profesional.

*Factores precipitantes:* son los eventos que determinan el inicio de la enfermedad o trastorno, en el caso de la anorexia nerviosa no se determina un único factor. Los factores que preceden a que la joven lleve a cabo dieta restringida, como medio de ganar autocontrol y autoestima, es ante situaciones como: separaciones y pérdidas, disrupción de la homeostasis familiar, nuevas demandas del entorno y pérdida de la autoestima.

*Factores perpetuantes:* que son aquellos que favorecen el mantenimiento de la enfermedad. Se consideran perpetuantes el síndrome de inanición, vómito auto-inducido, fisiología gastrointestinal, percepción sobre el cuerpo, factores cognoscitivos, características de personalidad, ganancia secundaria, funciones del yo y énfasis en la cultura de la delgadez.

Una persona se vuelve vulnerable de padecer algún TCA cuando se presentan combinaciones específicas entre estos factores.

**El modelo de inicio de dieta restrictiva** (Huon et al. 1999,2002) muestra el grado en que una persona al decidir llevar a cabo una dieta restrictiva, predice la restricción alimentaria actual y futura. El modelo se compone por variables como: influencia social, vulnerabilidad, habilidades protectoras o de enfrentamiento social y contexto familiar.

Este modelo empírico indica que la influencia social es el predictor inmediato y casi exclusivo de la decisión de seguir dietas restrictivas. La influencia social se integra por dos factores: influencia familiar e influencia de pares. Las conductas asociadas a la influencia familiar son: el modelamiento materno de dietas restrictivas, aceptación de los padres a que la hija realice dietas y aceptación de la presión de los padres para seguir dietas. Las conductas asociadas a la influencia de pares o personas de la misma edad son: el modelamiento por las amigas que realizan dietas restringidas, aprobación del grupo de amigas a que la persona siga dietas, aceptación a la presión del grupo de amigas para seguir dietas, para competir y compararse mediante la figura corporal y el seguimiento de dietas.

La vulnerabilidad y las habilidades protectoras o de enfrentamiento social, fueron variables moderadoras de la influencia social, ya sea potenciándola o reduciéndola. La vulnerabilidad incluye tres factores: aceptación de las presiones de padres y pares, permeabilidad de los propios límites a las instrucciones de los padres y la diferenciación del yo ó autonomía ante los deseos o intereses de otros. Las habilidades protectoras o de enfrentamiento social incluyen dos factores: auto eficacia y asertividad. La auto-eficacia social se define como la

creencia en que uno tiene la capacidad y la confianza de enfrentar con éxito y negociar situaciones sociales.

La variable contexto familiar, integra cuatro elementos: estilo educativo materno (sobrepotección o autonomía), estilo educativo paterno (sobrepotección o autonomía), conflictos diarios y apoyo emocional percibido. Estos elementos familiares se relacionan con el tipo de vínculo establecido desde la infancia, un vínculo seguro facilita explorar y dominar el ambiente y por consiguiente el desarrollo de un funcionamiento autónomo, competencia social, sentimiento de auto eficacia y habilidades sociales. Por lo tanto, el modelo establece que mientras más elevados sean los niveles de influencia social (padres y amigas), es más probable es que se practiquen dietas restringidas. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad, es decir la tendencia a la aceptación, y cuanto menos fuerte sea el sentido del yo, tanto mayor será la influencia social. A menor nivel de habilidades sociales mayor será la influencia social. El incremento de circunstancias estresantes, dan lugar a niveles más bajos de autoestima, lo cual conduce al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

**El modelo espiral** de Heatherton y Polivy (1990) considera el comportamiento de dieta restringida como un factor que juega un rol importante en el inicio y el mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosa, y a pesar que no todas las personas que realizan dieta enfermarán de algún trastorno de conducta alimentaria, el fracaso de realizar una dieta y el deseo de iniciar otra una y otra vez, pone en un riesgo importante a las personas que las realizan.

El modelo propone que una progresión en la dieta desencadena un trastorno de la conducta alimentaria, y que las causas son la insatisfacción corporal y el deseo de tener un cuerpo más delgado. El modelo refiere las causas que llevan a una persona a iniciar una dieta y las consecuencias cuando la persona fracasa. Las personas con insatisfacción corporal hacen dieta restringida para controlar su peso; pero pocas veces se tiene éxito en la dieta y no se logra la reducción del peso. Es probable que el individuo recurra al atracón como resultado de la restricción alimentaria; este fracaso retroalimenta la baja autoestima resultando en más insatisfacción corporal que puede conducir a un nuevo intento de restricción alimentaria.

**El modelo interpersonal** (Striegel- Moore, 2001) indica que el desarrollo de la bulimia nerviosa es el resultado de un ambiente familiar disfuncional, el cual está presente desde la infancia. Esto es, sistemas familiares con un alto nivel de hostilidad entre sus miembros, lo cual promueve un pobre funcionamiento psico- social, que deteriora significativamente las relaciones inter- personales en la adultez. Las familias que se caracterizan por mirar al “otro” de manera negativa u hostil, propician que esta hostilidad se interiorice, dando como resultado que la persona tenga actitudes negativas y hostiles consigo misma, o bien el pensamiento crítico respecto a la forma y peso corporal de la persona con bulimia nerviosa.

### **1.7 Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria**

Los TCA son trastornos de origen multifactorial, en los cuales se identifican factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Treasure & Campbell, 1994). El factor biológico considera la predisposición genética de la persona a padecer un TCA, así como un funcionamiento anómalo del sistema serotoninérgico central (Dring, 2015; Toro, 2004). Estudios como el de Klump, Kaye y Strober (2001) explican que no existe algún gen asociado a los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo existen genes relacionados con la síntesis, el transporte y el metabolismo de la serotonina, que se expresan a través del funcionamiento de los estrógenos durante la adolescencia, lo cual puede explicar la creciente incidencia de los TCA en la pubertad.

El factor psicológico señala aspectos propios de la personalidad como el perfeccionismo, competitividad, dificultad en el establecimiento de límites, alta sensibilidad, rasgos de ansiedad y conductas de evitación frente a la solución de problemas que favorecen el desarrollo de un TCA (Kaye et al., 2004; Neumark-Sztainer & Hannan, 2000). Al respecto Tafa et al. (2017) identifican un perfil de personalidad y de psicopatología para cada uno de los TCA, en mujeres con anorexia nerviosa señalan un mayor nivel de psicopatología en trastornos como: trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad, depresión y hostilidad; mientras que las mujeres con bulimia nerviosa se caracterizan por altos niveles de somatización, ideas paranoides y trastorno de

ansiedad y las mujeres con trastorno por atracón se caracterizan por dificultades para relacionarse y trastornos psicóticos.

El factor socio- cultural se refiere a las características del entorno en donde la persona se desarrolla que promueven la aparición del trastorno, en el caso de los TCA se trata de sociedades, culturas o núcleos familiares que promueven el deseo por una figura corporal delgada (Rojo, 2003; Unikel, 2003). Se han identificado factores familiares asociados al desarrollo de los TCA como: falta de cohesión familiar, reglas rígidas, historia de abuso sexual y psicopatología (Kuehne, 1997), así como características en los padres: conflictos de pareja, obesidad, historia de dietas y anorexia nerviosa (Stice, Mazotti, Krebs & Martin, 1998; Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky & Abbott, 1997).

Sin embargo, existen otros estudios que han explorado otros factores de riesgo como el estudio longitudinal de Evans et al. (2017) quienes evaluaron los factores de riesgo asociados a los síntomas de TCA en una muestra de 516, 262 niñas y 254 niños en tres distintas edades: 7, 9 y 12 años. Los factores de riesgo evaluados fueron: índice de masa corporal (IMC), dieta restringida, síntomas depresivos e insatisfacción corporal. Los resultados indicaron que a los 12 años los síntomas de TCA se asociaron fuertemente con la insatisfacción corporal en ambos sexos, la dieta restringida a los 7 años predijo los síntomas de TCA en los niños a los 12 años, pero no en las niñas. Los factores de riesgo que no predijeron los síntomas de TCA a los 12 años fue el IMC, la dieta restringida en las niñas y la insatisfacción corporal a los 7 y 9 años para ambos sexos. La aportación del estudio es dirigir los esfuerzos en prevenir dichos factores de riesgo desde la infancia.

En la pubertad e inicio de la adolescencia (entre los 11 a 14 años) es una etapa en la cual existen múltiples cambios, el cerebro y las funciones cognitivas maduran, y se requiere de cambios y reorganizaciones en diferentes áreas de vida para el adolescente (Ferguson, 2014). Graber, Brooks-Gunn, Paikoff y Warren (1994) señalan que la adolescencia es un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA, particularmente cuando existe un alto porcentaje de grasa corporal y la presencia de algún otro trastorno psiquiátrico. Las jóvenes que iniciaban sus

cambios físicos propios de la pubertad antes que la mayoría de sus pares, mostraban mayor negatividad con respecto a sus cuerpos (Attie & Brooks- Gunn, 1989), lo que también se relacionó con altos niveles de hostilidad en el funcionamiento familiar (Kuence, 1997).

La interacción familiar, la personalidad de los padres y la psicopatología familiar se relacionan con el curso y los síntomas de un TCA (Strober & Humphrey, 1987). La familia es uno de los factores implicados en la etiología de los TCA, por tanto a continuación se describe la importancia de la familia y su relación con estos.



## **CAPITULO 2.**

### **LA FAMILIA Y SU IMPLICACIÓN EN EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La familia es un sistema vivo que pasa por un ciclo de vida que comprenden varias fases, que son: el desprendimiento de la familia nuclear, la formación de una familia, la llegada de los hijos, la adolescencia de los hijos, el reencuentro de la pareja, y la vejez. En cada una de las fases, la familia desempeña funciones específicas, y entre una etapa y otra experimenta momentos de cambio y crisis, las cuales se consideran crisis naturales de cualquier sistema familiar (Estrada, 2008).

También existen situaciones no esperadas que producen un cambio o crisis dentro del sistema familiar conocidas como “crisis inesperadas”, tales como el divorcio de los padres, cambios de casa, escuela, enfermedades repentinas o muerte de un familiar o ser querido. Por ello, es importante que en cada etapa de transición, la familia cuente con la flexibilidad para adaptarse adecuadamente al cambio, a partir del apoyo que puedan brindarse entre los miembros de la familia.

#### **2.1 Adolescencia y familia**

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo humano, comienza con la pubertad, es decir, con un conjunto de cambios físicos y fisiológicos. Durante esta etapa los jóvenes, además, experimentan una serie de cambios cognitivos, psicológicos y sociales, que les permitirá y obligará a dejar el estatus infantil para situarse paulatina y progresivamente en el mundo del adulto (Coon, 1998).

Los cambios físicos internos y externos hacen que el cuerpo de un adolescente se convierta en un cuerpo sexualmente maduro. Los cambios psicológicos y sociales llevan al adolescente a lograr importantes retos, como: consolidar una identidad, lograr su autonomía y responsabilizarse de sí mismos.

El adolescente atraviesa el duelo por la etapa infantil que debe abandonar, pierde su identidad infantil y tiene que construir una nueva, la del adulto. Este proceso de duelo, cambio y transición produce en el adolescente conductas no racionales o no comprensibles para los padres, como el aislamiento, posturas ascéticas o muy religiosas, cambios de humor repentinos y dificultad para controlar sus emociones e impulsos (Blos, 1981). En esta etapa los adolescentes idealizan a otras personas u otras actividades fuera del entorno familiar, lo que facilita la separación paulatina de la dependencia paterna. La realización de actividades fuera de casa facilitará el desarrollo social y satisface la necesidad de aceptación de amistades, pareja o compañeros de trabajo (Fize, 2007).

Los padres también viven cambios y enfrentan el duelo de no ser los padres idealizados para sus hijos, de ser menos necesitados, mayormente cuestionados, criticados y enfrentados. Los padres se dan cuenta que sus hijos ya no son niños y ellos envejecen, entran en una etapa de crisis familiar, donde se cuestiona la manera de tratar o educar a su hijo adolescente, con la necesidad de no perder su autoridad o el “control” sobre los hijos que de acuerdo con los padres “aún no pueden mandarse solos” (Vargas & Ibañez, 2006).

La adolescencia es un proceso de múltiples cambios en el que el adolescente se comportará en ocasiones como un niño y en otras ocasiones como adulto, y a los padres les costará trabajo saber cómo tratarlo. Es importante que el padre reconozca que el adolescente no es un niño y tampoco un adulto, sino que justo se encuentra en el proceso de dejar de ser niño y convertirse en adulto, y lo ayude en tal proceso (Corte, 2016). Los cambios en esta etapa llevan a un reordenamiento familiar, el objetivo del tal reordenamiento es que los padres faciliten el trayecto de la etapa en el hijo, y que puedan seguir promoviendo un ambiente de apoyo y seguridad.

Corte (2016) se refiere a la adolescencia como un caldo de cultivo de conflictos, resultado de múltiples cambios no siempre deseables pero necesarios, para la construcción de una identidad futura. El trayecto de esta etapa es complejo y no es igual entre un adolescente y otro, para

algunos será más fácil superar los cambios y retos, mientras que para otros será sumamente difícil llevarlos a término, un ambiente familiar que favorezca la separación e independencia, la responsabilidad y la capacidad de tomar decisiones, facilitará que el adolescente pueda lograr con mayor éxito los retos que implica dicha etapa.

Por tanto, la familia es fundamental para el desarrollo adecuado del adolescente, es un sistema en evolución y cambio constante. La llegada de la adolescencia de los hijos es uno de los momentos de crisis o transición más importantes del ciclo familiar, ya que es una etapa de múltiples transformaciones tanto en los hijos como en los padres (Estrada, 2008).

Los padres experimentan transformaciones que pueden coincidir con la adolescencia en sus hijos, este momento es denominado “crisis de mitad de la vida” que es un momento de toma de conciencia del paso de los años, en el que se evalúa la vida llevada hasta el momento y se replantean algunas de las decisiones tomadas (Estrada, 2008). La adolescencia en los hijos, evidencia en los padres el paso del tiempo y la sensación de la pérdida de su juventud. El dejar de ser figuras importantes e idealizadas para sus hijos, en ocasiones es vivido como una pérdida de autoridad, y normalmente surgen discusiones y conflictos, por lo que es esperado que llegada la adolescencia se produzca cierto distanciamiento familiar y las expresiones de afecto tienden a ser menos frecuentes (Oliva, 2015).

### **2.1.1 Prácticas parentales y el proceso de separación durante la adolescencia**

La obtención de la autonomía es uno de los principales retos que los adolescentes deben alcanzar en dicha etapa, la autonomía marca la transición de la adolescencia a la adultez y ésta debe obtenerse manteniendo buenas relaciones con los demás, especialmente con sus padres (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001). La autonomía implica tres componentes: conductual, cognitivo y emocional. El conductual corresponde a la manera de actuar del adolescente, esto es, actuar de manera independiente, activa y tomando sus propias decisiones. El cognitivo implica que tendrán también que desarrollar un sentido de competencia y eficacia personal a través del cual tengan el control de sus vidas. Por último, el emocional supone llegar a establecer vínculos

afectivos más simétricos o igualitarios con sus padres que los que tenían durante la infancia (Oliva, 2015).

Para que los adolescentes vayan ganando autonomía deben diferenciarse de sus padres y dejar de ser dependientes para convertirse en personas más maduras, los padres pueden hacer mucho para facilitar este proceso (Baztarrica et al., 2012; Dúo, López, Pastor & Sepúlveda, 2014). La promoción de la autonomía se refiere a las prácticas parentales que van encaminadas a que los hijos desarrollen una mayor capacidad de pensar, se formen opiniones propias y tomen decisiones por sí mismos, sobre todo mediante las preguntas, los intercambios y la tolerancia ante las ideas y elecciones diferentes a las propias. Un desarrollo saludable en los adolescentes se genera en ambientes familiares en donde los padres aceptan la separación de sus hijos como parte normal de dicha etapa, esto es, contextos familiares donde los adolescentes siguen unidos a sus padres y al mismo tiempo son animados por éstos a expresar su propia individualidad (Carvajal, 1993; Corte, 2016; Guelar & Crispo, 2001).

Los intercambios verbales frecuentes entre padres e hijos estimulan el desarrollo cognitivo de los hijos y su habilidad para la adopción de diferentes perspectivas. Por el contrario, los padres que no favorecen y limitan las posibilidades de sus hijos adolescentes en su deseo de independencia castigando sus muestras de pensamiento autónomo, tendrán hijos con más problemas internos, como ansiedad, depresión o dificultades en la construcción de la propia identidad. Por esta razón los padres que inducen culpa a sus hijos muestran altos niveles de ansiedad y síntomas depresivos, a la vez que experimentan dificultades para el desarrollo de su autonomía e identidad en su adolescencia (Oliva, 2015).

Durante la adolescencia los padres aún deben supervisar y guiar el proceso de crecimiento de su hijo adolescente. Los estilos educativos y prácticas parentales esquematizan diferentes formas en la que los padres educan a un hijo, los cuales se describen a continuación. Las prácticas parentales aluden a las conductas específicas que utilizan los padres para educar a sus hijos. Dos de las dimensiones del comportamiento de los padres que más se han estudiado son el apoyo y el control (conductual y psicológico).

El apoyo se considera el grado en que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta por sus padres, el cual se ha relacionado con el bienestar de éstos, mientras que el control se puede ejercer de dos formas: el control conductual que se refiere a los límites, reglas y formas de regular la conducta de los hijos y que se asocia con efectos positivos en los mismos y control psicológico, que alude a los comportamientos de los padres que interfieren con el desarrollo de la individualidad del hijo(a) (Andrade & Betancourt, 2008).

El control conductual incluye estrategias socializadoras como: el establecimiento de normas y límites, la aplicación de sanciones, exigencia a la responsabilidad y la supervisión, y el conocimiento de las actividades que realizan los hijos. Cuando los padres establecen normas claras, y los hijos conocen que existen límites, éstos pueden alejarse de situaciones o actividades de riesgo. El control psicológico hace referencia a un control intrusivo y manipulador de los pensamientos y sentimientos de los hijos, caracterizado por la utilización de métodos como la retirada de afecto o tratar de generar sentimientos de culpa, que viola la individualidad del hijo y su autonomía.

Los niveles de supervisión o control ajustados a la edad del adolescente influyen positivamente en él, ya que le permiten percibir lo que es importante para sus padres. Un nivel alto de control no implica necesariamente más ventajas que la ausencia del mismo. En la adolescencia se deben ajustar los niveles de supervisión o control, respetando las nuevas necesidades de los adolescentes, como son: la necesidad de mayor intimidad, de mayor autonomía, y de mayor poder de decisión e independencia.

En la adolescencia el conocimiento sobre la vida de sus hijos es menor, el apoyo y el control que les brinden a sus hijos favorecerá el proceso de separación y que éstos puedan lograr una adecuada autonomía e independencia, y puedan hacerse cargo de sí mismos aun cuando estén fuera de la supervisión directa de sus padres. La manera de supervisar el comportamiento de un hijo, es a través de la comunicación y particularmente cuando el adolescente la inicia libre y espontáneamente.

En la adolescencia la regulación del comportamiento de los hijos y un adecuado nivel de autonomía psicológica ayudará a que los adolescentes se formen como personas independientes, con buena autoestima y auto-concepto. Si el control de los padres interfiere con la necesidad adolescente de manejar su propia vida y ser autónomo e independiente, éste podría manifestar problemáticas, tales como: depresión, ansiedad, baja autoestima, adicciones, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

Por lo tanto, las prácticas parentales que favorecen el apoyo y el control conductual en el hijo adolescente beneficiarán el desarrollo saludable que implica dicha etapa, porque combina el afecto explícito con el control no coercitivo de la conducta, y ambos elementos influyen positivamente sobre los diferentes aspectos del desarrollo. Si bien el cariño y la responsabilidad promueven la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, el control conductual o supervisión favorece el manejo adecuado de los impulsos y responsabilidad social. Los padres que son cálidos y supervisan la conducta de sus hijos, incluyen un elemento fundamental para el desarrollo adolescente: el apoyo a su autonomía.

### **2.1.2 Alimentación durante la adolescencia**

En la adolescencia es muy importante promover una alimentación saludable, ya que es una etapa en la que ocurren múltiples cambios, y una alimentación adecuada ayudará a que el adolescente adquiera los nutrientes necesarios para su buen crecimiento y desarrollo físico, cognitivo y social (Dávila, 2012; Guelar & Crispo, 2001).

Una alimentación saludable ayuda a prevenir problemas de salud como anemia, dificultades de aprendizaje, desnutrición, obesidad o trastornos de la conducta alimentaria, fomenta la salud a largo plazo y reduce el riesgo de enfermedades crónicas como son: las cardiovasculares, la diabetes, la presión alta, el cáncer y la osteoporosis.

Algunas de las recomendaciones para integrar una alimentación saludable son las siguientes:

1. Comer cinco veces al día, tres comidas principales y dos refrigerios o colaciones, uno a medio día y otro a media tarde.
2. Mantener horarios fijos de comidas.
3. Planificar el contenido de comidas y colaciones.
4. Comer la mayor variedad posible de alimentos.
5. Hidratarse al tomar de uno a dos litros de líquidos al día.
6. Moderar el consumo de grasas, azúcares y sal.
7. Lavar y desinfecte frutas y verduras antes de consumirlas o cocinarlas.
8. No dejar pasar más de 3 a 4 horas entre cada comida y colación.
9. Realizar por lo menos 30 minutos de actividad física durante el día.

Otro aspecto es evitar que durante los momentos de comida se resuelvan situaciones de conflicto personal o familiar, por el contrario es importante favorecer un momento de convivencia agradable y buscar resolver los conflictos en otro momento del día. Incluir a los hijos en la compra y preparación de los alimentos; tomar en cuenta sus gustos y enseñarles a combinar los diferentes grupos de alimentos (Dúo Idoia, López, Pastor & Sepúlveda, 2014; Guelar & Crispo, 2001).

## **2.2 Familia y los trastornos de la conducta alimentaria**

Para propósitos de la presente investigación, se hizo una revisión de la literatura de los antecedentes históricos y hallazgos empíricos recientes respecto a la familia y los trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo.

Como se ha mencionado la familia se ha considerado el entorno influyente para la construcción de la personalidad, el desarrollo intelectual y social del individuo (Arranz, 2004). Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia, la salud y

el desarrollo del individuo. En los TCA se ha señalado a la familia como un factor significativo para el inicio, desarrollo y mantenimiento del trastorno, por lo cual a continuación se presenta la implicación de la familia en desarrollo de los TCA en dos principales apartados: 1) antecedentes históricos y 2) hallazgos empíricos recientes.

### **2.2.1 Antecedentes históricos**

A pesar de que se piensa que la anorexia nerviosa es un trastorno mental de origen reciente, varios casos de abstinencia alimentaria han sido registrados a lo largo de la historia, donde el ambiente familiar o las relaciones con los padres, ya se señalaban como factores importantes para el desarrollo del trastorno.

La historia de la anorexia nerviosa se remonta tan lejos como tres siglos atrás, correspondientes a la Edad Media en el siglo XIV, donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían, y que se caracterizaba por una gran pérdida de peso a causa de una dieta de hambre autoimpuesta como práctica religiosa, signo de penitencia y remordimiento por los pecados cometidos por el ayunador (López & Nuño-Gutiérrez, 2006).

Toro (1999) retoma los casos de anorexia nerviosa reportados por Rudolph Bell en su obra "Holy Anorexia", donde analiza la vida de algunas "mujeres santas" entre los años 1200 y 1500 d. C., que se entregaban a la abstinencia de alimentos como una de las principales vías para alcanzar la santidad; sin embargo en los reportes de vida de estas mujeres ya se dejaba ver la importancia del entorno familiar o la relación con los padres, como es el caso de Santa Catalina de Siena quien a los 26 años se condujo a un ayuno religioso de pan, agua y vegetales, poco después de enterarse que sus padres habían decidido que contrajera matrimonio, muriendo después de un periodo de convulsiones y probablemente de un estado comatoso.



Caso similar es el de Santa Wilgerfortis, hija del rey de Portugal en el año 700 d.C., quien decidió que su hija de 12 años se casara con un príncipe extranjero, ésta se negó a los deseos de su padre, porque su interés era convertirse en religiosa, como lo muestra la siguiente cita:

*Decidida a llevar hasta el último extremo su rechazo a los planes de su padre, comenzó a negarse a comer, a la vez que pedía a Dios que le arrebatara su belleza femenina, deseo que éste le concedió, pues a la par que desaparecía su menstruación una poblada barba comenzó a desfigurar su rostro... escapó del castillo e intentó buscar refugio en un convento, pero fue capturada. Su padre, ante el desafío a su autoridad, decidió crucificarla antes que dejarla marchar (Gómez, 2003: 19).*

Así como en los casos descritos anteriormente, en la mayoría de las vidas de estas “mujeres santas” se señala una desobediencia a los padres y el deseo de entregar su vida a Dios como motivo del ayuno. Durante esta época era esperado que los matrimonios fueran acuerdos que generaban un beneficio político, social y económico entre las familias, de manera tal que las mujeres tenía poca o ninguna decisión al respecto. Por lo que, las familias se caracterizaban por un padre autoritario e inflexible que esperaban la obediencia absoluta de la hija, y madres con poca o nula autoridad frente al padre.

En 1670, Morton además de describir el trastorno como una condición nerviosa causada por un estado de tristeza y ansiedad, donde se restringía voluntariamente el alimento, fue el primero en señalar la importancia del entorno familiar al lograr la cura de uno de sus pacientes obligándole a abandonar los estudios, así como a viajar durante algún tiempo, lejos de su familia (Silverman, 1983).

Para el psiquiatra francés Charles Lasègue, la “anorexia histérica” se presentaba entre los 15 y 20 años de edad a consecuencia de emociones relacionadas con la transición a la edad adulta, sugiriendo que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto familiar entre la muchacha y sus padres. En 1874, William Gull acuñó la enfermedad con el nombre de anorexia nervosa. Tanto Gull como Lasègue creían que el trastorno se producía especialmente en

mujeres durante la adolescencia. Ambos señalaron que la familia constituía un impedimento para el tratamiento y la mejora de la paciente, de tal manera que introdujeron el término *“parentectomía”*, que consistía en alejar a la paciente de su familia para su recuperación (Toro, 1999).

A partir de los años setenta, Selvini Palazzoli (1974) señaló que en las familias de jóvenes con problemas alimentarios, las relaciones interpersonales parecían ser rígidas, con límites poco definidos entre sus miembros, con un alto nivel de expectativas para los hijos y un carente apoyo para lograr un desarrollo normal en el proceso de individuación y separación durante la adolescencia. La anorexia nerviosa para la autora se convertía en una manifestación o síntoma del conflicto familiar entre la familia actual y la original de padres y abuelos.

Minuchin (1978) dentro de la teoría sistémica dio a conocer el modelo de familia psicósomática, en el que la paciente con anorexia nerviosa se caracterizaba por un exceso de implicación mutua o sobre involucramiento, lo que daría lugar a roles familiares poco delimitados, a sobreprotección, rigidez y pobre capacidad para la solución de conflictos. Al respecto, Toro (2004) señala que el enfoque teórico en el que se basa el modelo de familia psicósomática no aclara si la dinámica familiar es la causa del trastorno, sin embargo, ésta puede reforzar los síntomas, sugiriendo que los síntomas psicósomáticos funcionan como mecanismos homeostáticos reguladores de las transacciones familiares.

Para 1982, Bruch en referencia con la anorexia nerviosa afirmó que los padres habían fracasado en desarrollar la autonomía de la hija, debido a la intrusión y al exceso de control que ejercían sobre ésta; además que los límites o reglas internas en casa se caracterizaban por ser rígidas y difusas. Para Bruch, la anorexia nerviosa debía explicarse en términos del desarrollo de la personalidad en el contexto de una familia. La anorexia nerviosa implicaba para la autora, además de la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos como el hambre y las emociones, y una sensación de ineficacia en términos cognoscitivos, era también el resultado de experiencias infantiles y adolescentes; por ello refiere que la adolescencia

se convierte en una etapa crítica para su aparición, ya que en ésta se busca y se desarrolla la autonomía y la individualización.

### **2.2.2 Hallazgos sobre la familia: TCA y CAR**

El factor familiar y su relación con las conductas alimentarias de riesgo o con los trastornos de conducta alimentaria se han investigado ampliamente. A continuación se presentan los resultados de investigaciones recientes que han relacionado dichas variables.

#### *Investigación Internacional*

Existen estudios que abordan diversos factores familiares y confirman el impacto de éstos en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas alimentarias de riesgo. Para su mejor comprensión se agruparon los estudios en las principales categorías que abarcan los distintos factores familiares.

#### 1. Apoyo parental

Aquí se encuentran los estudios que señalaron el apoyo de los padres en términos del tipo de relación parental, cohesión familiar, comunicación, comprensión, expresión de emociones, tipo de apego, solución de conflictos y situaciones de vida estresantes en relación con los trastornos de la conducta alimentaria o con las conductas alimentarias de riesgo.

La mayoría de los estudios que exploran la relación entre la familia y los TCA indican que las relaciones entre padres e hijos se caracterizan por el control paterno, aquel que obstaculiza la toma de decisiones, individualización y autonomía en el hijo, como lo refieren recientemente Lampis, Agus y Cacciarru (2014) quienes estudiaron la importancia que juegan las relaciones familiares en el inicio de los TCA en jóvenes italianos de nivel secundaria, a través de las variables de cuidado y control paterno medidas con el Parental Bonding Instrument (PBI), y la cohesión y flexibilidad familiar evaluada con el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES), y observaron que el tipo de relación paterna establecida con los jóvenes con

síntomas de TCA se caracterizaba por el “control” y falta de cohesión familiar que influía significativamente en el impulso para adelgazar, insatisfacción corporal, perfeccionismo, falta de regulación de impulsos e ineficacia. A partir de este estudio se puede identificar que los padres de hijos con síntomas de TCA son percibidos por sus hijos adolescentes como controladores más que como figuras de apoyo, quienes no fomentan una unión emocional entre sus miembros.

Recientemente, Corte (2016) señala que existe relación entre un estilo educativo autoritario de los padres en particular de la madre hacia la hija y la presencia de un TCA. Las sugerencias de ambos estudios refieren la necesidad de llevar a cabo programas de prevención que potencialicen los factores de protección en el ámbito familiar.

La falta de apoyo paterno en familias de hijas con TCA se indica también en el estudio de Loth, Neumark-Sztainer y Croll (2009), quienes a través de una investigación cualitativa y retrospectiva analizaron la experiencia de 27 participantes en tratamiento (mínimo 9 meses) por algún TCA, e identificaron los elementos familiares recurrentes asociados con el inicio del trastorno; además de señalar los aspectos de los padres que ayudarían a la prevención del mismo. Los resultados indicaron que el inicio del TCA en las participantes fue el resultado de una experiencia vivida como intensa o compleja, como etapas de transición de vida, conflictos personales o influencias negativas en sus vidas, donde las participantes reportaron sentir que a través de un incremento en el apoyo familiar les hubiera sido más fácil resolver la situación o transición de vida difícil.

Lo valioso de la investigación anterior es que a partir de la percepción de las participantes, se identificaron las formas en que los padres pueden brindar su apoyo para prevenir algún TCA en sus hijas, las cuales fueron: manifestar su amor y atención en momentos difíciles de cambio o transición; que los padres puedan enseñar a sus hijos a sentir afecto por ellos mismos, desarrollando su autoestima, que pudieran pasar tiempo con sus hijos en familia y comunicarse entre ellos, que los padres acepten a sus hijos tal como son a través de un amor incondicional y finalmente expresando su apoyo a partir de favorecer la búsqueda de su identidad en sus

actividades e intereses. De esta manera, se confirma la importancia del papel que juegan las relaciones entre padres e hijos para el bienestar de éstos en diversas áreas de su vida.

Bajo esta misma línea de investigación, Brown y Geller (2006) señalaron también la importancia del apoyo por algún miembro de la familia o por algún amigo para favorecer la mejoría de algún ser querido con TCA; sus resultados dejaron ver que en muchas ocasiones el apoyo que se brinda por algún familiar o amigo no es el más eficaz o el más útil, teniendo implicaciones importantes en el tratamiento o en el trabajo de prevención.

Habría que pensar entonces lo reportado por Loth et al. (2009) respecto a cómo las jóvenes hubieran deseado ser apoyadas por sus padres y la forma en que los familiares apoyan en realidad a estas jóvenes, ya que lo explorado por Brown y Geller (2006) señalan que el apoyo que se brinda y que se considera el “adecuado” es el que tiene que ver con exigir, así como dar opiniones no solicitadas a las personas con el trastorno; los investigadores sugieren aumentar la comprensión como una manera de apoyar a las personas con trastorno alimentario, ya sea por algún amigo o familiar para promover una eficiente mejoría o recuperación.

Respecto a la variable “experiencias o eventos de vida traumáticos, de cambio o de transición” que se ha señalado anteriormente, un estudio estadounidense retrospectivo analizó las transiciones en el ciclo vital de la familia y cómo estas podían estar relacionadas con la aparición de los TCA. A través de entrevistas semi-estructuradas se trabajó con 27 personas que se encontraban en tratamiento para el trastorno. Se identificaron seis categorías principales para señalar transiciones familiares y que precedieron a la aparición del trastorno en las participantes, las cuales fueron: transiciones escolares, muerte de un familiar, cambios en las relaciones, el hogar y el trabajo de los padres, enfermedad y/u hospitalización y abuso sexual o incesto. Los resultados indicaron que los eventos de transición en el ciclo de vida familiar, seguido por la falta de apoyo paterno durante estos sucesos precipitaron la aparición de los trastornos de alimentación. Con este estudio se confirma de nueva cuenta la importancia del apoyo familiar en las personas con TCA o en riesgo de desarrollar el trastorno. La investigación sugiere para futuros estudios desarrollar intervenciones enfocadas en aumentar las habilidades en los jóvenes

y los miembros de la familia, para hacer frente a estos sucesos de vida y prevenir los TCA así como ayudar a los padres a estar conscientes de la importancia de su apoyo en estos eventos de transición para sus hijos (Berge, Loth, Hanson, Croll & Neumark- Sztainer, 2012) ya que los eventos traumáticos están relacionados de manera significativa con el desarrollo de un TCA (Tagay, Schlottbohm, Reyes- Rodríguez, Repic & Senf, 2014).

Loth et al. (2009) también reportaron que para prevenir los TCA, los padres deberían fomentar la expresión de los sentimientos dentro de la familia y especialmente enseñar a los hijos maneras adecuadas para afrontar y manejar las emociones intensas, ya que las participantes compartieron que los síntomas de su TCA surgieron inicialmente para hacer frente a los sentimientos o emociones que parecían inmanejables.

Recientemente, Dring (2015) al igual que Lampis et al (2014) reportan que en las familias con algún hija(o) con TCA existen dificultades familiares en la expresión y solución de conflictos, así como un tipo de relación padre- hijo basado en el control patológico, en la que los padres controlan el comportamiento de sus hijos buscando la perfección y construyendo grandes expectativas, con la insignia de que “no poder fallar o equivocarse”. El estudio de Lampis et al. (2014) sugiere adaptar un modelo de familia que se ajuste a una variedad de factores que puedan contribuir a construir las vías que llevan al desarrollo de la anorexia nerviosa en una hija a través de la infancia y adolescencia.

Dúo, López, Pastor y Sepúlveda (2014) señalan que la promoción de la dependencia de la hija, los conflictos de pareja en donde la hija queda atrapada en el conflicto de lealtades, la evitación del conflicto por la dificultad de tolerar situaciones de ansiedad y no soportar tener conflicto entre ellos, la falta de involucramiento de los padres en el cuidado de los hijos y la utilización del dinero como moneda de cambio para la crianza, son aspectos familiares relacionados al desarrollo y mantenimiento de los TCA.

También se ha explorado el estilo de apego en las personas con TCA, los estudios son consistentes al señalar la presencia de un estilo de apego inseguro, caracterizado por un vínculo

ansioso- ambivalente o preocupado, que además tiene implicaciones importantes en el tratamiento. Suldo y Sandberg (2000) reportan este tipo de apego en población estadounidense de mujeres universitarias con una edad promedio de 24 años; mientras que Ward, Ramsaid y Treasure (2000) a través de una revisión de la literatura indican un estilo de apego inseguro que caracteriza a la población con TCA; refieren además la falta de calidez familiar y el pobre apoyo emocional por parte de los padres. Bäck (2011) por su parte, estudió el tipo de vínculo en mujeres suecas con TCA; la autora confirma los resultados sobre un apego inseguro en estas mujeres, y específicamente el apego establecido con sus madres fue el que se asoció en mayor medida con el TCA; además, reportó la importancia de los recuerdos de las participantes sobre un exceso de reglas sobre su alimentación durante su infancia ejercidas por los padres, las reglas indicaban cómo comer, qué alimentos comer, qué alimentos no comer y en qué momento comerlos.

## 2. Actitudes hacia el peso corporal, el cuerpo y la alimentación

Diversos estudios han investigado las actitudes que los padres adoptan respecto al peso corporal, la forma del cuerpo y la alimentación de sus hijas o hijos; actitudes como la burla, la crítica, las conversaciones respecto al peso corporal y las reglas en la alimentación. La evidencia empírica indica que estas actitudes están altamente relacionadas con los TCA o el incremento de las CAR.

En Barcelona, Krug, Villarejo, Jimenez- Murcia, Perpiña et al. (2013) estudiaron las influencias individuales, sociales y familiares, así como los patrones de alimentación y actitudes hacia la comida durante la infancia, para identificar los factores de riesgo para desarrollar obesidad o algún TCA. Los resultados señalaron que los factores específicos asociados a la obesidad fueron: apariencia física de los propios participantes (cuerpo obeso), insatisfacción corporal, burlas de amigos en relación a los hábitos alimentarios, burlas sobre la forma corporal de algún miembro de la familia. Los factores específicos para los participantes con TCA fueron: burlas por los hábitos de alimentación por algún miembro de la familia, relaciones con los amigos y medios de comunicación. En ambos grupos se encontraron diferencias significativas en comparación con el control en las relaciones familiares y burlas respecto a la silueta corporal. Los

factores en común asociados a la obesidad y TCA fueron: burlas acerca de la forma corporal por amigos, preocupación por el incremento de peso por algún miembro de la familia y ambientes familiares negativos.

Además de las burlas en relación al peso corporal por algún miembro de la familia, también se señala que las conversaciones enfocadas al peso corporal y las dietas en los padres se relacionan con el desarrollo de un trastorno alimentario, como se muestra en la siguiente investigación.

Neumark-Sztainer, Bauer, Friend, Hannan, Story y Berge, (2010) en la Universidad de Minnesota realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer si las pláticas de los padres relacionadas con el peso, las dietas en los padres y las burlas en cuanto al peso corporal por algún miembro de la familia se relacionaba con el peso corporal de las adolescentes, la satisfacción corporal y las CAR. Trabajaron con 356 adolescentes de nivel medio superior, y encontraron que en 45% de éstas, sus madres las animaban a hacer dieta restringida y el 58% indicaron burlas sobre su peso por algún miembro de la familia. El estudio afirma que las burlas sobre el peso por algún miembro de la familia estuvieron fuertemente asociadas con un mayor índice de masa corporal, insatisfacción corporal y con conductas de control de peso no saludables o de riesgo, mientras que las pláticas sobre el peso en los padres, especialmente por las madres se asoció con CAR. La dieta en la madre se asoció con conductas de control de peso no saludables o extremas en las adolescentes. En conclusión los comentarios de los padres relacionados con el peso corporal, conductas de dieta y las bromas relacionadas al peso corporal en la familia, pueden contribuir al desarrollo de trastornos de alimentación en las adolescentes. El estudio sugirió que especialistas pueden ayudar a los padres a proporcionar un entorno de apoyo en el hogar enfocado a desalentar los comentarios basados en el peso que puedan tener consecuencias perjudiciales, aunque no intencionales, en sus hijas adolescentes.

En el estudio cualitativo y retrospectivo de Loth, et al. (2009) respecto a las pláticas sobre el peso corporal y el cuerpo, 14 de las 27 participantes entrevistadas señalaron la importancia de evitar tener pláticas sobre el peso corporal y el cuerpo, ya que éstas tenían un



impacto negativo en los hijos, y se identificaron cuatro formas diferentes en que los padres mostraban su preocupación respecto al peso, los cuales fueron: los padres que hablaban negativamente sobre su propio peso corporal, los padres que hablaban negativamente del peso corporal de sus hijos, pláticas sobre el peso corporal de otras personas y burlas relacionadas con el peso corporal. También existieron participantes (n=14) que identificaron que el ambiente familiar durante los alimentos se caracterizaba por reglas excesivas durante la comida, que tenían que ver con la forma de comer, además de pláticas negativas acerca de los alimentos o de los hábitos de alimentación, que fomentaba una relación no sana con la comida, por lo cual las participantes sugerían a los padres un ambiente familiar de apoyo durante las horas de los alimentos en el hogar. Finalmente 12 de las 27 participantes identificaron que los padres eran modelos de hábitos de alimentación no saludable, por lo cual para prevenir los TCA se indicaba que los padres brindaran a través de su ejemplo hábitos saludables en la alimentación y el ejercicio como manera de auto- cuidado.

Con respecto a la crítica familiar, Smart y Tsong (2014) realizaron un estudio cualitativo con 109 mujeres universitarias asiático- americanas, que indicaron tener preocupación por su peso corporal, por su cuerpo o por su alimentación; la investigación exploró las costumbres y actitudes alimentarias que las participantes tenían, así como las relaciones familiares asociadas a las preocupaciones mencionadas. Los resultados indicaron que aumentar de peso, la insatisfacción corporal y el deseo de ser delgadas fueron las experiencias más comunes relacionadas con estas preocupaciones. Sin embargo, las percepciones de las participantes sobre las causas de su insatisfacción corporal y el deseo de ser más delgadas fueron: la cultura asiática que valora el ideal estético de la delgadez, la crítica familiar respecto al peso, eventos durante el desarrollo y la comparación con las mujeres asiáticas que no presentaban las preocupaciones por el peso, el cuerpo y la alimentación.

La relación significativa de la crítica familiar con las conductas alimentarias de riesgo asociadas a los TCA (dieta y atracones), fue reportada por Meno, Hannum, Espelage y Low (2008) quienes evaluaron el modelo de doble vía de Leung et al. (1996) con una muestra de 581 mujeres estadounidenses. Como variables familiares exploraron la crítica familiar y las

preocupaciones de sus familias respecto al peso corporal y los alimentos; mientras que las variables individuales fueron: el nivel de depresión, atribuciones externas de control, estima corporal, conducta de dieta e ingesta compulsiva. Los resultados indicaron que los datos fueron consistentes con el modelo, las variables individuales y familiares predijeron la dieta y los atracones. La crítica familiar se relacionó directamente con síntomas depresivos y atribuciones externas de control, y los síntomas depresivos se relacionaron directamente con el atracón y la dieta; las atribuciones externas de control se relacionaron únicamente con la dieta, y las actitudes hacia el peso y la comida por la familia se relacionó con la estima corporal negativa y ésta a su vez con la práctica de dieta; sin embargo, ambas variables familiares también se asociaron directamente con las conductas de dieta y atracón. Por lo tanto, se confirmó el modelo de interiorización de las actitudes negativas hacia el peso corporal, la alimentación de la familia y el ambiente familiar en el desarrollo de los TCA a través de la crítica, el énfasis del peso corporal y las características de los padres hacia la hija.

Las conversaciones, las burlas y las críticas respecto al peso corporal, a la forma del cuerpo, a los hábitos de alimentación o a los alimentos por los miembros de la familia, se distinguen como factores familiares de riesgo específicos de los TCA, por ello se ha investigado la presión que ejerce la familia, particularmente los padres mediante la burla, la crítica y las conversaciones para que sus hijos e hijas cumplan el modelo de delgadez que ellos mismos han interiorizado culturalmente.

Respecto a esto, en España se realizó un meta- análisis para evaluar la relación entre los TCA y la influencia familiar y de pares, entendiendo la variable influencia familiar y de pares como la aceptación del ideal estético de delgadez y la presión que ejercen sobre otros para alcanzarlo. Los 25 estudios analizados señalaron que, tanto la influencia familiar como la de los pares influían en el comportamiento de dieta, insatisfacción corporal y síntomas bulímicos en adolescentes hombres y mujeres. Sin embargo, se observó que la presión de los padres impactó significativamente en la insatisfacción corporal de sus hijos e hijas; mientras que la presión de los pares impactó significativamente en la motivación a realizar dieta. Los resultados ponen de manifiesto la forma en que las interacciones sociales influyen en las prácticas de alimentación no

saludables en adolescentes hombres y mujeres (Quiles, Quiles Sebastián, Aubalat, Botella & Treasure, 2013).

Recientemente Lydecker, Riley y Grilo (2018) exploraron la relación de las conversaciones que los padres hacen sobre el peso corporal de ellos mismos, de otras personas o de sus propios hijos con las CAR en sus hijos. En una muestra de 581 padres de pre-adolescentes y adolescentes reportan que el 76% de los padres hablan con frecuencia de su peso corporal frente de sus hijos, el 51.5% de los padres hablan con frecuencia del peso corporal de otras personas y el 43.6% de los padres hablan del peso corporal de sus hijos. Los resultados refieren que los padres que hablan del peso corporal de sus hijos se asocian significativamente con CAR tanto en pre-adolescentes como en adolescentes. El estudio sugiere trabajar en desalentar estas conductas en los padres como estrategia de prevención de los TCA.

Dring (2015) reporta que existen madres con actitudes negativas hacia la alimentación o al peso de sus hijas o hijos, o bien actitudes negativas hacia el peso en ellas mismas; además se identifican altos niveles de psicopatología alimentaria en las familias con hijos con algún TCA, especialmente en las madres. Por ello, la pertinencia de señalar la siguiente categoría que indica la psicopatología en los padres asociada con los TCA.

### 3. Psicopatología de los padres

La presencia de diversos trastornos como los TCA en los padres, particularmente en la madre se ha relacionado con la presencia de TCA en sus hijos.

Cooper, Whelan, Woodlger, Morrell y Murray (2004) estudiaron la relación entre los problemas de alimentación durante la infancia y los TCA en la madre, con el objetivo de conocer los mecanismos responsables de dicha relación. Trabajaron con 35 niños preescolares y sus madres con TCA, y fueron comparados con dos grupos controles. Además de la evaluación de los participantes a través de entrevistas y cuestionarios, se realizaron grabaciones en una hora de comida familiar de todos los grupos participantes. Los resultados indicaron que las variables que

mediaron la relación entre el TCA de las madres y la problemática de alimentación en sus hijos fue la desorganización en los momentos de comida y el control materno. Se observó a madres mucho más controladoras e intrusivas en el tiempo de comida con sus hijos en comparación con los grupos controles. El estudio afirma la relación entre la patología alimentaria en la madre y los problemas de alimentación en sus hijos. Sin embargo, el estudio aporta las variables que intensifican dicha relación, y que están ligadas al control materno y desorganización en los tiempos de comida, de tal manera que el factor transgeneracional no es el único factor para que se pueda desarrollar un TCA, el estudio marca la asociación entre la patología de los padres y la interacción con el ambiente familiar y crianza a los hijos, el cual es fundamental.

Otros estudios han determinado la patología en los niños de madres con TCA, los hallazgos se han dirigido a señalar que las niñas de madres con AN, están mayormente relacionadas con trastornos emocionales, de conducta y de hiperactividad y los niños con madres con AN mostraron más trastornos emocionales. Las niñas de madres con BN reportaron mayor hiperactividad y los niños mostraron trastornos emocionales y conductuales. El estudio concluyó que el TCA materno está asociado con diferentes resultados de patología durante la infancia en niños y niñas (Micali, Stahl, Treasure & Simonoff, 2014).

Algunos estudios como el de Neumark- Sztainer, Bauer, Friend, Hannan, Story y Berge (2010) observaron que la dieta en las madres estuvo asociada a conductas de control de peso extremas y no saludables en las hijas, en comparación con el grupo de mujeres que sus madres no realizaban dieta. Al respecto Cooley, Toray, Chuan- Wang y Valdez (2007) encontraron que las madres que interiorizaban los mensajes de los medios de comunicación respecto al ideal estético de la delgadez como patrón de belleza corporal femenina, predecía TCA en sus hijas. El estudio señala la influencia materna a partir de la madre como “modelo” a seguir, el estudio sustenta la importancia y la influencia de los padres como modelos de salud o patología.

Recientemente Tafa et al., (2017) determinaron el perfil psicopatológico de los padres de hijas con distintos diagnósticos de TCA. En mujeres con anorexia nerviosa observaron que sus madres presentaban altos niveles de depresión y sus padres ideas paranoides como psicosis; en

mujeres con bulimia nerviosa se observó en sus madres un perfil psicopatológico con altos niveles de hostilidad y somatización y sus padres con altos niveles de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo; y finalmente en mujeres con trastorno por atracón se observó que sus madres presentaban fobias y los padres manifestaban altos niveles de ansiedad como trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados del estudio sugieren desarrollar programas de prevención y de intervención tomando en cuenta que los perfiles de psicopatología en los padres son distintos de acuerdo con cada uno de los TCA.

### Investigación Nacional

En nuestro país se han realizado estudios sobre el apoyo familiar que se brinda a través de comunicar y expresar emociones y pensamientos dentro de una familia y los TCA, y han coincidido que en las familias de hijos con algún TCA o con CAR, se presenta una gran dificultad de expresar emociones y comunicar pensamientos, como lo reportan Ruiz, Vázquez, Mancilla, López y Álvarez (2009), quienes analizaron la percepción del funcionamiento familiar en mujeres con TCA, y encontraron que la expresión de emociones o pensamientos fue el factor más importante para explicar el desarrollo de un TCA; además señalaron que cuando las familias dejan de compartir emociones y sentimientos, se dejan al descubierto necesidades básicas de aceptación y afecto, lo que puede potencializar al desarrollo de un TCA.

Pintor (2010) reportó resultados similares, pero en mujeres con CAR, que percibían a sus familias con un menor nivel de apoyo familiar, con falta de comunicación, pobre unión entre sus miembros y con falta de estrategias adecuadas para la solución de conflictos. De manera específica, menciona que las participantes percibían un ambiente familiar que no propiciaba la convivencia entre sus miembros, no realizaban actividades en conjunto y percibían una falta significativa de apoyo mutuo; en cuanto a la expresión de emociones, de ideas y de sucesos significativos entre los miembros de las familias, las mujeres con CAR describieron ambientes familiares que no invitan a la expresión de sus emociones y sus ideas en un ambiente de respeto. Y con respecto al manejo de las dificultades al interior de la familia, las mujeres con CAR percibieron ambientes familiares significativamente más problemáticos, negativos y difíciles que

las mujeres sin CAR, quienes perciben a sus familias con menos conflictos o con mayores recursos para resolver los problemas.

Los dos estudios anteriores coincidieron en que los ambientes familiares donde prevalece un ambiente de escucha, en el que sus miembros pueden expresar sus pensamientos, ideas y sentimientos, son ambientes que protegen de la aparición de factores asociados a los TCA. Así mismo se indica que la presencia de una mayor unión y un mayor apoyo familiar se asocian con la ausencia de las CAR, como se indica también en el siguiente estudio.

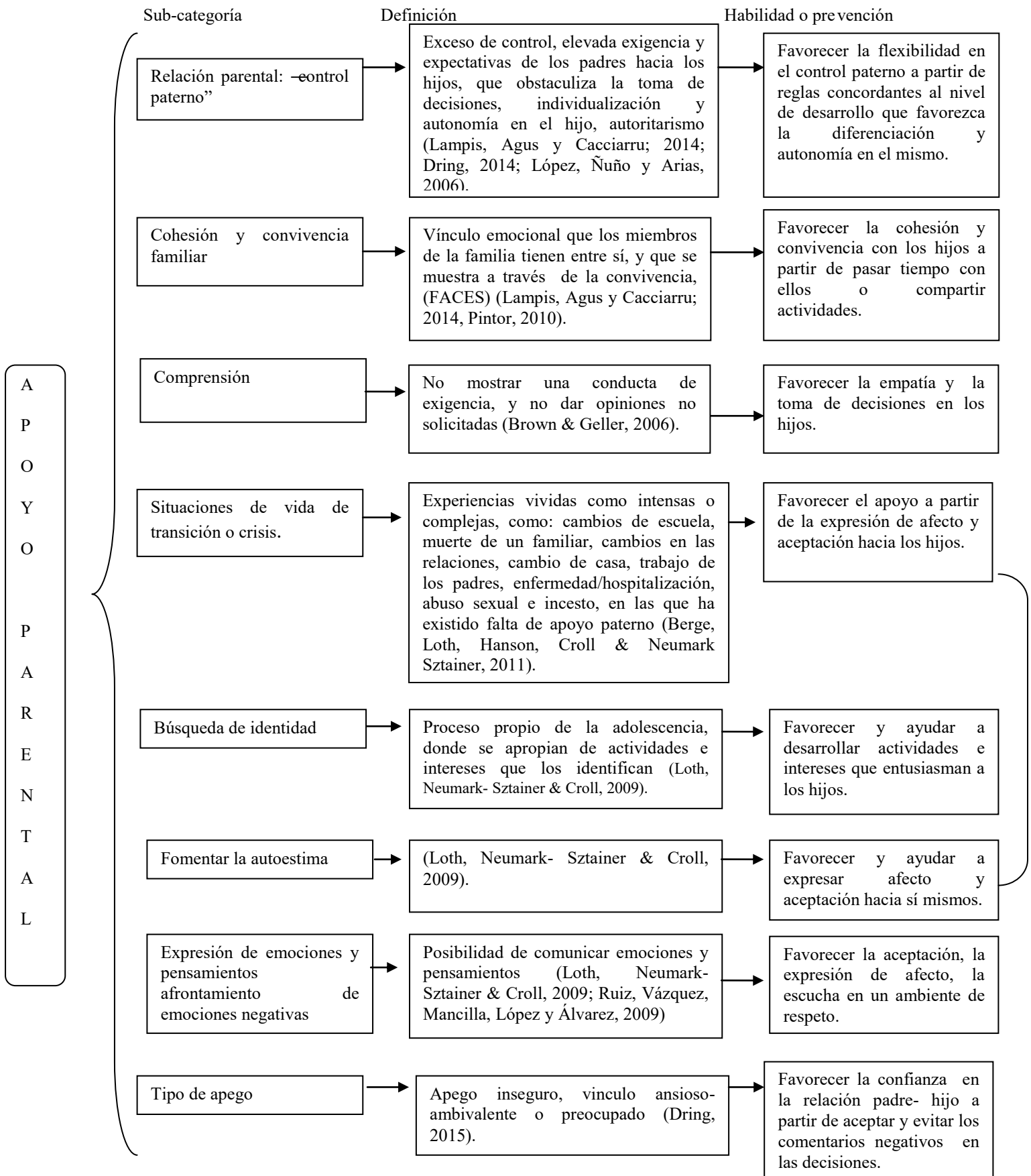
López, Nuño y Arias (2006) realizaron una investigación cualitativa e indicaron las pautas de interacción familiar de personas con algún TCA, y las analizaron antes, durante y en la recuperación ó mantenimiento del trastorno. Los resultados indicaron que las pautas de interacción familiar antes del TCA se caracterizaron por: relaciones familiares conflictivas y distantes, una crianza autoritaria y rígida de los padres; así como falta de comunicación y expresión de afecto entre sus miembros; respecto a las pautas de interacción familiar durante el trastorno se caracterizaron por: la evitación del conflicto, la sobreprotección de la hija con TCA, control de las conductas alimentarias, conflictos e inestabilidad familiar, indicaron además que a medida que el problema alimentario progresaba, la participante evadía las interacciones familiares y los hábitos alimenticios eran más inadecuados, y los padres utilizaban el control como manera de relacionarse con la hija que padecía el trastorno. En los casos en que persistió el TCA, también persistieron las pautas de interacción familiares disfuncionales, las cuales se caracterizaron por alianzas, coaliciones, crianza rígida y sobreprotectora de los padres, así como la falta de demostración del afecto. Finalmente, en los dos casos en que ocurrieron transformaciones en las pautas de interacción familiar, también se observó la disolución del trastorno; las relaciones familiares resultaron más unidas, con mayor nivel de convivencia, con una comunicación directa, apoyo y afecto de los otros miembros de la familia; así como límites flexibles, reglas y jerarquías más claras. Las participantes enfrentaron su TCA con un “cambio de actitud” en torno a la comida, caracterizado por aceptación de sí mismas, al reconocer que el cambio se hacía desde ellas.

Con respecto a la temática de las burlas, la crítica o las pláticas respecto al peso o el cuerpo, Unikel (2003) señaló la crítica de los padres hacia las hijas con un TCA, además de existir una falta de comunicación, afecto y apoyo entre los miembros de la familia. El estudio cualitativo de González- Macías, Romero, Rascón y Caballero (2013) encontró que la crítica del padre hacia el peso corporal de su hija y la presión de éste a que ella bajara de peso, fueron de los factores más importantes asociados al inicio del trastorno; mientras que una relación de “control” especialmente del padre y la dificultad de comunicarse fueron los factores asociados a la recaída en la hija; así como las conductas asociadas a la remisión tuvieron que ver con cambiar la relación paterna basada en el control, la crítica y exigencia.

Respecto a la psicopatología en los padres, Vázquez (2012) investigó el perfil psicológico y la conducta alimentaria en las madres de jóvenes con algún TCA. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Alexitimia de Toronto, Inventario de Trastorno Alimentario, Inventario de Tres Factores de Alimentación, la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación y la escala de figuras corporales para evaluar la insatisfacción corporal. Los resultados indicaron que las madres con hijas con trastorno alimentario, mostraron insatisfacción con el cuerpo de la hija; además de manifestar síntomas de ansiedad, depresión, inseguridad social, mayor dificultad en la regulación de impulsos e incapacidad para expresar sus emociones, en comparación con el grupo de madres que no tenían hijas con TCA.

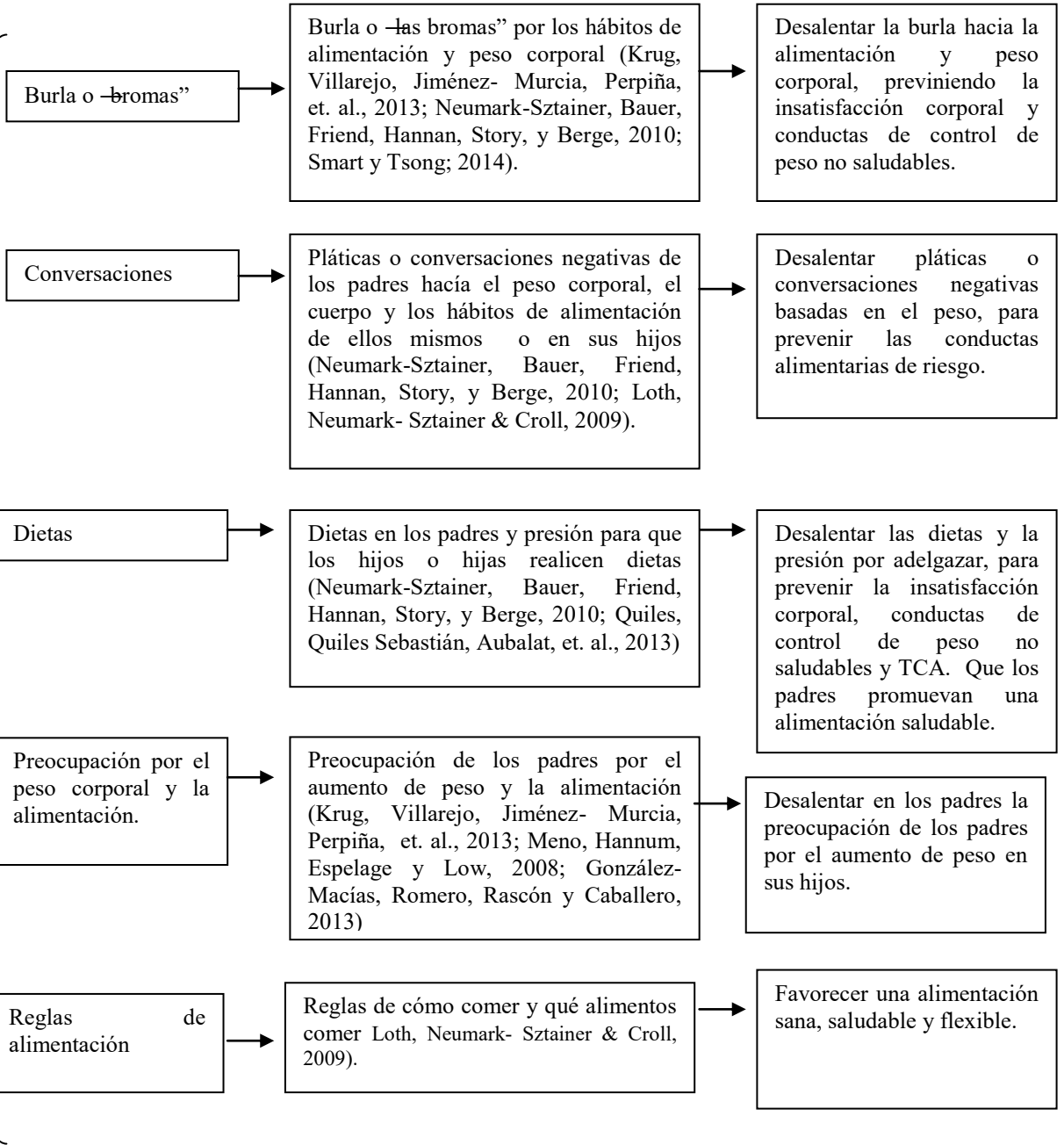
De acuerdo con la revisión realizada sobre familia, los TCA y las CAR se corrobora que el ambiente familiar no es la única causa para el desarrollo de un TCA, y que su emergencia es el resultado de la interacción de múltiples factores, sin embargo las líneas de investigación recientes internacionales y nacionales indican los factores familiares específicos y generales asociados a las CAR y TCA con la finalidad de considerarse para el trabajo de prevención y tratamiento de los TCA. Se parte del siguiente esquema que se muestra en la Fig. 1.

Fig. 1 Esquema inicial a partir de la revisión de la literatura

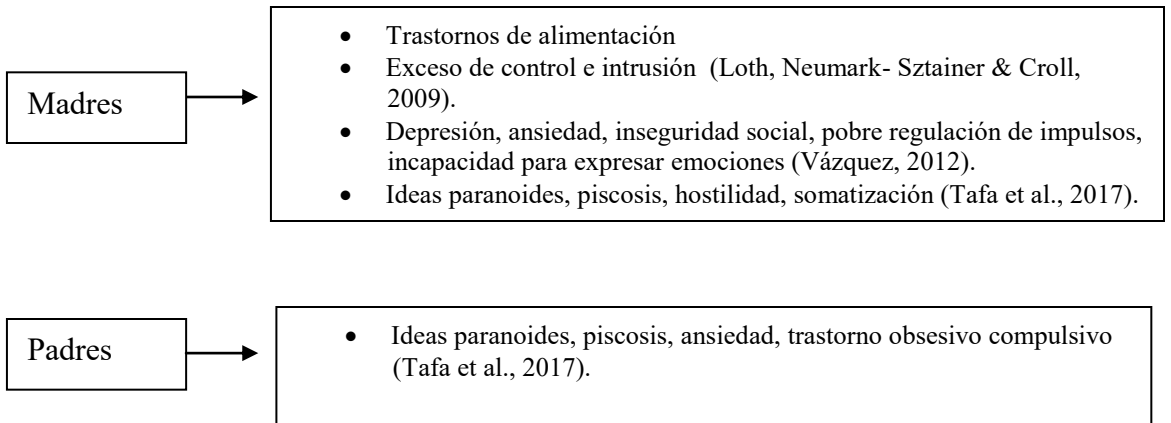




**Actitudes hacia el peso corporal, cuerpo y alimentación**



**Psicopatología**



### **CAPITULO 3.**

#### **PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

El término prevención hace referencia a toda actividad que tiene como propósito reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de las enfermedades (Amaya, Mancilla, Vázquez & Franco, 2010). Caplan (1980) propuso la primera clasificación sobre los tipos de prevención e identificó: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

La prevención primaria se enfoca en reducir la incidencia de una determinada patología, esto es, reduce el número de casos nuevos diagnosticados durante un período de tiempo (Caplan, 1964 en Austin, 2000). La prevención secundaria son los mecanismos de acción dirigidos a reducir la prevalencia de una enfermedad, de tal manera que detecta de forma temprana los primeros síntomas de la patología, para dar una respuesta rápida antes de que la problemática llegue a desarrollarse en toda su intensidad (Cortes, Fernández- Rios, Arauxo & Pedrejón, 2004). La prevención terciaria se realiza tiempo después que ocurre la enfermedad, con el objetivo de evitar complicaciones y recaídas (Becoña, 2002).

También se ha descrito una nueva terminología que diferencia la prevención en tres tipos: universal, selectiva e indicada. La prevención universal hace referencia a trabajar con la población en general, beneficiándolos a todos por igual y sin que este grupo de personas se encuentre necesariamente en riesgo de poseer algún trastorno. La prevención selectiva, es aquella que se dirige a un subgrupo de personas que tienen un riesgo de desarrollar alguna problemática o patología, denominados grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada se considera la más intensiva y más costosa que se dirige a un subgrupo de individuos considerados de alto riesgo (Gordon, 1987, en Becoña, 2002).

Respecto al trabajo de prevención en los TCA, existe evidencia empírica importante que muestra el desarrollo de una gran diversidad de programas, elaborados a partir de los diferentes tipos de prevención (primaria, secundaria, universal, selectiva e indicada). Sin embargo, el meta análisis realizado por Stice, Shaw y Marti (2007) demostró que los programas de prevención más

eficaces, fueron aquellos que se llevaron a cabo con población en riesgo (prevención selectiva), en comparación con los que se enfocaron con población sin riesgo (prevención universal).

Así también, se han identificado tres generaciones de programas de prevención desarrollados hasta el momento. La primera generación fue en gran medida de contenido psicoeducativo, sin embargo se observó con el tiempo que éstos no reducían los factores de riesgo que producían los TCA. La segunda generación fue dirigida principalmente a los factores de riesgo del trastorno, como la insatisfacción corporal, a través de métodos didácticos o psico-educativos, estos programas producían una reducción importante en un selecto grupo de factores de riesgo, pero no impactaban de forma significativa en la reducción de los síntomas del trastorno, incluso una vez iniciado éste. La tercera generación también fue encaminada a intervenir con los factores de riesgo de una manera interactiva, haciendo uso de la persuasión y de los principios de la psicología social, observando que éstos sí tenían mayor impacto al reducir los factores de riesgo y síntomas del trastorno alimentario (Stice, Black & Yokum, 2013).

Respecto a otras características que debe cubrir un programa de prevención para lograr una mayor efectividad son: los que cuentan con un formato multi-sesión, que sean de naturaleza interactiva y dirigidos a mujeres (Stice, Shaw & Marti, 2007). Stice, Rohde, Stice y Marti (2014), refieren que la edad ideal para trabajar en prevención es con adolescentes mujeres de 14 años de edad. Autores como Carter, Stewart, Dunn y Fairburn (1996) indican la importancia de excluir el contenido psico- educativo acerca de lo dañino de los TCA, el cual puede ser contraproducente.

Nicholls y Yi (2012) mencionan que los programas comúnmente son desarrollados en ambientes escolares, dirigidos a población adolescente, con el objetivo de fomentar la educación acerca de los TCA y sus consecuencias, incrementando los factores de protección y reduciendo la prevalencia de los factores de riesgo; sin embargo también señalan que existe un grupo de programas que no se enfocan en las actitudes y comportamientos que promueven los TCA, sino programas que promueven la autoestima, habilidades para relacionarse y comunicarse.

A continuación, se presentan algunos de los programas de prevención universal para los trastornos de conducta alimentaria, y se abordan de manera más amplia aquellos dirigidos a población en riesgo, fundamentalmente los que son desarrollados para padres con hijos en riesgo de desarrollar un TCA.

### **3.1 Programas de prevención universal**

Los programas de prevención universal se han dirigido comúnmente en ambientes escolares, a preadolescentes, adolescentes, padres y maestros, sin embargo los resultados no son siempre significativos o consistentes con el tiempo.

Smolak, Levine y Schermer (1998) evaluaron la eficacia del programa “Eating Smart, Eating for Me”, para niños y niñas de 4° y 5° de primaria, a través de una evaluación controlada. La intervención se conformó de 10 sesiones impartidas por profesores voluntarios, que se enfocaron en la motivación de una alimentación y ejercicio saludable, y el fomento de la satisfacción con la imagen corporal. También se incluyeron a los padres, quienes recibieron 9 folletos informativos. Los resultados indicaron que el programa fue eficaz para el aumento en el conocimiento sobre temas de nutrición, efectos de la dieta restringida y causas de la acumulación de grasa corporal; sin embargo no fue eficaz para obtener un cambio de actitud para disminuir las burlas y comportamientos de dieta en las niñas y niños de primaria.

Resultados similares fueron encontrados por Berger, Wick, Brix, Bormann, Sowa, Schwartze y Strauss (2011) quienes con el programa de prevención “PriMa Intervention” y a partir de un estudio controlado, lograron mejorar el nivel de conocimiento respecto de la anorexia nerviosa, sin embargo no hubo cambios en la actitud hacia los alimentos.

Coller, Neumark-Sztainer, Bulfer y Engebretson (1999) evaluaron el programa “Taste of Food, Fun and Fitness” para pre-adolescentes. El objetivo fue desarrollar actitudes saludables hacia la alimentación, actividad física, imagen corporal y control de peso, en seis sesiones de 90 minutos después de horas de clase; se agregó un componente para padres, que consistió en enviar

una “hoja de consejos para padres” semanalmente, éstas contenían los temas vistos con sus hijas y recetas de alimentos nutritivos. Los resultados indicaron que no hubo cambios significativos en las actitudes y conductas saludables hacia la alimentación, actividad física, imagen corporal y control de peso en las preadolescentes; mientras que los padres reportaron poco tiempo para leer las hojas que eran enviadas a casa. Las sugerencias del estudio indican desarrollar programas dirigidos a implementar más actividades, que incluyan la crítica de las adolescentes a los medios de comunicación respecto al ideal estético de delgadez.

Las sugerencias mencionadas por Coller, et al. (1999) referente a desarrollar programas de prevención que puedan construir la capacidad crítica en las jóvenes hacia los medios de comunicación que promueven un ideal estético de delgadez, las retomaron Neumark-Sztainer, Sherwood, Coller y Hannan (2000) y desarrollan el programa “*Free to be Me*” para población comunitaria de “niñas scouts” preadolescentes, y probaron su eficacia con una muestra de 226 niñas, con grupo control y tres meses de seguimiento. La intervención consistió en 6 sesiones que se enfocaron en desarrollar habilidades de afrontamiento y capacidad crítica en las preadolescentes. Las variables medidas fueron: conducta de dieta, insatisfacción corporal e interiorización del ideal estético de la delgadez. Se agregó un componente para los padres, que consistió en enviar semanalmente las tareas para casa vía correo electrónico, las actividades consistieron en que los padres prepararan alimentos saludables para el grupo de niñas y revisaran con sus hijas los temas impartidos en el programa de prevención. Los resultados indicaron cambios significativos en las habilidades de afrontamiento de las niñas, reportaron mayor satisfacción corporal. El programa tuvo una influencia positiva sobre las actitudes y comportamientos en contra de los ideales estéticos y las normas sociales respecto al peso corporal; sin embargo los resultados no se mantuvieron después de los 3 meses de seguimiento.

Otros programas como “The Body Logic” se enfocan en trabajar con las preocupaciones respecto a la imagen corporal y en la promoción de una alimentación saludable en adolescentes, padres y maestros en un escenario escolar. Varnado-Sullivan, Zucker, Williamson y Reas (2001) probaron su eficacia en 157 mujeres y 130 hombres de dos escuelas privadas, grupo control y seguimiento. A los docentes se les brindó un trabajo psico-educativo, sin embargo por la baja

asistencia los resultados no fueron evaluados. El trabajo con padres incluyó información sobre la nutrición, ejercicios para reconocer las dietas de moda, habilidades para ayudar a sus hijos a resistir la presión social de los pares hacia la dieta y conocimientos básicos para una alimentación, ejercicio saludable, comunicación y solución de problemas. Los resultados indicaron que solo en una de las dos escuelas participantes, se obtuvo la disminución en los puntajes sobre “temor a engordar” y se mantuvo durante 10 meses y medio de seguimiento; las puntuaciones no resultaron ser significativas en la población de varones, y tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la parte en la que se incluyó a los padres, los resultados no pueden generalizarse ya que se trató de una muestra pequeña y no probabilística.

Bajo la misma línea de investigación Mc Vey, Tweed y Blackmore (2007) desarrollaron y probaron la eficacia del programa “Healthy Schools- Healthy Kids” (HS- HK), un programa basado en ambiente escolar, para adolescentes de ambos sexos, padres y maestros. Uno de los objetivos del programa fue evaluar la pertinencia de la inclusión de los maestros. Se incluyeron a los padres, pero éstos no fueron evaluados. Los resultados indicaron que el programa HS- HK tuvo una influencia positiva para el decremento de la interiorización de los ideales socioculturales que promueven los medios de comunicación, tanto en hombres como mujeres adolescentes, dichos resultados se mantuvieron seis meses después; así también, existió un efecto positivo en el decremento de conductas para perder peso en hombres y mujeres, pero estos resultados se perdieron en el seguimiento. La inclusión de los maestros al programa de prevención no tuvo influencia significativa. El estudio agregó que cuando la muestra de estudiantes se dividió en sujetos de bajo y alto riesgo, los beneficios fueron observados en mayor medida en los estudiantes del grupo de alto riesgo, lo que implica la pertinencia de programas de prevención selectivos.

Warschburger, Helfert y Krentz (2011) propusieron un programa de prevención llamado: “POPS” (Potsdam Prevention at Schools), con formato interactivo, para adolescentes hombres y mujeres (12 y 16 años), con múltiples sesiones (9 sesiones, de 1 a 2 horas cada una), e incluye una sesión psico-educativa para los padres. Los objetivos del programa son desarrollar habilidades y recursos generales para la vida, estrategias para una alimentación saludable, hábitos

de ejercicio adecuados, afrontamiento al estrés, autoestima, aceptación corporal y habilidades para afrontar la presión de pares y medios de comunicación sobre el peso “ideal”. La propuesta de las autoras se enfoca a que este programa pueda ser implementado por docentes durante sus horas de clase, sin embargo habría que ponerlo a prueba ya que el estudio solo muestra el diseño del programa y no la evaluación del mismo.

Raby (2012) en Nueva York evaluó la eficacia de un programa dirigido únicamente a padres llamado: “Niñas creciendo en bienestar y balance”/“Girls Growing in Wellness and Balance”, utilizó los factores de riesgo familiares asociados a la patología alimentaria, como: elevada crítica de los padres, pobre nivel de comunicación entre padres e hijos y reglas rígidas alrededor de la comida. El programa se constituyó de 4 sesiones que se enfocaron en temas como: expectativas apropiadas conforme a la edad, comunicación efectiva, comidas familiares y cuidado personal. Para evaluar su eficacia se utilizó un programa de prevención alterno y una muestra de 170 niñas de 5to grado de primaria, divididas en tres grupos: 30 niñas que participaron en el programa de prevención alterno y que sus padres participaron en el programa de prevención, 97 niñas que participaron en el programa de prevención alterno sin sus padres y 43 niñas que conformaron el grupo control, con un diseño pre- post test. Los resultados indicaron que no existió un beneficio adicional en las niñas cuyos padres participaron en el programa de prevención para padres, respecto al grupo de niñas que participaron sin sus padres en un programa de prevención alterno. Los resultados se discuten a partir de las limitaciones de una muestra pequeña de padres, así como de la inasistencia, ya que no todos los padres acudieron a las 4 sesiones; y para futuras investigaciones se sugiere un seguimiento e implementar mediciones en los padres sobre la comprensión de los temas, ya que no comprender el tema, podría ser una variable que explique la inasistencia de los padres, o los puntajes no significativos entre grupos.

A continuación se presentan algunos programas de prevención con población en riesgo, y algunos estudios como el de Mc Vey, Tweed y Blackmore (2007) o meta- análisis como el de Stice, Shaw y Marti (2007), han señalado más eficaces y con mayor tamaño del efecto en el trabajo de prevención de los TCA.

### 3.2 Programas de prevención selectiva con adolescentes

Un meta análisis realizado por Stice, Black & Yokum (2013) analizó la eficacia de diferentes programas de prevención en TCA, señalando únicamente dos programas de prevención selectiva de naturaleza interactiva, que han resultado ser los más eficaces para la reducción de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, son el programa “Body Project” y el programa “Healthy Weight”, ambos produjeron una reducción estadística y clínicamente significativa de hasta el 60% de la sintomatología de los TCA, de acuerdo con el DSM IV.

El programa “Body Project” se basa en la teoría de la disonancia cognoscitiva originaria de la psicología social, y heredera de la clásica discusión socrática y técnica racional emotiva. El programa intenta activar los recursos y una postura crítica frente a la idealización cultural de la delgadez. Se aplica en 4 sesiones en las cuales el participante debe criticar el ideal de delgadez en una serie de ejercicios verbales, escritos y conductuales. Los resultados de la eficacia del programa indican que reducen los factores de riesgo frente a los TCA (Baztarrica, Fernández, Blanco, Calvo, Casas, Faus et al., 2012).

El programa “Healthy Weight” es una intervención que a través de 4 sesiones promueve que las participantes se conduzcan a mejorar su ingesta alimentaria y su ejercicio físico, logrando así un equilibrio saludable entre el ejercicio, alimentación y peso corporal. El programa incorpora principios de la psicología social, entrevista motivacional y compromiso público de cambio (Baztarrica, Fernández, Blanco, Calvo, Casas, Faus et al., 2012).

Stice, Rohde, Shaw y Marti (2013) evaluaron el programa “Healthy Weight 2” dirigido tanto a población con trastornos de la conducta alimentaria como población con obesidad; el propósito de la segunda versión del programa “Healthy Weight”, es el mismo ya mencionado, promover una alimentación saludable y la práctica del ejercicio físico. Se evaluó la eficacia del programa hasta con dos años de seguimiento, con 398 estudiantes universitarias que manifestaron preocupación por la imagen corporal y se utilizó un grupo control. Los resultados indicaron que



las participantes del programa mostraron significativamente menor insatisfacción corporal y síntomas del trastorno alimentario, así como un decremento en el inicio del trastorno en dos años de seguimiento en comparación con el grupo control. La reducción del 60% en el inicio del trastorno de conducta alimentaria en los dos años de seguimiento en comparación con el grupo control, indican la pertinencia del programa y su implementación, además de corroborar los resultados del meta-análisis señalado por Stice, Black y Yokum (2013).

Atkinson y Wade (2014) recientemente exploraron la pertinencia de una intervención piloto sobre “toma de consciencia” de los TCA, como programa de prevención para mujeres jóvenes en riesgo, y compararon los resultados con el “Body Project” y un grupo control. Su muestra se conformó por 44 mujeres con preocupación por la imagen corporal, que fueron asignadas aleatoriamente a los tres grupos, con un diseño pre- post de uno y seis meses de seguimiento. Los resultados indicaron que ambas intervenciones tuvieron significancia estadística en comparación con el control, particularmente en la insatisfacción corporal. El programa de “toma de consciencia” impactó también en la dieta restringida, el ideal de delgadez interiorizado, síntomas de TCA y deterioro psicosocial, sin embargo estas ganancias se perdieron a través del tiempo.

También existen programas de prevención para los TCA vía Internet como el “Student Bodies”, el cual es un programa interactivo, con enfoque cognitivo- conductual para mujeres con o sin riesgo de desarrollar un TCA; el programa consta de 8 sesiones semanales disponibles en una plataforma de internet, donde las participantes pueden acceder más de una vez a la semana, para realizar las actividades y las tareas enfocadas en la imagen corporal, nutrición, ejercicio físico y conocimiento de los TCA; las actividades son monitorizadas por psicólogos expertos en el programa. Beintner, Jacobi y Taylor (2011) evaluaron transculturalmente, en Estados Unidos de América y en Alemania, aquellos estudios que incluían el programa “Student Bodies”; la población con la que se trabajó fueron adolescentes mujeres, de secundaria y universidad. Los resultados del meta-análisis indicaron que la intervención se asoció con mejoras moderadas en la insatisfacción corporal y el deseo de estar delgado, además de mantenerse significativamente con el tiempo. Los resultados no indicaron diferencias entre las muestras estadounidenses y alemanas.

Por lo tanto, la prevención vía Internet resulta ser una vía adecuada y eficaz para estudiantes americanos y alemanes.

Al respecto, en nuestro país Amaya, Mancilla, Vázquez y Franco (2010) realizaron una revisión de programas de prevención para TCA vía internet, e indicaron que el programa “Student Bodies” fue el único programa con esta modalidad de prevención en población norteamericana, alemana y australiana. Los resultados de la revisión apoyan la idea de llevar a cabo programas de prevención por medio de Internet, debido a un fácil acceso, bajo costo y que proporciona seguridad y confort en las participantes. Sin embargo, estos resultados habría que pensarse en población mexicana y su pertinencia, ya que el acceso a equipos de cómputo no es factible para toda la población y se limita a algunos sectores de la población.

Gómez- Peresmitré, León, Platas, Lechuga, Cruz y Hernández (2013) analizaron y evaluaron la eficacia de dos programas de prevención selectiva: uno que consistió en talleres psico-educativos que tuvieron como objetivo proporcionar información de los factores de riesgo asociados con los TCA y cómo contrarrestarlos, a través de 5 sesiones de 90 min abordaron temas como autoestima, auto- concepto, cultura de la delgadez, percepción de la imagen corporal, alimentación saludable, entre otros; y el programa Realidad Virtual Reforzado (RVR), que es un programa interactivo por computadora (software) que tiene como objetivo promover la aceptación de la diversidad corporal y la aceptación de la propia imagen corporal, el programa se aplica en una sola sesión con un tiempo de 45 a 60 min. La evaluación del programa se llevó a cabo con una muestra no probabilística de 58 participantes (edad promedio de 13 años), que fueron seleccionadas al azar para las dos condiciones de tratamiento. Los resultados indicaron que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los programas, ambos obtuvieron resultados positivos y estadísticamente significativos en variables asociadas con imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo. Se sugiere que se evalúen ambos programas en términos de cómo se mantienen los resultados en el tiempo.

También se han realizado propuestas para el trabajo de prevención selectiva y con adolescentes o jóvenes deportistas de ambos sexos, que hasta el momento no han sido evaluados,

ya que el ejercicio cuando se torna excesivo, se convierte en una conducta de riesgo para desarrollar un TCA. Se refiere a que las altas expectativas del deportista, la presión de los compañeros o entrenadores, la preocupación constante por el peso y la forma del cuerpo son parte común de diversas disciplinas deportivas, lo cual indica que los deportistas se conviertan en una población vulnerable a trabajar (Bratland- Sanda & Sundgot- Borgen, 2013; Díaz, 2005).

Se han descrito los programas de prevención selectiva que se han dirigido principalmente al trabajo con adolescentes, pero también existen algunos programas que incluyen la participación de los padres, o van dirigidos particularmente a éstos, los cuales son descritos a continuación.

### **3.3 Programas de prevención selectiva con adolescentes y sus padres**

Bruning, Winzelberg, Abascal y Taylor (2004) evaluaron la efectividad del programa “Student Bodies” y un programa complementario para padres vía internet. El programa dirigido a padres se caracterizó por incluir foros de discusión, preguntas y respuestas sobre el contenido del programa o únicamente de interacción con otro usuario, los padres podían acceder a los contenidos del programa en un período de cuatro semanas. Se trabajó con 152 adolescentes de secundaria y 69 padres, los resultados se compararon con un grupo de padres y estudiantes en lista de espera, que constituyó el grupo control. Los estudiantes completaron las siguientes escalas: Eating Disorder Inventory y Eating Disorder Examination- Questionnaire; mientras que los padres completaron el Parental Attitudes and Criticism Scale. La intervención fue evaluada en un diseño pre- post y seguimiento de tres meses, los resultados indicaron una reducción significativa en las conductas de restricción alimentaria en los estudiantes que usaron el programa, y hubo un aumento en el nivel de conocimiento en comparación con el grupo control, estos resultados no se mantuvieron después de tres meses; en los padres decrecieron significativamente las actitudes de crítica respecto al peso y la forma corporal. El estudio señala la pertinencia de proporcionar programas de prevención integrados para estudiantes adolescentes y sus padres con cambios positivos a corto plazo.

Otros estudios han hecho esfuerzos importantes por trabajar con la díada madre- hija, como el trabajo de Corning, Gondoli, Bucchianeri y Salafia (2010) quienes probaron la eficacia del programa “*Healthy Girls Project*”, programa de prevención dirigido a las madres de adolescentes con preocupaciones por el cuerpo; la intervención se conformó de cuatro sesiones semanales de 90 minutos, con componentes psicoeducativos e interactivos focalizados en fomentar una alimentación, forma y peso corporal saludable; así como desarrollar estrategias para hacer frente a los mensajes de pares y medios de comunicación sobre el ideal estético de la delgadez. Su muestra se conformó de 31 adolescentes de secundaria y sus madres, un grupo en lista de espera fue el grupo de comparación o control. La eficacia se evaluó a través de un diseño pre- post con tres meses de seguimiento, los resultados indicaron que las adolescentes cuyas madres estaban en el grupo de intervención recibieron menor presión de éstas a ser delgadas, y estos resultados se mantuvieron después de tres meses de seguimiento; las adolescentes también mostraron un menor deseo de tener una figura delgada después de que sus madres asistieron al programa.

Trost (2006) por su parte trabajó con 81 padres de adolescentes de secundaria con insatisfacción corporal, a través del programa para padres “*The Healthy Image Partnership*” (HIP), para evaluar el impacto de la educación de los padres sobre sus hijas adolescentes, en temas como la presión socio cultural para ser delgada, la insatisfacción corporal, la interiorización del ideal estético de la delgadez, conductas de dieta, afecto negativo, y sintomatología bulímica; así también el programa se orientó en mejorar la comunicación que existía entre padres e hijas, en tres talleres de 90 minutos. Los padres fueron elegidos al azar a dos condiciones, la experimental que fue el programa HIP y la control que consistió en una lista de espera. Los resultados indicaron que el programa para padres HIP redujo la interiorización del ideal estético de la delgadez, la insatisfacción corporal y comportamientos de dieta en las adolescentes, en comparación con el grupo de adolescentes que sus padres no recibieron los talleres, además que los resultados se mantuvieron después de tres meses de seguimiento. Los resultados del estudio representan una aproximación inicial para ofrecer programas de prevención que incluyan a los padres, para prevenir los TCA.

Nicholls y Yi (2012) también señalan la importancia del involucramiento de los padres para prevenir los TCA. Ellas ponen a prueba un grupo piloto de padres con algún hijo o hija que iniciaba un TCA. El grupo se conformó de 36 padres que trabajaron en un programa de 6 sesiones de una hora y media cada una, a través de compartir información, generar preguntas, promover debates, actividades didácticas y tareas. Los resultados indicaron que los padres desarrollaron habilidades en el conocimiento del trastorno, confianza y comprensión para con sus hijos, les lograron manifestar su apoyo como padres; además se observó una mayor adherencia a los planes de alimentación en sus hijos; el estudio sugiere una evaluación formal de estos resultados en los hijos e hijas.

Hart, Cornell, Damiano y Paxton (2015) realizaron una revisión sistemática sobre las intervenciones que incluían a los padres y que tenían como propósito prevenir la insatisfacción corporal o los TCA en niños y adolescentes. Revisaron que cumplieran los siguientes criterios: 1) que las intervenciones fueran dirigidas a reducir los TCA o insatisfacción corporal o sus factores de riesgo en niños y adolescentes, 2) que incluyeran un componente o intervención para los padres y 3) que incluyeran los resultados de efectividad de la intervención. De los 647 artículos, solamente 20 artículos cumplieron con los criterios mencionados. Los resultados indicaron que ocho estudios no mostraron diferencia estadísticamente significativa sobre los efectos de incluir a los padres en los programas de prevención y ocho estudios indicaron la pertinencia de incluirlos. Las autoras señalan la importancia de desarrollar programas para padres con estrategias creativas para lograr la participación y retención de los padres en el programa, ya que con un número pequeño de estudios de prevención con padres, se ha logrado una reducción significativa de riesgo en la imagen corporal y los TCA. Se señaló que un factor a considerar de la pobre participación o abandono de los padres de los programas, es que éstos son adaptaciones del programa de niños y adolescentes, y no propiamente un programa dirigido a ellos con modelos teóricos enfocados al cambio de conducta en esta área. Una de las sugerencias de este estudio es realizar programas dirigidos exclusivamente a los padres que potencialicen la participación de los mismos ya que hasta el momento no han sido desarrollados.

De los ocho estudios de programas que Hart et al. (2015) reportaron como no exitosos para prevenir los TCA y que incluían la participación de los padres, algunos fueron el “Eating Smart, Eating for Me”, “PriMa Intervention”, “Taste of Food, Fun and Fitness”, “Free to be Me” y el “Healthy Schools – Healthy Kids”, ya descritos anteriormente. La mayoría de éstos se caracterizaron por ser programas universales y algunos de naturaleza psico-educativa (Smolak, Levine & Schermer, 1998); mientras que la manera de incluir a los padres fue para tres programas a través de folletos informativos (Smolak, Levine & Schermer, 1996; Coller, Neumark- Sztainer, Bulfer & Engebretson, 1999; Neumark- Sztainer, Sherwood, Coller & Hannan, 2000). En el estudio de Mc Vey, Tweed y Blackmore (2007) la inclusión de los padres no fue evaluada propiamente, de tal manera que habría que pensar si este estudio refiere evidencia empírica sobre la no pertinencia de la inclusión de los padres.

Ahora bien, de los ocho estudios que Hart et al. (2015) refieren como exitosos, o que tuvieron datos estadísticamente significativos en la prevención de los TCA y en la pertinencia de incluir a los padres, se pudieron revisar cuatro de texto completo disponible y que también se encuentran descritos en el presente trabajo (Varnado- Sullivan, Zucker, Williamson & Reas, 2001; Bruning, Winzelberg, Abascal & Taylor, 2004, Corning, Gondoli, Bucchianeri & Salafia, 2010; Trost, 2006). En general se trataron de programas de prevención selectiva y con un formato interactivo, con excepción del estudio de Varnado- Sullivan, Zucker, Williamson y Reas (2001) que evaluaron el programa “The Body Logic” estructurado para población en riesgo, se evaluó su eficacia en población sin riesgo. La inclusión de los padres en estos programas fue a través de múltiples sesiones y haciéndoles partícipes de actividades que fueran más allá de la lectura de un folleto informativo.

Recientemente, Corte (2016) desarrolló un programa de detección precoz y prevención de TCA en la zona de Getafe, en Madrid, España. El propósito de su investigación se dividió en dos partes, la primera comprendió el análisis y diagnóstico situacional, es decir, el contacto con los centros educativos de nivel secundaria, aplicación de cuestionarios, análisis estadístico, elaboración de informes, determinación de personas en riesgo; y la segunda parte la aplicación de talleres de entrenamiento para habilidades personales con los adolescentes en riesgo y sus

familias. El programa tenía la duración de un año escolar, y se realizó durante 15 años seguidos, las temáticas de trabajo en los talleres fueron: la adolescencia y los estilos educativos. Los resultados de la investigación sugieren que el estilo autoritario de la madre y la crítica del padre hacia la hija se relacionan de manera significativa con los trastornos de la conducta alimentaria. Además de mostrar que fue eficaz trabajar con los padres y adolescentes en modificar el estilo educativo y la percepción que tenían de la adolescencia para la reducción de las conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente.

Por lo tanto, la evidencia indica la importancia de involucrar a los padres en la prevención de los trastornos de conducta alimentaria. Como se ha señalado, los TCA son de origen multifactorial, la familia particularmente los padres se han considerado un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de dicha problemática, por ello es importante diseñar programas de prevención que se dirijan a los padres exclusivamente, con el objetivo de prevenir un trastorno que tiene múltiples consecuencias físicas, emocionales y sociales. Hasta el momento existen escasos programas específicos que sean designados a los padres en población de riesgo de un TCA, por ello la importancia de la presente investigación.

## **CAPITULO 4.**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1 Justificación**

Los datos epidemiológicos refieren que los TCA son mucho más prevalentes en población adolescente femenil (Peláez, Labrador & Raich, 2006; Rohde, Stice & Marti, 2014), sin embargo la población varonil no está exenta (Benjet et al., 2012). El índice de mortalidad y suicidio en estos trastornos, las múltiples consecuencias que provocan un deterioro físico y psicosocial en quien los padece (APA, 2013) y las complicaciones hacia la recuperación total de la paciente (Herzog et al.1999; Ward, Ramsaid & Treasure 2000), hace que el trabajo de prevención en estos trastornos sea necesario.

Las conductas alimentarias de riesgo son manifestaciones conductuales similares a los TCA, que se dan con menor frecuencia e intensidad, esto es, no cumplen con los criterios diagnósticos para un TCA, pero son características de los mismos (Unikel et al., 2004). La ENSANUT (2012) reportó un incremento de las conductas alimentarias de riesgo tanto para hombres como para mujeres, a diferencia de lo reportado en la ENSANUT (2006); para las mujeres el incremento fue de un punto porcentual y para los hombres medio punto porcentual aproximadamente. Por ello, es importante trabajar con las conductas previas al trastorno y prevenir a que estas desencadenen algún TCA.

Los TCA son enfermedades de origen multifactorial, en las que existen factores individuales, familiares y sociales que predisponen, precipitan o perpetúan un TCA (Garfinkel & Garner, 1982).

Existe evidencia empírica sustenta la influencia de los padres para el desarrollo de un TCA en sus hijos (Brown & Geller, 2006; Corte, 2016; González-Macías, Romero, Rascón & Caballero, 2013; Guelar & Crispo, 2001; Loth, Neumark- Sztainer & Croll, 2009; Mateos et al., 2014; Quiles, Quiles Sebastián, Aubalat, Botella & Treasure, 2013; Tafa et al., 2017). Los



estudios que exploran las características de las familias con un miembro con TCA señalan que estas tienen escasas habilidades para afrontar los problemas o conflictos, tienen normas rígidas e impredecibles, y los padres tienden a ser exigentes, poco afectuosos y a establecer vínculos ambivalentes (Mateos et al., 2014; Ward, Ramsaid & Treasure, 2000), además de ser familias que ejercen un control paterno que obstaculiza la toma de decisiones, individualización y autonomía en el hijo. Los adolescentes con síntomas de TCA perciben que sus padres son controladores y no los ven como figuras de apoyo que fomentan la unión familiar (Corte, 2016; Brown & Geller, 2006; Berge, Loth, Hanson, Croll- Lampert & Neumark- Sztainer, 2012; Dring, 2015; Lampis, Agus & Cacciarru, 2014; Loth et al., 2009).

Diversos estudios reportan que las burlas o comentarios negativos dentro del núcleo familiar, particularmente aquellas que hacen referencia a los patrones de alimentación y a la forma del cuerpo están relacionadas con el desarrollo de un TCA (Krug et al., 2013; Meno, Hannum, Espelage & Low, 2008; Neumark-Sztainer et al., 2010; Quiles et al., 2013; Smart & Tsong, 2014), así como ocurre también con las conversaciones de los padres enfocadas al peso corporal o las dietas (Neumark-Sztainer et al., 2010). Loth et al., (2009) reportaron que existe relación entre la aparición de un TCA y los comentarios de los padres sobre su propio peso corporal y el de sus hijos.

Se han realizado programas de prevención que incluyen la participación de los padres; los programas de naturaleza selectiva e interactiva son los que han resultado más eficaces (Varnado-Sullivan, Zucker, Williamson & Reas, 2001; Bruning, Winzelberg, Abascal & Taylor, 2004, Corning, Gondoli, Bucchianeri & Salafia, 2010; Trost, 2006), en comparación con los de naturaleza universal y psico- educativa, que se han reportado como infructuosos en el trabajo de la prevención de los TCA (Smolak, Levine & Schermer, 1996; Collier, Neumark- Sztainer, Bulfer & Engebretson, 1999; Neumark- Sztainer, Sherwood, Collier & Hannan, 2000).

Hart, Cornell, Damiano y Paxton (2015) sugieren desarrollar programas de prevención creativos, que sean dirigidos exclusivamente al cambio conductual en los padres. El trabajo de Corte (2016) demuestra la importancia de trabajar e incluir a los padres para prevenir los TCA.

En México es importante desarrollar programas de prevención dirigidos a los padres con hijos en riesgo de un TCA, ya que hasta el momento no se ha trabajado y por lo tanto se considera en la presente investigación. La evidencia empírica sustenta y apoya la pertinencia de incluir a los padres para prevenir los TCA. El objetivo de la presente investigación es diseñar y evaluar un programa de prevención selectiva dirigido a padres de mujeres adolescentes con CAR.

#### **4.2 Pregunta de investigación**

¿Las adolescentes cuyos padres asistan al programa de prevención, disminuirán sus conductas alimentarias de riesgo, en comparación con las adolescentes cuyos padres no asistan al programa de prevención?

#### **4.3 Objetivo general**

Diseñar y evaluar un programa dirigido a padres de mujeres adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo, con la finalidad de disminuirlas en sus hijas como una estrategia para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria. Para alcanzar el propósito de la presente investigación fue necesaria la realización de tres fases:

##### **FASE 1. ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS FAMILIARES ASOCIADOS AL INICIO DE UN TCA**

Investigación cualitativa

Objetivo: Identificar los aspectos familiares asociados al desarrollo de un TCA para diseñar un programa de prevención dirigido a padres de familia con hijas en riesgo de un TCA.

##### **FASE 2. DISEÑO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA PADRES CON HIJAS EN RIESGO DE TCA: "LA BELLEZA MÁS ALLÁ DEL CUERPO"**

Objetivo: diseñar un programa interactivo, multi-sesión dirigido exclusivamente a padres con hijas con características de riesgo a desarrollar un TCA.

##### **FASE 3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA PADRES CON HIJAS EN RIESGO DE TCA: "LA BELLEZA MÁS ALLÁ DEL CUERPO"**

Investigación cuantitativa

Objetivo: evaluar los resultados del programa mediante la reducción de las CAR en las adolescentes.

## **CAPITULO 5**

### **ESTUDIO 1. ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS FAMILIARES ASOCIADOS CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

#### **5.1 Objetivo general**

Identificar y comprender los aspectos familiares asociados al desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria a partir de la percepción de los padres con una hija diagnosticada con TCA y de mujeres con diagnóstico de TCA, para la elaboración del programa de prevención para padres.

#### **5.2 Objetivos específicos**

1. Identificar los aspectos familiares asociados con los trastornos de la conducta alimentaria a partir de la percepción de los padres y las mujeres con algún TCA, tanto en la fase previa de la aparición del trastorno como en la fase coincidente con el mismo.
2. Contrastar la percepción de los padres y la de las mujeres con algún TCA respecto a los principales elementos de la familia que están asociados con los TCA.
3. Proponer una categorización de los aspectos familiares asociados al desarrollo de un TCA para la elaboración de un programa de prevención.

#### **5.3 Método**

##### **5.3.1 Participantes**

Se formaron dos grupos de participantes: 1) mujeres con diagnóstico de TCA que se constituyó de: 4 mujeres, dos con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE): una en remisión total y una en tratamiento; y dos con bulimia nerviosa (BN): una en remisión total y una en remisión parcial, como se describe en la tabla 1, así como las características familiares de las participantes (cada participante se identifica con un número y una inicial), y 2) padres con una hija con un trastorno de la conducta alimentaria que se formó de 5 participantes: cuatro madres y un padre. Este grupo se formó por un matrimonio y tres madres cuyas hijas

participaron en el grupo de mujeres con TCA. El diagnóstico de las participantes fue establecido con criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

En la tabla 2 se muestran los datos demográficos del grupo de mujeres con TCA: una adolescente, dos adultas jóvenes y una adulta (cada participante se identifica con un número, una inicial y la edad). Todas son solteras, con estudios de preparatoria o licenciatura, con lugar de nacimiento y residencia en la Ciudad de México, tres son estudiantes y una labora formalmente. En la tabla 3 se puede observar que en el grupo de padres la edad fluctuó entre los 40 y 56 años, tres de ellos son casados, una madre vive en unión libre y una madre es soltera. El nivel académico de los padres es de preparatoria o licenciatura, una madre trabaja, mientras que el padre está desempleado. Tres son originarios de la Ciudad de México, una proviene del Estado de México y otro del estado de Morelos, tres de los padres radican en la Ciudad de México, y dos en Cuernavaca, Morelos.

Tabla 1. Datos demográficos de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria

Mujeres con TCA”	Edad	Estado civil	Escolaridad	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Ocupación
1 (A)	24	Soltera	Licenciatura en Economía	CdMx	CdMx	Estudiante y asesora financiera
2 (D)	22	Soltera	Licenciatura en Relaciones internacionales	CdMx	CdMx	Estudiante
3 (X)	18	Soltera	Bachillerato	CdMx	CdMx	Estudiante
4 (C)	39	Soltera	Licenciatura	CdMx	CdMx	Asistente de programas académicos

Tabla 2. Datos demográficos de padres de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

Padres	Edad	Estado civil	Escolaridad	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Ocupación
1 (Madre de A.)	47	Soltera	Licenciatura en Administración	Estado de México	CdMx	Gerente administrativo
2 (Madre de D.)	52	Unión libre	Carrera técnica en secretariado	CdMx	CdMx	Ama de casa
3 (Madre de X.)	40	Casada	Preparatoria	CdMx	CdMx	Ama de casa
4 (Madre)	56	Casada	Preparatoria	CdMx	Cuernavaca	Ama de casa
5 (Padre)	54	Casado	Licenciatura en Administración	Estado de México	Cuernavaca	Desempleado

Tabla 3. Características familiares de mujeres con TCA y sus experiencias de separación y muerte

Mujeres con TCA	Miembros de la familia	Enfermedades	Separaciones	Muertes
1 (A)	Madre Padre (nunca vivió con A porque tenía otra familia)	Alcoholismo (padre) Depresión (padre, madre) Bulimia nerviosa (tía materna) Obesidad (tía materna)	La madre cambia de domicilio, a los 8 años de edad de A, quien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambió de escuela y de amistades</li> <li>• Perdió la convivencia diaria con su abuela, tíos y primos.</li> <li>• Cuidada por una niñera, la madre trabajaba todo el día.</li> </ul>	Tío materno (infarto) figura paterna.
2 (DC)	Madre Padre (2° matrimonio) Hermana (menor)	Alcoholismo (padre) Depresión (madre y abuela materna)	El padre debido a su trabajo y al alcoholismo podía pasar semanas o meses fuera de casa.	Abuelo materno (asesinato). Abuelo paterno (alcoholismo).
3 (X)	Madre Padre Hermana (menor)	Diabetes (padre)		Abuela materna (cáncer de útero). Abuelo materno (cáncer de garganta). Abuelo paterno (vejez).
4 (C)	Vive sola	Depresión (hermana menor) Obesidad (hermano mayor)	Separación de los padres cuando ella tenía 4 años	Tía materna (cáncer) figura materna.

Tabla 4. Características familiares de los padres con hijas con trastornos de la conducta alimentaria y sus experiencias de separación y muerte

Padres	Miembros que integraban su familia de origen	Enfermedades	Separaciones	Muertes
1. Madre de A (6°hija)	Madre Padre 9 hermanos	Obesidad (hermana) Vómitos después de comer (hermana)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 años se separa de su familia para estudiar la secundaria y prepa.</li> <li>• 19 años se separa de un novio para poder regresar con su madre viuda.</li> </ul>	Padre: Infarto (cuando ella tenía 19 años, duelo no resuelto)
2. Madre de DC (2° hija)	Madre 1 hermana	Depresión (madre y abuela materna)		Padre: asesinato y secreto familiar.

(mayor)

3. Madre de X (5° hija)	Madre Padre 4 Hermanos		• El padre era casado por tanto no convivía con él.	Madre: (cáncer de útero) cuando ella tenía 20 años, duelo no resuelto. Padre (cáncer de garganta).
4. Sra. L (2° hija)	Padre Madre 4 hermanos	Alcoholismo (padre) Diabetes (madre)		
5. Sr. M (1° hijo)	Padre Madre 5 hermanos			

Tabla 5. Características del trastorno de la conducta alimentaria de las mujeres participantes.

Mujeres con TCA	Edad de inicio y tratamiento del TCA	Diagnóstico	Circunstancias familiares que asocian al inicio del TCA	En qué momento los padres se dan cuenta
1 (A)	15 años (Recibe tratamiento 4 años después)	BN Recuperada	• Cambio de casa, escuela • Presión de la mamá por bajar de peso.	La participante le dice a su madre lo que le ocurre.
2 (DC)	15 años (Recibe tratamiento 2 años después)	BN →AN Remisión Parcial	• Alcoholismo del padre • No se hablaba de emociones y no se resolvían los conflictos familiares.	Cuando empieza a bajar drásticamente de peso (10 kg en dos semanas).
3 (X)	16 años (meses después)	TANE Recuperada	• Conflictos con el padre, no hay comunicación y confianza.	Cuando observan su ánimo decaído, la falta de apetito y la pérdida de peso
4 (C)	18 Años (recibe tratamiento 17 años después)	TANE En tratamiento (4 años)	• Altas expectativas de su madre.	La participante se da cuenta a través de la información de un especialista por la radio.

Tabla 6. Características de la percepción de los padres respecto al trastorno de la conducta alimentaria en sus hijas.

Padres	Edad de inicio del TCA en su hija	Circunstancias familiares que asocian al inicio del TCA	Como se da cuenta del TCA de su hija
1. Madre de A	18 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia de la tía que se provocaba el vomito siempre después de comer.</li> </ul>	Su hija le comunica sobre su TCA y del tratamiento que decidió comenzar
2. Madre de DC	15 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al alcoholismo del padre</li> <li>• Sobreprotección</li> <li>•</li> </ul>	Su carácter se vuelve irritable y comienza a bajar mucho de peso
3. Madre de X	16 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala relación con el padre, de incomprensión y de nula comunicación</li> <li>•</li> </ul>	Comienza a bajar mucho de peso
4. Sra. L	15 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobreprotección, es decir, darle todo lo que ella quería</li> </ul>	A partir de que su hija comenzó a bajar de peso, aislarse y a ser agresiva.
5. Sr. M	15 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas en el matrimonio</li> </ul>	A partir de que su hija comenzó a bajar de peso.

### 5.3.2 Instrumento

Se trató de un estudio cualitativo, en el cual se utilizó una entrevista semi-estructurada para la recopilación de la información. La guía incluyó preguntas referentes al apoyo familiar, expresión de emociones, cohesión familiar, solución de problemas, situaciones de vida estresantes y transición en el ciclo vital de la familia, así como sobre burlas y comentarios negativos hacia la alimentación, forma y peso corporal. Las preguntas fueron de carácter retrospectivo, es decir, se condujo a los entrevistados a tres momentos en el tiempo: antes de la aparición del TCA, en el momento de la aparición del TCA y después de alcanzada su recuperación. En este trabajo se consideró reportar únicamente el momento previo y el coincidente con el inicio del TCA.

### **5.3.3 Procedimiento**

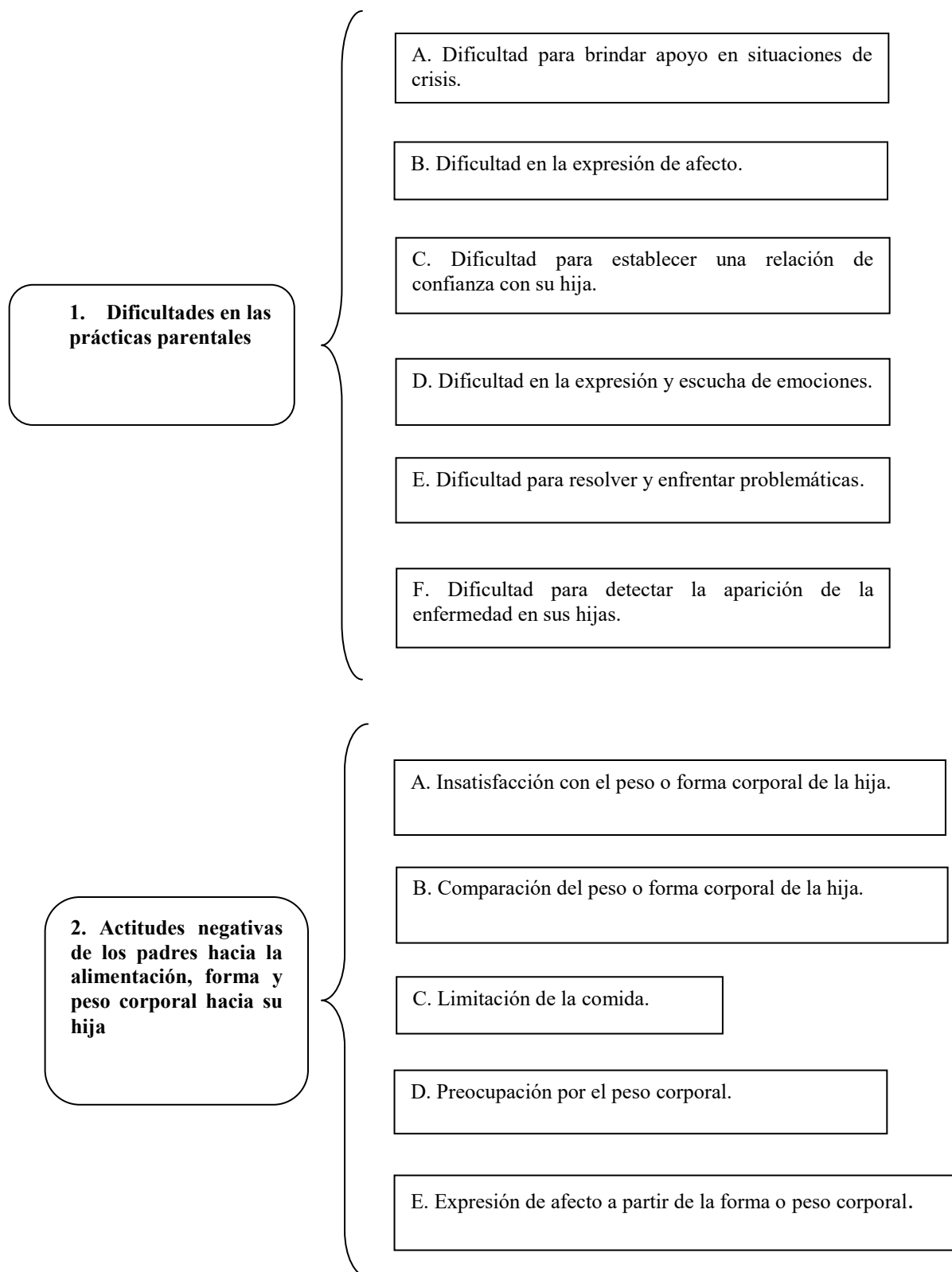
La población de interés se obtuvo a través del contacto con especialistas en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria. Los participantes firmaron un consentimiento informado mediante el cual autorizaron su participación anónima y confidencial, y la grabación en audio de la entrevista. Se realizó una entrevista con duración de 90 a 120 minutos con cada participante, que fueron transcritas *verbatim* y se realizó un análisis de contenido para identificar los aspectos familiares asociados con los antecedentes e inicio del trastorno de la conducta alimentaria (Kvale, 2007; Denzin & Lincoln, 2005; Vasilachis de Gialdino, 2006).

### **5.3.4 Resultados**

Se obtuvieron dos categorías de análisis: 1) dificultades en las prácticas parentales y 2) actitudes negativas de los padres hacia la alimentación, peso y forma corporal de sus hijas, tal como se muestra en la figura 2. A continuación, se describe cada una de las categorías y se utilizan algunos testimonios de los participantes para ejemplificarlas, cada testimonio se identifica con la inicial y la edad de la persona de quien proviene como aparecen en las tablas 1 y 2.



Figura 2. Aspectos familiares asociados al inicio de un TCA.



## **1. Dificultades en las prácticas parentales**

Se identificaron aspectos familiares que se relacionaron con prácticas parentales no adecuadas y el desarrollo de un TCA. Las participantes expresaron la dificultad que tuvieron sus padres para realizar una crianza adecuada durante su infancia y adolescencia y que estuvieron relacionadas tanto en la fase previa de la aparición del trastorno como en el momento en el que inició el mismo.

### **1.1. Dificultad para brindar apoyo en situaciones de crisis**

Los participantes coincidieron que tanto en la fase previa como en la coincidente con el inicio del TCA, a los padres se les dificultaba expresar apoyo a su hija en situaciones que identificaron como de crisis o de cambio, como la ruptura de una relación de pareja, el inicio de la adolescencia, problemas familiares por el alcoholismo del padre, conflictos entre los padres, o cambios de casa o de escuela. Las participantes esperaban el apoyo de sus padres a través de ser escuchadas, comprendidas y acompañadas en situaciones que ellas consideraron de *“crisis”*. Los padres identificaron y reconocieron la falta de comprensión y apoyo para sus hijas en estas situaciones, mismas que identificaron que pudieron contribuir al desarrollo del TCA.

*“Me cambié de casa, me cambié de escuela, me cambié para segundo de primaria... me sentía abandonada por mi mamá, me sentía triste muy triste”* (A, 24 años).

*“En ese tiempo X empieza a andar de novia con un chico, su papá no estaba de acuerdo, yo creo que la incomprensión de su papá le afectó, y luego viene el problema de alimentación en X”* (Madre de X, 40 años).

### **1.2. Dificultad para expresar afecto**

Tanto el grupo de mujeres con TCA como el de padres coincidieron en que a los padres se les dificultaba expresar palabras de aprobación y afecto, o bien, poder brindar muestras de cariño como abrazos y/o caricias antes de que se desarrollara el TCA.

*“Me costaba, y aún me cuesta trabajo, externarle...expresarle lo que yo siento. Para uno como hombre no es fácil, no fuimos educados para hablar o decir lo que sentimos, y lo mismo hacen los hijos”* (Padre de 54 años).

*“Me costaba trabajo expresarle mi cariño y abrazarla. Es de esperarse que la mamá se acerca a darle el abrazo a la hija, la hija se acerca a acurrucarse en los brazos de la mamá, y decirle ¡te extraño, te amo! No había eso...era hola, ¿qué tal...cómo estás?”* (Madre de A, 47 años).

### **1.3. Dificultad para establecer una relación de confianza con su hija**

Las participantes coincidieron en percibir a sus padres con actitudes de autoritarismo, de exigencia y sobreprotección, lo que obstaculizaba que ellas pudieran tener seguridad en la toma de decisiones, de conocer sus propias expectativas, lograr separarse del núcleo familiar y tener una identidad propia. Esto afectó para tener una relación de confianza para conversar con sus padres, o confianza consigo mismas al tomar una decisión o definir sus propias expectativas, tratando más bien de satisfacer las expectativas de sus padres.

*“Me hice la idea de que mi mamá tenía expectativas sobre mí, expectativas que podían ser desde nivel escolar, hasta en el plano personal. Hoy, a mis 39 años, nunca me he preguntado realmente cuáles son mis propias expectativas, siempre he vivido cubriendo las expectativas de otros, en particular las de mi madre”* (C, 39 años).

*“Empezamos a tener una relación no muy buena. Ella se quedaba callada cuando yo le preguntaba las cosas...no me decía absolutamente nada. Siempre me decía: no te tengo confianza”* (Madre de A., 47 años).

#### **1.4. Dificultad para expresar y escuchar emociones**

En ambos grupos se identificó la dificultad que existía dentro de su núcleo familiar para poder expresar y escuchar emociones, principalmente enojo, miedo, tristeza, inadecuación y culpa, lo que relacionaron directamente con la aparición del trastorno.

*“Eran todas estas ideas de ¡no estoy bien con mi cuerpo!, y hablar de estos temas con mi mamá... ¡ni pensarlo!” (C, 39 años).*

*“Creo que sería tal vez el primer factor que ocasionó que se desarrollara el trastorno, y una de las causas principales fue que no hubiera una comunicación de emociones. Había una relación familiar muy superficial, muy del día a día, muy cotidiano, y no escucharnos en nuestras tristezas, en nuestras alegrías o nuestros problemas y creo que eso era lo que sucedía” (D, 22 años).*

#### **1.5. Dificultad para resolver y enfrentar problemáticas**

En ambos grupos se percibió la dificultad para resolver conflictos o problemáticas dentro de la familia, aspecto que asociaron al desarrollo del TCA. Los padres identificaron que previo al desarrollo del TCA, no se podía hablar sobre las dificultades o conflictos que se presentaban en la familia, y por lo tanto tampoco resolvían los conflictos o problemáticas que surgían, sino que por el contrario se evadían, olvidaban o negaban. Las participantes con TCA identificaron que la incapacidad para hablar de los problemas en familia y no poder dar solución a los mismos, fue un aspecto relacionado con el desarrollo de su trastorno. Los factores que precipitaron los conflictos familiares fueron: las discusiones y situaciones de violencia entre los padres, dificultad para ponerse de acuerdo en la crianza de la hija, y el alcoholismo del padre. Por lo tanto, la dificultad para resolver los conflictos fue un aspecto desencadenante del trastorno y su mejoría fue un aspecto que favoreció a la recuperación.

*“Pienso que eso fue lo que hizo explotar a D, no resolver, no enfrentar. Yo prefería no enfrentar una situación y no buscarle solución, o no buscarle alternativas para resolver, y prefería no pelear, evitar problemas, evitar peleas” (Madre de D, 52 años).*

*“Le hablé a mi mamá, le conté. No sabía por qué había decidido vomitar, y le dije...creo que en ese momento no supo qué hacer. Hasta hoy no sé si le preocupó o pensó que yo estaba exagerando...o que no era verdad, pero como que no le dio mucha importancia en ese momento” (D, 22 años).*

### **1.6. Dificultad para detectar la aparición de la enfermedad en sus hijas**

Los padres refieren no haber tenido la capacidad de identificar la aparición de la enfermedad en sus hijas, las participantes recordaron que en su mayoría fueron ellas quienes se lo comunicaron.

*“No me di cuenta de que estuviera pasando algo...quizá el trastorno ya estaba desde antes...y yo no me daba cuenta” (Madre de X, 40 años).*

*“Yo estaba baja de ánimo, y por ello no tenía mucho apetito, y mis papás empezaron a verme desgastada. Yo creo que me veía más delgada de lo normal...mi papá estaba muy necio de que no tenía nada” (X, 18 años).*

## **2. Actitudes negativas de los padres hacia la alimentación, peso y forma corporal de la hija**

A partir de la percepción de los padres y las mujeres con un trastorno de la conducta alimentaria, se identificó una segunda categoría que tiene que ver con todas las actitudes negativas hacia la alimentación, el peso corporal y la forma del cuerpo de su hija, que estuvieron relacionadas tanto en la fase previa de la aparición del trastorno, como en el momento de

aparición del mismo. Se identificaron diversas sub categorías, las cuales se describen a continuación y se ejemplifican con algunas viñetas.

### **2.1. Insatisfacción con el peso o forma corporal de la hija**

En ambos grupos de participantes refirieron que existía insatisfacción con el peso o la forma corporal de su hija. Los padres expresaban inconformidad, molestia o intolerancia con la forma corporal y/o peso corporal de su hija. En el grupo de las mujeres con TCA señalaron sentir que sus padres, particularmente su madre no se sentía satisfecha con la forma de su cuerpo o peso corporal.

*“Un día fuimos a comprar ropa, y parece que ese fue el detonador para ella. Yo estaba desesperada porque nada le quedaba de lo que ella elegía, entonces...de alguna manera lo asumí como una situación de rechazo. Creo que el trastorno inició cuando le dije ¡vámonos ya, llévate lo que sea de ropa, nada te queda!”* (Madre de A, 24 años).

*“La tratábamos como la gordita, y le decían todos en casa la gordita”* (Madre de 56 años).

### **2.2. Comparación del peso o forma corporal de la hija.**

Los padres identificaron que hacían comparaciones respecto a la forma y peso corporal de su hija, y no consideraron que hacer tales comparaciones tuviera un impacto negativo, mientras que, para las mujeres con TCA tales comparaciones eran una manera de rechazo, que les hizo creer que físicamente no eran como ellos esperaban que fueran.

*“A mi hija mayor le decía mi flaquita...ella estaba delgada, y a G. no le decía así, pero no con eso le estaba diciendo gorda, pero ella creía que sí, porque a ella no le decía flaquita”*  
(Padre de 54 años).

*“Mi mamá le dijo a la profesora de ballet, que el ballet es para niñas flacas, y un día le dijo ¿ya viste a D. cómo está?, ella no va a poder bailar, yo creo que el ballet es para gente muy delgada. De eso me acuerdo muchísimo, y de ahí fue como no pude bailar...y nunca aprendí a bailar ballet” (D, 22 años).*

### **2.3. Limitación de la comida**

Tanto el grupo de padres como el grupo de mujeres con TCA, percibían reglas en la alimentación durante la infancia donde se restringía en cantidad o tipo, evitando que se comiera en exceso, lo que deseara o apeteciera dentro y fuera de casa.

*“Entonces cuando la veía gordita, decía: bueno, pues está bien. Pero si era exigente en la comida. Cuando llegaba a casa de la abuelita, ahí era diferente, ahí daban de comer de manera vasta...todo lo que quisieras. Yo le decía: ¡ten cuidado!, ¡ten cuidado! Hasta los sobrinos me decían: ¡Ay, ya déjanos en paz! Después, cuando íbamos al cine les llevaba sus golosinas, pero limitado todo...siempre limitado, limitado, limitado. Pero cuando A estaba sola en casa, podía comerse lo que quisiera, y también tirar la comida que quisiera” (Madre de A., 47 años).*

### **2.4. Preocupación por el peso corporal**

En ambos grupos de participantes se encontró que la preocupación de los padres por el incremento de peso corporal de sus hijas fue un factor que asociaron con el inicio del TCA, ya que las participantes lo percibieron como una forma de rechazo y no aceptación.

*“Ahora ya no me preocupa tanto su peso, antes sí” (Padre de 54 años).*

*“A los 10 años yo empecé a ir al nutriólogo, porque mi mamá estaba preocupada, y ahora entiendo que estaba preocupada porque su hija estuviera enferma. Pero yo lo vi de: ¡No, no me acepta!, ¡no me quiere!” (A., 24 años).*

## 2.5. Expresión de afecto a partir de la forma o peso corporal.

Los padres expresaban afecto, como palabras de aprobación o de cariño a las hijas que tienen un cuerpo “delgado”, mientras que omitían palabras de afecto a quienes no lo tenían.

*“En mi familia, mi abuela y mis tíos privilegiaban o ponderaban la apariencia física, y ellos decían cuál era lo idóneo. Quien lo cumplía, era aceptado Cuando nacía un nuevo nieto...o lo que fuera...era: ¡ah, mira...es blanquito! Mientras que, a una tía, siempre le decían: ¡Ay, qué gorda está...siempre comiendo, sabiendo que está tan gorda!” (C, 39 años).*

*“Yo creo que a lo mejor uno que otro comentario sí le llegó. Porque mi otra hija es muy delgadita, y G era más llenita, y empezó a sentirse diferente. La otra era muy delgadita, y todo mundo decía: ¡Ay, qué bonita...que no sé qué!...y G se sentía gorda” (Madre de 56 años).*

Los hallazgos obtenidos en esta fase se retoman para la construcción de la siguiente fase que se describe a continuación.



## **CAPITULO 6**

### **ESTUDIO 2. DISEÑO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DIRIGIDO A PADRES: “LA BELLEZA MÁS ALLÁ DEL CUERPO”.**

*“Cuando las pacientes vislumbren que efectivamente ellas existen, se les hará posible dejar atrás el control del cuerpo y asumir su propia sabiduría. Solo así podrán saber que con sus trastornos trataban de dar respuesta a un hambre que no era únicamente física sino también emocional, relacional y espiritual” (Corte, 2016).*

#### **6.1 Objetivo general**

Diseñar un programa de prevención dirigido a padres de mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo.

#### **6.2 Objetivos específicos**

1. Diseñar el programa de prevención “La belleza más allá del cuerpo” a partir de los aspectos familiares identificados en la fase 1.
2. Diseñar las actividades de cada una de las sesiones de tipo interactivo que permitan generar un cambio de actitud en los padres y adolescentes con conductas alimentarias de riesgo.

#### **6.3 Método**

##### **6.3.1 Procedimiento**

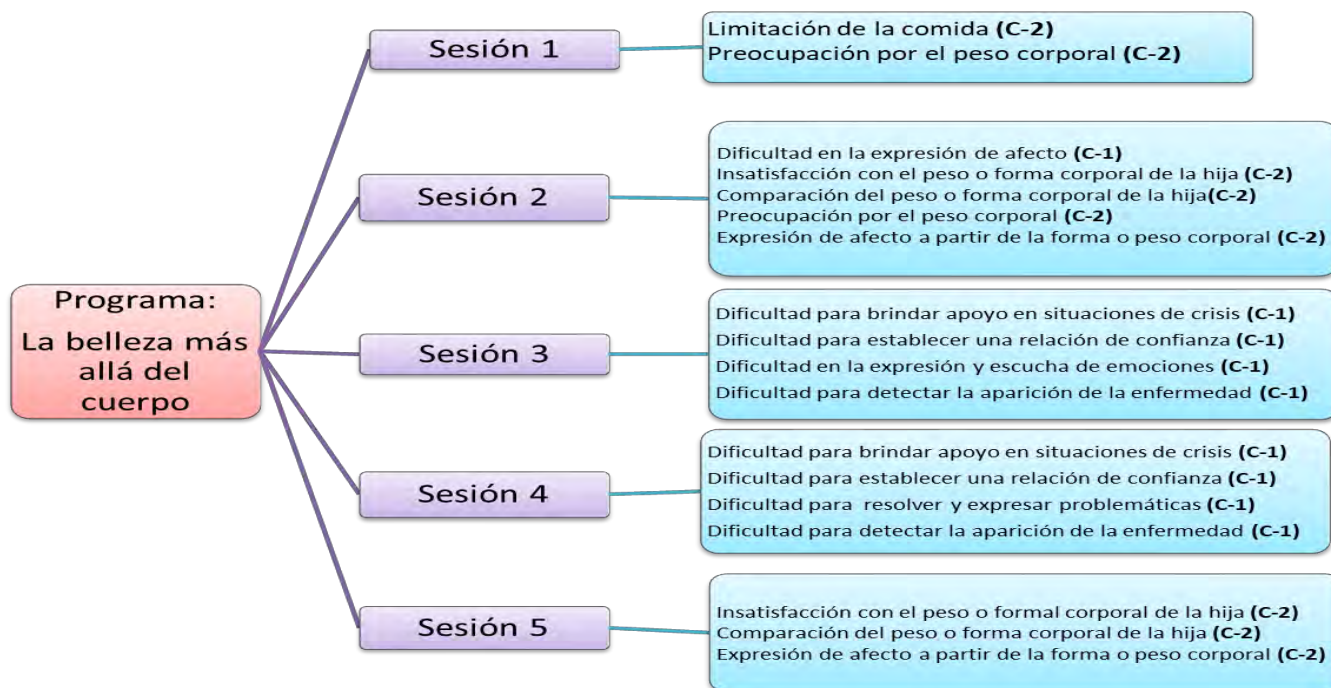
Se diseñó un programa de prevención titulado “La belleza más allá del cuerpo”, el cual es de naturaleza interactiva, de cinco sesiones de 90 minutos cada una. Las actividades que se desarrollaron abarcan las categorías que se obtuvieron en la fase 1: dificultades en las prácticas parentales y actitudes negativas hacia la alimentación, forma y peso corporal. Se realizaron tres estudios pilotos, el primero con expertos en el tema quienes aportaron sugerencias para mejorar la estructura de las actividades y el material utilizado; los dos estudios pilotos restantes se utilizaron

con ocho padres y madres de adolescentes de una escuela preparatoria privada, interesados en participar en la aplicación del taller, durante su participación aportaron sugerencias, además de poder ajustar los tiempos de cada una de las actividades.

### 6.3.2 Resultados

A continuación se describen cada una de las sesiones que conformaron el programa de prevención “La belleza más allá del cuerpo” a partir de los hallazgos de la fase 1. La Fig. 3 esquematiza los aspectos familiares que conformaron cada una de las sesiones.

Fig. 3. Aspectos familiares que se consideraron para conformar las sesiones del programa



C-1 (Categoría “Dificultades en las Parentales”, C-2 (Categoría “Actitudes negativas de los padres hacia la alimentación, peso y figura corporal).

También se diseñaron las actividades de cada una de las sesiones para promover un cambio de actitud en las adolescentes con conductas alimentarias de riesgo. A continuación se presentan los objetivos, temas y plan de trabajo para cada una de las sesiones. Para poder tener acceso a la versión completa del programa, escribir al mail: [r\\_adriana\\_23@hotmail.com](mailto:r_adriana_23@hotmail.com).

### **Sesión 1: ¿Mi hija tiene un trastorno de la conducta alimentaria?**

Objetivo general: que los padres reconozcan la importancia de una alimentación saludable, las características de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos:

Que los padres.

1. Identifiquen en qué consiste una alimentación saludable.
2. Identifiquen las conductas alimentarias de riesgo que han observado en sus hijas.
3. Conozcan la diferencia entre las conductas alimentarias de riesgo y los trastornos de la conducta alimentaria.

Temas de la sesión:

1. Alimentación saludable
2. Conductas alimentarias de riesgo
3. Trastornos de la conducta alimentaria

Resumen de sesión 1:

Durante la primera sesión los padres se presentan en grupo. Mediante un folleto el facilitador presenta el contenido de cada una de las sesiones que conforman el programa, también se aclaran las dudas que surjan. A través de diferentes materiales y actividades grupales e individuales los padres identifican en qué consiste una alimentación saludable y la diferencia entre conductas alimentarias de riesgo y los trastornos de la conducta alimentaria. Con apoyo de un video testimonio los padres reflexionan la importancia del trabajo que pueden hacer para

fomentar la prevención de los TCA en sus hijas. Finalmente el facilitador cierra la sesión entregando la actividad de apoyo en casa.

Fig. 4. Folletos de la sesión #1 del programa “La belleza más allá del cuerpo”



## **Sesión 2: ¿Cómo puedo ayudar a mi hija para que se sienta satisfecha consigo misma?**

Objetivo general: que los padres comprendan la etapa de la adolescencia y aprendan a expresar las cualidades propias y de sus hijas para fomentar la satisfacción corporal.

Objetivos específicos:

Que los padres.

1. Comprendan la etapa de la adolescencia como un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.
2. Analicen la importancia de evitar expresar comentarios negativos consigo mismos y con sus hijas que fomente la insatisfacción corporal.
3. Utilicen la expresión de cualidades hacia sí mismos y hacia sus hijas para fomentar la satisfacción corporal y un buen auto-concepto.

Temas de la sesión:

1. Adolescencia: sus características y su implicación como factor de riesgo para el desarrollo de un TCA.
2. Comprender qué es la insatisfacción corporal.

Resumen de sesión 2:

Los padres inician compartiendo su experiencia con la actividad que realizaron en casa, que permite que el facilitador aborde el tema de la adolescencia y sus características, así como explicar cómo es que dicha etapa del desarrollo se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA. A partir de actividades grupales los padres identifican, analizan y comprenden la importancia de promover en casa la satisfacción en sus hijas. El facilitador al finalizar explica las actividades de apoyo en casa para la siguiente sesión.

### **Sesión 3: ¿Podemos escuchar y hablar de emociones en familia?**

Objetivo general: que los padres analicen la importancia de escuchar y hablar de emociones dentro de la familia.

Objetivos específicos:

Que los padres.

1. Analicen la importancia de escuchar a su hija.
2. Conozcan los diferentes tipos de emociones.
3. Analicen la importancia de expresar sus emociones con su hija.

Temas de la sesión:

1. Escucha de emociones
2. Expresión de emociones

Resumen de sesión 3:

En la sesión tres de igual forma los padres comparten sus experiencias al realizar las actividades de apoyo en casa, las cuales consisten en compartirlas con su hija. El facilitador clarifica los tipos de comunicación y la importancia de ésta en el entorno familiar, también enfatiza la relevancia de identificar las diferentes emociones y poder expresarlas y escucharlas. Los padres a través de actividades como: representaciones y reflexiones individuales y grupales, identifican cómo es su comunicación familiar, y qué cambio de actitud deben modificar para promover una comunicación eficaz en familia, principalmente con su hija. La sesión finaliza con el compartir de los padres y el facilitador indica la actividad de apoyo en casa.

#### **Sesión 4: ¿Qué puedo hacer para tener una buena relación con mi hija?**

Objetivo general: que los padres analicen la importancia de educar a su hija adolescente a través de prácticas parentales que favorezcan una relación de confianza y autonomía.

Objetivos específicos:

Que los padres.

1. Identifiquen la importancia de las prácticas parentales en el proceso de separación en la adolescencia.
2. Reconozcan las prácticas parentales que ejercen en casa con su hija y reflexionen acerca de la confianza que hay en la relación con su hija.
3. Reflexionen acerca de cómo brindar apoyo a su hija y construyan las normas de casa que promueva una relación de confianza y autonomía del mismo.

Temas de la sesión:

Proceso de separación durante la adolescencia

Prácticas parentales: apoyo y control

Resumen de sesión 4:

Los padres inician compartiendo su experiencia de la actividad con su hija. El facilitador habla de la importancia del proceso de separación durante la adolescencia y el apoyo de los padres para cumplir con dicho propósito. A través de videos y material los padres identifican cómo son las prácticas parentales que tienen con sus hijas, e identifican cuáles son aquellas que requieren mejorar o modificar. La postura del facilitador es fomentar un ambiente de apoyo a aquellos padres que identifican que no han realizado prácticas parentales adecuadas y motivar a intentarlo. De esta forma los padres no viven al facilitador como una persona que los “critica, juzga o regaña” sino como aquella persona que podrá apoyarlos en lo que hasta el momento no han realizado y puedan hacer un cambio.

### **Sesión 5: ¿Cómo ayudo a mi hija a preocuparse menos por su peso corporal?**

Objetivo general: Que los padres analicen la importancia de fomentar conductas en familia para enfrentar la presión para adelgazar.

Objetivos específicos:

Que los padres.

1. Comprendan la importancia de eliminar los comentarios negativos como la burla y las comparaciones respecto a la alimentación, peso y forma corporal para evitar la insatisfacción corporal en su hija.
2. Analicen la importancia de fomentar la crítica hacia los medios de comunicación que promueven la presión para adelgazar.

Temas de la sesión:

1. Burlas hacia el peso y figura corporal
2. Estrategias de afrontamiento

Resumen de sesión 5:

Los padres comienzan la sesión y el facilitador hace uso de videos que permiten que los padres analicen y comprendan la importancia de eliminar las burlas hacia la alimentación, peso y

figura corporal. A través de actividades se les muestra a los padres las estrategias de afrontamiento para que sus hijas puedan hacer frente a la preocupación de tener un cuerpo delgado. El facilitador hace un cierre del programa, agradece la asistencia de los padres y pide que los padres compartan qué aprendieron durante las sesiones.

A partir de los estudios pilotos realizados con expertos y padres, se obtuvo información que señala que el programa “La belleza más allá del cuerpo” fue pertinente y adecuado de acuerdo a los temas y objetivos propuestos. El programa mantuvo el interés y asistencia de los padres del grupo piloto. Es necesario que el facilitador cuente con experiencia psicoterapéutica para la aplicación del programa. A continuación se muestran los resultados de la evaluación del programa “La belleza más allá del cuerpo” con padres con hijas con conductas alimentarias de riesgo.



## **CAPITULO 7**

### **FASE 3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DIRIGIDO A PADRES: “LA BELLEZA MÁS ALLÁ DEL CUERPO”**

#### **7.1. Objetivo general**

Evaluar los resultados del programa a través de la medición de las conductas alimentarias de riesgo en población adolescente.

#### **7.2. Objetivos específicos**

1. Estimar el índice de confiabilidad de los instrumentos utilizados.
2. Comparar las puntuaciones de las CAR antes y después de la intervención en las adolescentes cuyos padres asistieron al programa en comparación con las adolescentes que sus padres no asistieron.
3. Comparar las puntuaciones antes y después de la intervención, de los aspectos familiares: Prácticas parentales, actitudes negativas respecto a la alimentación, peso y figura corporal y relaciones intrafamiliares, que conforman el programa de prevención, entre las adolescentes cuyos padres asistieron al programa y las adolescentes cuyos padres no asistieron.

#### Variable independiente

1. Programa de prevención para padres “La belleza más allá del cuerpo”.

#### Variables dependientes

1. Conductas alimentarias de riesgo (CAR).
2. Aspectos familiares:
  - a) Prácticas parentales
  - b) Actitudes positivas respecto a la alimentación, peso y figura corporal.

c) Relaciones intrafamiliares

### **7.3 Definición de la variable independiente**

1. Programa de prevención para padres “La belleza más allá del cuerpo”.

Definición conceptual: el programa de prevención “La belleza más allá del cuerpo” es un programa dirigido a padres que tienen una hija en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, con el objetivo que éstos adquieran prácticas parentales eficaces, actitudes positivas hacia la alimentación, forma y peso corporal de su hija y mejorar su relación familiar.

Definición operacional: el programa “La belleza más allá del cuerpo” consta de 5 sesiones informativas e interactivas de 90 minutos cada una, se llevan a cabo en grupos de 6 a 10 padres y son coordinadas por un facilitador. El programa incluye diversos materiales como: videos, folletos, hojas de actividades y hojas de actividades para casa, con los cuales se hacen ejercicios escritos, verbales y conductuales para la disminución de las conductas alimentarias de riesgo en sus hijas adolescentes.

### **7.4 Definición conceptual y operacional de las variables dependientes**

Conductas alimentarias de riesgo

Definición conceptual: las CAR son manifestaciones similares a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pero que se dan con menor frecuencia e intensidad, esto es, que no cumplen con los criterios diagnósticos para un TCA, pero son características de los mismos (Unikel, Bojórquez, & Carreño, 2004).

Aspectos familiares

a) Prácticas Parentales

Definición conceptual: las prácticas parentales aluden a las conductas específicas que utilizan los padres para educar a sus hijos. Dos de las dimensiones del comportamiento de los padres que más se han estudiado son el apoyo y el control. El apoyo se considera el grado en que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta por sus padres, el cual se ha relacionado con el bienestar de éstos, mientras que el control se puede ejercer de dos formas: el control conductual que se refiere a los límites, reglas y formas de regular la conducta de los hijos y que se asocia con efectos positivos en los mismos, y control psicológico, que alude a los comportamientos de los padres que interfieren con el desarrollo de la individualidad del hijo(a) (Andrade y Betancourt, 2008).

#### b) Actitudes negativas hacia la alimentación, peso y figura corporal

Definición conceptual: las actitudes negativas hacia la alimentación, peso y figura corporal aluden a todas aquellas conductas que están enfocadas a criticar, devaluar, comparar los hábitos de alimentación, el peso y la figura corporal en su hijo o hija.

#### c) Relaciones intrafamiliares

Definición conceptual: las relaciones intrafamiliares incluye tres dimensiones. Expresión: se refiere a la posibilidad de los miembros de la familia de manifestar verbalmente sentimientos, ideas y experiencias en un clima de respeto. Unión y apoyo: tiene que ver con la tendencia de la familia a realizar actividades de convivencia y apoyo, se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Dificultades: es la manera en que la familia resuelve los conflictos o dificultades. La definición operacional de las variables se realizó a partir de los siguientes instrumentos.

## **7.5 Instrumentos**

**Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, CBCAR** (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004) fue elaborado y validado en adolescentes mexicanos de acuerdo con los criterios diagnósticos para TCA del DSM-IV. El instrumento es auto-aplicable y está compuesto por diez reactivos que identifican la presencia de conductas alimentarias anómalas durante los tres meses previos. Los reactivos tienen un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), que se califican de cero a tres, y en el cual, una mayor puntuación corresponde a una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. Este cuestionario evalúa la presencia de tres factores: atracón-purga, medidas compensatorias y restricción alimentaria. Cuenta con una consistencia interna de  $\alpha=.83$  y posee una validez concurrente, a partir de un análisis de correlación con la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la Escala de Ideación Suicida (EIS). Su punto de corte es a partir de los diez puntos, una puntuación por arriba de diez indica que la persona se ubica en el grupo de riesgo. La clasificación para el diagnóstico de riesgo es el siguiente:

0 a 6 puntos: persona sin riesgo

7 a 10 puntos: persona en riesgo moderado

11 a 30 puntos: persona en riesgo alto

**Escala de Prácticas Parentales (EPP)** (Andrade & Betancourt, 2008). La escala EPP es contestada por los adolescentes, se utilizó para conocer los factores familiares asociados a los TCA, como comunicación, autonomía y control paterno. La EPP aporta información de la percepción que tienen los hijos de las conductas de sus padres hacia ellos. Evalúa la comunicación del adolescente con sus papás, la autonomía que fomentan sus padres en él, y la imposición y el control psicológico que ejercen los padres. Se trata de un instrumento auto aplicable de 50 reactivos (25 para cada uno de los padres), con cinco opciones de respuesta de tipo Likert: nunca (con valor de 1), casi nunca (con valor de 2), algunas veces (con valor de 3), casi siempre (con valor de 4) y siempre (con valor de 5). La validez de constructo se evaluó a través de un análisis factorial exploratorio y la confiabilidad se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach =0.90 (Andrade & Betancourt, 2008). La tabla 2 describe cada una de las sub-escalas de la EPP.

Tabla 2. Sub- escalas de la Escala de Prácticas Parentales

Escala de Prácticas Parentales				
Control Conductual (CC)	Control Psicológico (CP)	Autonomía (AU)	Imposición (IMP)	Comunicación (COM)
Conocimiento que tiene la madre sobre las actividades de sus hijos. (Número de reactivos: 5).	Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas a sus hijos. (Número de reactivos: 5).	El grado en que el padre o madre impone sus creencias y conductas a sus hijos. (Número de reactivos: 5).	Identifica el grado en que los adolescentes perciben que sus padres les imponen su manera de pensar o actuar. (Número de reactivos: 5).	Comunicación existente entre el padre o la madre y su hijo. (Número de reactivos: 5).

**Sub- escala: Actitudes negativas hacia la alimentación, peso y figura corporal (ACT).**

Se refiere a la percepción que tienen los hijos de ser criticados, comparados y devaluados por sus padres en cuanto a sus hábitos de alimentación, peso o figura corporal. Dicha sub-escala se elaboró para los propósitos de esta investigación y a partir del estudio cualitativo de la fase 1 (ver capítulo 6) la cual se constituye de seis reactivos que fueron integrados a la Escala de Prácticas Parentales (ver tabla 3).

Tabla 3. Reactivos de la sub- escala "actitudes negativas hacia la alimentación, peso y figura corporal"

Reactivos	
26	Me ha dicho que estoy gordo(a).
27	Ha hecho bromas sobre alguna parte de mi cuerpo.
28	Se preocupa porque aumente de peso, a pesar de que mi peso es el adecuado.
29	Ha comparado la forma de mi cuerpo con la de algún hermano(a), amiga(o) o alguna otra persona.
30	Me presiona a tener una mejor figura corporal.
31	Me restringe las cantidades de alimento que como.

**Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares, ERI (Rivera-Heredia, 1999).** La escala ERI es un instrumento que evalúa a los adolescentes, con respecto a la unión y apoyo familiar, expresión de sentimientos, ideas y experiencias dentro del entorno familiar, así como la percepción del conflicto. La escala ERI es un instrumento auto-aplicable que tiene tres versiones respecto a su número de reactivos: 56, 37 y 12 respectivamente. Para este estudio se utilizó la versión de 12 reactivos. La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta que varían de: totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. La escala tiene una confiabilidad total Alfa de Cronbach de .91. La calificación del instrumento se hace mediante la sumatoria de los puntajes totales para cada dimensión, luego se obtiene el promedio de la dimensión dividiendo el total de puntos obtenidos entre el número de reactivos y así se obtiene el puntaje final para cada dimensión.

Tabla 4. Escala de Relaciones Intrafamiliares

Escala de Relaciones Intrafamiliares			
Sub- escala (para Madre y Padre)	Unión y Apoyo (UyA)	Expresión (EXP)	Dificultades (DIFI)
Definición	Tiene que ver con la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto de convivir y de apoyarse mutuamente, se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. (Número de reactivos: 4).	Se refiere a la posibilidad de los miembros de la familia de manifestar verbalmente sentimientos, ideas y experiencias en un clima de respeto. (Número de reactivos: 4).	Se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. (Número de reactivos: 4).

La EPP evaluó la percepción de los adolescentes respecto a la crianza de cada uno de sus padres, mientras que la ERI evaluó la percepción de los adolescentes respecto a la interacción

dentro de su núcleo familiar, por esta razón se consideraron ambas escalas para esta investigación.

## **7.6. Método**

### **7.6.1 Diseño de investigación**

Se trata de un estudio con diseño cuasi experimental. Se evaluaron los resultados del programa a través de un diseño pre- post, con grupo experimental y control, además de seguimiento de 3 meses (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Se compararon las puntuaciones de las CAR, las prácticas parentales y las relaciones intrafamiliares antes y después de la intervención, entre las adolescentes que sus padres participaron en el programa con las adolescentes que sus padres no participaron (ver tabla 1).

Tabla 1. Diseño de investigación

Grupo	Pre-evaluación	Intervención	Post-evaluación	Seguimiento (3 meses)
G1-Experimental	O1	X	O2	O3
G2-Control	O1	-	O2	O3

Los dos grupos fueron los siguientes:

G1- Experimental: mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo cuyos padres asistieron al programa de prevención.

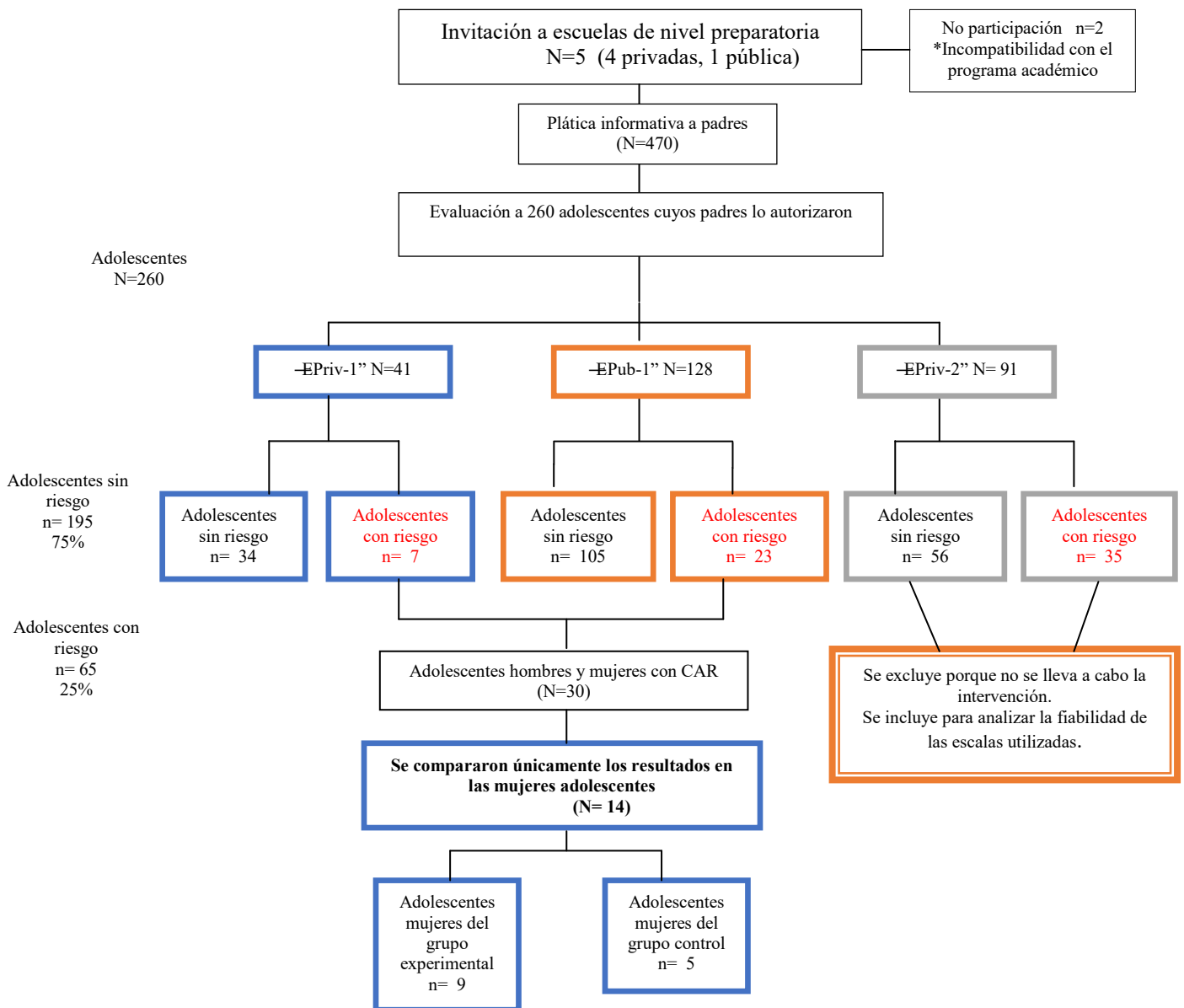
G2- Control: mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo cuyos padres no asistieron al programa de prevención.

### **7.6.2 Muestra**

La muestra fue no probabilística y por conveniencia. El grupo experimental se formó por 9 adolescentes de sexo femenino y el grupo control se formó por 5 adolescentes de sexo femenino (n=14). Esta muestra se obtuvo de una selección inicial de adolescentes 30 hombres y

mujeres con CAR, sin embargo para el objetivo del presente trabajo se consideró comparar únicamente los resultados en mujeres adolescentes quienes cubrían todos los criterios de inclusión (ver Fig. 5).

Fig 5. Procedimiento para la selección de la muestra





### **7.6.3 Consideraciones éticas**

Se les informó a los padres a través de una plática y un consentimiento informado sobre los objetivos, los riesgos, los beneficios, la confidencialidad y la participación voluntaria en caso de autorizar la evaluación de su hija adolescente para participar en el estudio.

### **7.6.4 Criterios de inclusión**

1. Haber firmado el consentimiento informado para la evaluación y detección de conductas alimentarias de riesgo en la hija adolescente.
2. Haber tenido una puntuación de riesgo moderado o alto de acuerdo con el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo.
3. Entrevistar de manera individual a las adolescentes con puntuación de riesgo alto para detectar y discriminar la presencia de un TCA.

### **7.6.5 Criterios de exclusión**

1. No haber firmado el consentimiento informado para la evaluación y detección de conductas alimentarias de riesgo en la hija adolescente.
2. Haber detectado un TCA a partir de la entrevista individual.
3. Inasistencia de los padres a más de dos sesiones del programa de prevención.

### **7.6.6 Procedimiento**

Se invitó a participar en el estudio a los directivos de cinco escuelas públicas y privadas de nivel medio superior a través de una carta que fue enviada por e-mail en la cual se explicaban los propósitos de la investigación y se solicitaba una entrevista. Durante las entrevistas con los directivos se mostró el material del programa y se resolvieron dudas. Se obtuvo la participación

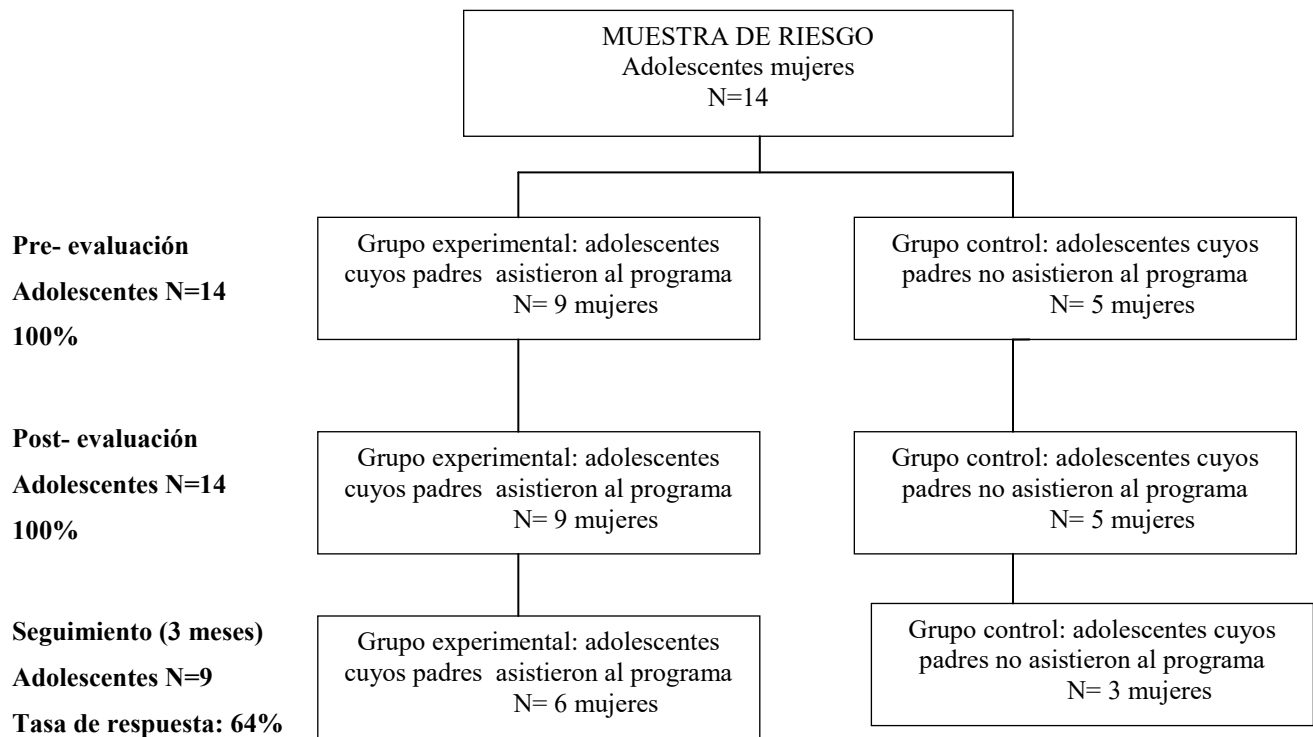
de tres escuelas: una pública (EPub-1) y dos privadas (EPriv-1 y EPriv-2), las dos escuelas restantes no pudieron participar a causa de la incompatibilidad con su calendario académico.

Se dio una plática informativa a 470 padres de familia de las tres escuelas participantes, y se les invitó a dar su consentimiento para que sus hijos fueran evaluados con los instrumentos ya señalados. De la escuela EPriv-1 se informó en una junta a 50 padres, de los cuales 41 autorizaron la evaluación. De la escuela EPub-1 se acudió a las firmas de boletas de los alumnos y se pasó a cada salón en diferentes horarios de ambos turnos, para invitar a 300 padres, de los cuales 128 autorizaron que sus hijos fueran evaluados. La escuela EPriv-2 convocó a 120 padres de familia en una junta, de los cuales 91 dieron autorización. Los padres que no firmaron el consentimiento informado mencionaron que las razones para no aceptar eran que no tenían tiempo para acudir al taller en caso de que se les llamara, creían que su hijo o hija no tenía dicha problemática o porque no les interesaba la evaluación.

Se evaluó a 260 adolescentes cuyos padres firmaron el consentimiento informado, y se identificó el nivel de conductas alimentarias de riesgo de los adolescentes a través del CBCAR. En este momento de la investigación el colegio EPriv-2 declinó su participación por instrucciones de la Secretaría de Educación Pública que emitió el comunicado de no permitir el acceso a ningún profesional o personal externo a la institución educativo, debido a un suceso ocurrido en enero de 2017 en la Ciudad de Monterrey, por lo cual no fue posible continuar con la investigación. (Ver liga del homicidio cometido en la Ciudad de Monterrey <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/01/19/1140810>).

Se contactó a los padres de los adolescentes con CAR del colegio EPriv-1 y la EPub-1 a través de un correo electrónico y una llamada telefónica para formar los grupos matutino y vespertino para cada una de las escuelas participantes. Posteriormente se llevó a cabo el programa con duración de cinco sesiones una hora y media una vez por semana. Al término del programa se evaluó por segunda vez a los adolescentes y así se obtuvo la post- evaluación. Después de tres meses se realizó una tercera evaluación a las participantes como se observa en el diagrama de flujo de la Fig 6.

Fig 6. Diagrama de flujo del diseño pre- post y seguimiento para ambos grupos



## 7.7 Resultados

Se estimó el índice de confiabilidad de las escalas utilizadas en tres muestras distintas: 1) muestra de 260 adolescentes, 2) muestra de 195 adolescentes sin CAR y 3) muestra de 65 adolescentes con CAR. Los resultados indicaron que el índice de confiabilidad obtenido a partir de las tres muestras analizadas fue el adecuado para cada una de las escalas y sub-escalas utilizadas, con excepción de la sub-escala de comunicación paterna como se muestra en la tabla 5. Finalmente se realizó un análisis de significancia clínica por participante (N=14) para analizar las puntuaciones para las conductas alimentarias de riesgo y aspectos familiares obtenidas de las tres mediciones (pre- evaluación, post- evaluación y evaluación de (seguimiento) en los grupos participantes.

Tabla 5. Índice de confiabilidad para cada una de las escalas y sub escalas utilizadas en tres diferentes muestras.

Nombre de la escala	Número de reactivos	Alfa de Cronbach población total N= 260	Alfa de Cronbach en muestra sin CAR N= 195	Alfa de Cronbach en muestra con CAR N=65
<b>Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo</b>	<b>10</b>	.748		
<b>Prácticas Parentales Madre</b>	<b>25</b>			
Sub- escala Control Conductual	5 (1,2,3,10,16)	.808	.807	.799
Sub- escala Control Psicológico	5 (4, 6, 9, 13, 15)	.807	.799	.799
Sub- escala Imposición materna	5 (8, 14, 19, 22, 25)	.810	.774	.842
Sub- escala Autonomía	5 (5, 7, 12, 18, 23)	.811	.806	.810
Sub- escala Comunicación	5 (11,17,20,21,24)	.890	.873	.908
Sub- escala Actitudes negativas respecto a la alimentación, peso y figura corporal	6 (26,27,28,29,30, 31)	.823	.792	.834
<b>Prácticas Parentales (Padre)</b>				
Sub- escala Control Conductual	5 (13,16,20,22,24)	.935	.938	.921
Sub- escala Control Psicológico	5 (4,6,10,17,18)	.794	.842	.642
Sub- escala Imposición paterna	5 (3,9,21,23,25)	.826	.805	.852
Sub- escala Autonomía	5 (1,2,5,7,8)	.940	.943	.924
Sub- escala Comunicación	5 (11,12,14,15,19)	.449	.391	.889
Sub- escala Actitudes negativas respecto a la alimentación, peso y figura corporal	6 (26,27,28,29,30, 31)	.855	.764	.889
<b>Escala de Relaciones Intrafamiliares</b>	<b>12</b>			
Sub- escala —Unión yApoyo”	4 (1,4,,7,10)	.799	.810	.750
Sub- escala —Expnsión”	4 (2,5,8,11)	.825	.843	.728
Sub- escala —Difultades”	4 (3,6,9,12)	.829	.809	.815

### **7.7.1 Análisis de Significancia Clínica**

Se realizó el análisis de significancia clínica de cambio (>.20) en cada uno de los participantes de ambos grupos para identificar el cambio en las conductas alimentarias de riesgo y aspectos familiares. El análisis de significancia clínica de cambio se calculó por medio de índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel (1994). Para calcular el CCO de los participantes después de la intervención se aplicó la siguiente fórmula:

$$PC = \frac{P1 - P2}{P1}$$

P1

PC= porcentaje de cambio

P1= puntaje de la pre- evaluación

P2= puntaje de la post- evaluación

Valores del tamaño del efecto:

Bajo > 0.20

Medio > 0.50

Alto > 0.80

A continuación se muestran los resultados de los análisis de significancia clínica en: 1) conductas alimentarias de riesgo y 2) aspectos familiares.

### **7.7.2 Análisis de Significancia Clínica para las conductas alimentarias de riesgo**

Se obtuvo el Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) entre la pre- evaluación y post- evaluación para cada una de las participantes del grupo experimental (N= 9) y el grupo control (N= 5). También se obtuvo el CCO entre la pre- evaluación y el seguimiento a tres meses, con una tasa de respuesta del 66.66% (N=6) en el grupo experimental y una tasa de respuesta del 50% (N=3) en el grupo control.

En la tabla 1 se observa la puntuación que obtuvieron cada uno de las participantes en la pre- evaluación (P1), en la post- evaluación (P2) y en el seguimiento a 3 meses de acuerdo con el CBCAR, así como también se indica el Porcentaje de Cambio entre la pre- evaluación y la post- evaluación (PC1), el Porcentaje de Cambio entre la pre- evaluación y el seguimiento de 3 meses (PC2) y el tamaño del efecto de PC1 y PC2.

El tamaño del efecto que se señala con un guión (-) indica que la adolescente no realizó la evaluación de seguimiento, el tamaño del efecto con las letras NS significa que no existen cambios significativos en las conductas alimentarias de riesgo. El tamaño del efecto positivo (+) refiere que las conductas alimentarias de riesgo disminuyeron en la post- evaluación y/o en el seguimiento en comparación con la pre- evaluación. Mientras que el efecto negativo (-) indica que las conductas alimentarias de riesgo aumentaron en las mediciones posteriores a la pre- evaluación (Tabla 6).

Tabla 6. Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante (grupo experimental y grupo control)

Porcentaje de Cambio del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) por participante							
Grupo experimental	P1	P2	Seguimiento	PC1	Tamaño del efecto (PC1)	PC2	Tamaño del efecto (PC2)
1AnLa	14	4	4	0.71	Medio +	0.71	Medio +
2ClMa	9	3	3	0.66	Medio +	0.66	Medio +
3AlCa	8	1	3	0.87	Alto +	0.62	Medio +
4VaIt	8	6	-	0.25	Bajo +	-	-
5UrGu	11	4	5	0.63	Medio +	0.54	Medio +
6BrAn	9	7	10	0.22	Bajo +	-0.11	NS
7YiAn	16	11	-	0.31	Bajo +	-	-
8VaMa	7	3	2	0.57	Medio +	0.71	Alto +
9VaNa	7	4	-	0.42	Bajo +	-	-
Grupo control	P1	P2	Seguimiento	PC1	Tamaño del efecto (PC1)	PC2	Tamaño del efecto (PC2)
1AnAg	8	7	9	0.12	NS	-0.12	NS
2JaAb	8	11	9	-0.37	Bajo -	-0.12	NS
3BrXi	9	10	-	-0.11	NS	-	-
4MaAg	7	11	-	-0.57	Bajo -	-	-
5GoMo	8	6	7	0.25	Bajo +	0.12	NS

(Pre- evaluación: P1, post- evaluación: P2, se indica el Porcentaje de Cambio entre la pre- evaluación y la post- evaluación: PC1, el Porcentaje de Cambio entre la pre- evaluación y el seguimiento de 3 meses: PC2 y el tamaño del efecto de PC1 y PC2)

Como se muestra en la Figura 7 en el grupo experimental las nueve adolescentes presentaron una puntuación menor en sus conductas alimentarias de riesgo y obtuvieron un cambio clínico significativo ( $CCO > .20$ ) entre la puntuación de la pre- evaluación y la post- evaluación.

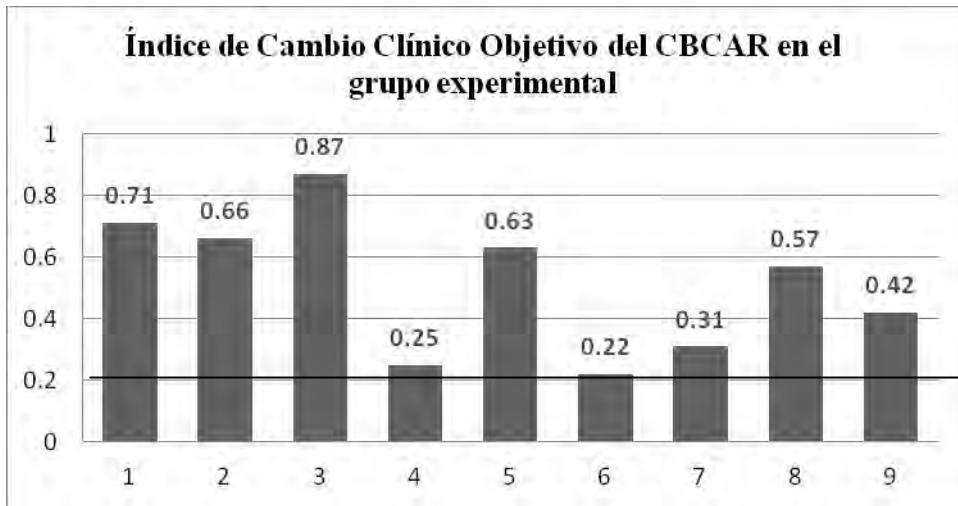


Fig 7. Índice de Cambio Clínico Objetivo entre la pre y post evaluación del CBCAR para cada participante del grupo experimental

En el grupo control una participante obtuvo un cambio clínico significativo ( $CCO > .20$ ) en las conductas alimentarias de riesgo entre la puntuación de la pre- evaluación y la post- evaluación (participante #5); y las demás participantes no obtuvieron un cambio clínico significativo ( $CCO < .20$ ) como se muestra en la Fig. 8.

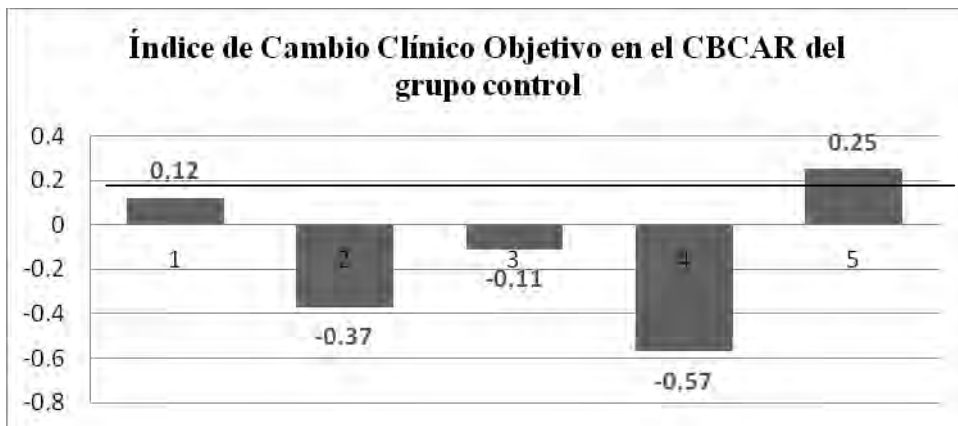


Fig 8. Índice de Cambio Clínico Objetivo entre la pre y post evaluación del CBCAR para cada participante del grupo control

En la Fig. 9 se observa que en el grupo experimental después de tres meses de seguimiento cinco participantes presentaron un cambio clínico significativo ( $CCO > .20$ ) que



indicó que sus conductas alimentarias de riesgo disminuyeron después de tres meses de seguimiento. Una de las participantes obtuvo una puntuación menor a .20 (participante #6) es decir que sus conductas alimentarias de riesgo aumentaron después de tres meses. Dos participantes no realizaron la evaluación de seguimiento (participante #4 y #7).

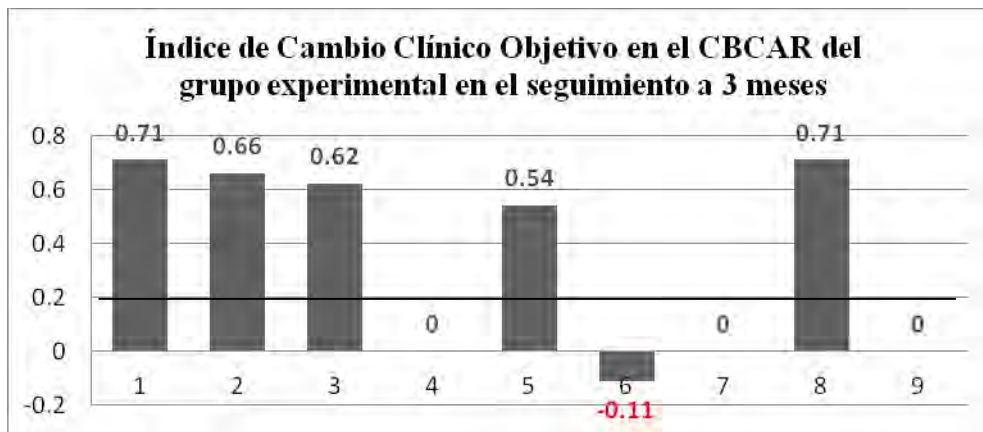


Fig 9. Índice de Cambio Clínico Objetivo entre la pre evaluación y seguimiento del CBCAR para cada participante del grupo experimental

En el grupo control después de tres meses de seguimiento dos de las adolescentes reportaron un CCO < .20, una de ellas reportó un CCO > .20, dos de ellas no realizaron la evaluación de seguimiento (participantes #3 y # 4) como se muestra en la Fig. 10.

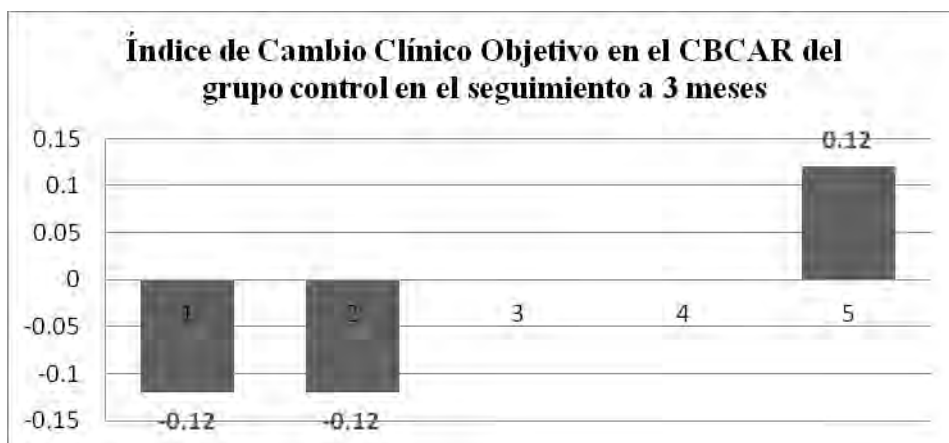


Fig 10. Índice de Cambio Clínico Objetivo entre la pre evaluación y seguimiento del CBCAR para cada participante del grupo control.

### 7.7.3 Análisis de Significancia Clínica para los aspectos familiares

En la tabla 2 se observa el tamaño del efecto que se obtuvo por participante en las diferentes escalas y sub-escalas, las cuales se representan en la tabla con sus iniciales y un signo de más o menos entre paréntesis, el cual indica la interpretación del valor, por ejemplo en la sub-escala Autonomía (AU) debajo viene un signo de menos (-), que indica que todos los valores negativos mayores a 0.20 serán considerados como cambio significativo, como es el caso de la participante #3 del grupo control (G2) que tuvo un valor de -0.31 en la sub-escala de Autonomía materna. En color verde se resaltan los tamaños del efecto significativos para cada sub-escala por participante. Se observa que tanto en el grupo experimental (G1) como en el grupo control (G2) las participantes perciben cambios en las prácticas parentales de ambos padres y de sus relaciones intrafamiliares.

Tabla 2. Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante (grupo experimental y grupo control) en las diferentes escalas aplicadas

Tamaño del efecto en las diferentes escalas aplicadas															
G1	Escala Prácticas Parentales Maternas						Escala Prácticas Parentales Paternas						Escala de Relaciones Intrafamiliares		
	CC (-)	CP (+)	AU (-)	IMP (+)	CO M (-)	ACT (+)	CC (-)	CP (+)	AU (-)	IMP (+)	CO M (-)	ACT (+)	UyA	EXP	DIFI
1	-0.04	0.25	0	0.41	-0.13	0.38	0.09	0.40	0.15	-0.16	-0.04	0	-0.05	0.05	0
2	-0.06	0.30	0	0.22	0.25	0.15	-0.30	0.38	-0.16	-0.10	-0.15	0.56	0.06	-0.25	0
3	0.08	0.12	-0.05	0.35	0	0.22	0	0	0	0	0	0	0.06	-0.33	-0.14
4	-0.04	0.30	0.13	-0.40	-0.04	0.13	-0.30	0.18	0.05	-0.40	0.05	0.14	-0.13	0	0
5	0	0.16	0	0	0	0.05	0.08	-0.28	-0.08	-0.20	0.23	-0.13	0.27	0	0.13
6	0	0.12	0	0.10	0.09	0.14	-0.14	-0.75	0.11	-0.14	0.04	0	0.05	0	-0.06
7	0.42	0.17	0.12	-0.05	0	-0.04	0.23	0.40	0.28	0.04	0.33	0.06	0.18	0.11	-0.25
8	-0.08	0.41	-0.06	0.20	-0.10	0	0.36	0	0	0.16	0.12	0	0	-0.07	-0.36
9	0	-0.60	0.11	-	0.17	-0.33	0.16	0	0.04	0.25	0.20	0	0	0	0
G2	CC (-)	CP (+)	AU (-)	IMP (+)	CO M (-)	ACT (+)	CC (-)	CP (+)	AU (-)	IMP (+)	CO M (-)	ACT (+)	UyA	EXP	DIFI
1	0.11	0	0.15	0	0.16	0	-0.33	0.68	-0.16	0.44	0	0.14	0	-0.09	0
2	0.26	-0.50	0.50	-0.17	0	-0.53	-0.28	-1.33	0	-0.42	0.33	-0.24	0	0.30	0.16
3	0	0.41	-0.31	0.23	-0.13	-0.07	-0.77	0.14	-0.15	0.30	-0.10	-0.27	-0.05	-0.25	-0.35
4	-0.08	-	0	-0.08	-0.08	-0.50	-0.57	0.25	-0.09	0.27	-	-0.11	-0.26	0	-0.06
5	-0.11	0	-0.05	0	-0.70	0.14	-	0	0.13	0	0	-0.20	-0.08	0	-0.22

(G1= GRUPO EXPERIMENTAL, G2= GRUPO CONTROL, CC= control conductual, CP= control psicológico, AU= autonomía, IMP= imposición, COM= comunicación, ACT= actitudes negativas hacia la alimentación, peso y figura corporal, UyA= unión y apoyo familiar, EXP= expresión familiar, DIF= dificultades familiares)

En la tabla 3 se señalan las sub-escalas que presentaron mayor tamaño del efecto en el grupo experimental en comparación al grupo control, las cuales fueron: Control Psicológico (CP), Imposición (IMP) y Actitudes negativas respecto a la alimentación, peso y figura corporal (ACT). Lo que significa que después de la aplicación de programa las adolescentes percibieron a sus madres menos autoritarias, impositivas y con mejores actitud respecto a su alimentación, peso y figura corporal, en comparación con las adolescentes que sus padres no asistieron al programa.

Tabla 3. Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante (grupo experimental y grupo control) en las diferentes escalas aplicadas

Tamaño del efecto en las diferentes escalas aplicadas															
G1	Escala Prácticas Parentales Maternas						Escala Prácticas Parentales Paternas						Escala de Relaciones Intrafamiliares		
	CC (-)	CP (+)	AU (-)	IMP (+)	COM (-)	ACT (+)	CC (-)	CP (+)	AU (-)	IMP (+)	COM (-)	ACT (+)	UyA	EXP	DIFI
1	-0.04	0.25	0	0.41	-0.13	0.38	0.09	0.40	0.15	-0.16	-0.04	0	-0.05	0.05	0
2	-0.06	0.30	0	0.22	0.25	0.15	-0.30	0.38	-0.16	-0.10	-0.15	0.56	0.06	-0.25	0
3	0.08	0.12	-0.05	0.35	0	0.22	0	0	0	0	0	0	0.06	-0.33	-0.14
4	-0.04	0.30	0.13	-0.40	-0.04	0.13	-0.30	0.18	0.05	-0.40	0.05	0.14	-0.13	0	0
5	0	0.16	0	0	0	0.05	0.08	-0.28	-0.08	-0.20	0.23	-0.13	0.27	0	0.13
6	0	0.12	0	0.10	0.09	0.14	-0.14	-0.75	0.11	-0.14	0.04	0	0.05	0	-0.06
7	0.42	0.17	0.12	-0.05	0	-0.04	0.23	0.40	0.28	0.04	0.33	0.06	0.18	0.11	-0.25
8	-0.08	0.41	-0.06	0.20	-0.10	0	0.36	0	0	0.16	0.12	0	0	-0.07	-0.36
9	0	-0.60	0.11	-	0.17	-0.33	0.16	0	0.04	0.25	0.20	0	0	0	0
G2	CC	CP	AU	IMP	COM	ACT	CC	CP	AU	IMP	COM	ACT	UyA	EXP	DIFI
1	0.11	0	0.15	0	0.16	0	-0.33	0.68	-0.16	0.44	0	0.14	0	-0.09	0
2	0.26	-0.50	0.50	-0.17	0	-0.53	-0.28	-1.33	0	-0.42	0.33	-0.24	0	0.30	0.16
3	0	0.41	-0.31	0.23	-0.13	-0.07	-0.77	0.14	-0.15	0.30	-0.10	-0.27	-0.05	-0.25	-0.35
4	-0.08	-	0	-0.08	-0.08	-0.50	-0.57	0.25	-0.09	0.27	-	-0.11	-0.26	0	-0.06
5	-0.11	0	-0.05	0	-0.70	0.14	-	0	0.13	0	0	-0.20	-0.08	0	-0.22

Del análisis realizado en las participantes #1, #2 y #3 del grupo experimental se observaron cambios significativos en las CAR, es decir que la puntuación de las conductas alimentarias de riesgo decrementó entre la primera y la segunda evaluación y que se mantuvo después de tres meses, al mismo tiempo que existió un tamaño del efecto significativo en un mayor número de sub-escalas de la Escala de Prácticas Parentales y la Escala de Relaciones Intrafamiliares. Mientras que en la participante #6 se observó un cambio significativo bajo en las conductas alimentarias de riesgo que no se mantuvo después de tres meses de seguimiento, y no percibió ningún cambio en los aspectos familiares (ver tabla 4). Lo cual puede estar relacionado con el compromiso de los padres en el cambio de actitud en casa y las actividades realizadas del programa que se conecten con sus hijas.

Tabla 4. Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante (grupo experimental y grupo control) en las diferentes escalas aplicadas

G1	PC1	Tamaño del efecto ( PC1)	PC2	Tamaño del efecto (PC2)	Total
1	0.71	Medio +	0.71	Medio +	4
2	0.66	Medio +	0.66	Medio +	6
3	0.87	Alto +	0.62	Medio +	3
4	0.25	Bajo +	-	-	2
5	0.63	Medio +	0.54	Medio +	0
6	0.22	Bajo +	-0.11	SC	0
7	0.31	Bajo +	-	-	2
8	0.57	Medio +	0.71	Alto +	2
9	0.42	Bajo +	-	-	1
G2	PC1	Tamaño del efecto ( PC1)	PC2	Tamaño del efecto (PC2)	
1	0.12	SC	-0.12	SC	3
2	-0.37	Bajo -	-0.12	SC	1
3	-0.11	SC	-	-	7
4	-0.57	Bajo -	-	-	4
5	0.25	Bajo +	0.12	SC	2

## **CAPITULO 8**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La presente investigación tuvo como objetivo general diseñar un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria dirigido a padres, y evaluar los resultados a través de la medición de las conductas alimentarias de riesgo en sus hijas adolescentes. Tal objetivo se planteó por la relevancia clínica de dichos trastornos como: un alto índice de mortalidad y de suicidio (APA, 2013), múltiples consecuencias que provocan deterioro físico y psicosocial y por las complicaciones que deterioran el proceso hacia la recuperación total del paciente (Herzog et al. 1999; Striegel & Rosseli, 2017; Ward, Ramsaid & Treasure 2000).

Debido a que en nuestro país las conductas alimentarias de riesgo se han incrementado en los adolescentes en los últimos años (Gutiérrez, et al., 2012; Olaiz, et al., 2006; Unikel, Díaz de León & Rivera, 2016), el ampliar y enriquecer el trabajo de prevención es necesario. Por ello, se diseñó un programa interactivo a través del cual los padres pudieran adquirir habilidades parentales para influir en el decremento de éstas en sus hijas como una estrategia para prevenir los TCA.

La propuesta se fundamentó en el origen multifactorial de los TCA, que de acuerdo con diversos autores la familia es un factor importante dentro de su etiología (Brown & Geller, 2006; Corte, 2016; Garfinkel & Garner, 1982; González-Macías, Romero, Rascón & Caballero, 2013; Guelar & Crispo, 2001; Loth, Neumark- Sztainer & Croll, 2009; Mateos et al., 2014; Quiles, Quiles Sebastián, Aubalat, Botella & Treasure, 2013; Rivera, Andrade, Rivera & Unikel 2018; Tafa, et al., 2017). Se consideraron las recomendaciones que proponen desarrollar programas de prevención creativos y enfocados al cambio conductual en los padres (Hart, Cornell, Damiano & Paxton, 2015).

A continuación se discuten cada una de las fases que se desarrollaron para cumplir con el objetivo ya señalado.

## **8.1 Fase 1. Análisis de los aspectos familiares asociados con los trastornos de la conducta alimentaria**

Esta primera fase de investigación fue cualitativa, con el propósito de identificar y comprender a profundidad los aspectos familiares asociados al desarrollo de los TCA con base en la percepción de los padres y mujeres con diagnóstico de TCA, y también se logró contrastar la percepción de ambos y así considerar los aspectos familiares que conformarían el programa de prevención (Rivera, Andrade, Rivera & Unikel 2018).

El principal hallazgo de esta primera fase fue identificar la dificultad que tienen los padres de mujeres con TCA para realizar prácticas parentales adecuadas con sus hijas durante la infancia y adolescencia, y que estuvieron relacionadas con el desarrollo de dicha psicopatología.

Este estudio mostró que la adolescencia fue la etapa en la que apareció el TCA en todas las participantes. Los resultados sugieren que a los padres se les dificultó brindar apoyo durante la etapa de la adolescencia en sus hijas a través de escuchar, comprender y acompañarlas en situaciones que ellas consideraron de “crisis” como la ruptura de una relación de pareja, el inicio de la adolescencia, problemas familiares por el alcoholismo del padre, conflictos entre los padres, o cambios de casa o de escuela, así como la dificultad de sus padres para expresarles su afecto. Estos resultados coinciden con lo que indican Loth, Neumark-Sztainer y Croll (2009) acerca de la importancia de que los padres expresen apoyo a través de manifestar su amor y atención en situaciones de vida traumáticas o de crisis. Por ello, es muy importante que los padres puedan enseñar a sus hijos a sentir afecto por ellos mismos, y así construir su autoestima. Así mismo Andrade y Betancourt (2008) señalan que la construcción de la autoestima en un adolescente se logra cuando los padres fomentan la aceptación de los hijos, a través de apoyar sus actividades, sus habilidades y sus intereses, conductas que favorezcan también la búsqueda de su

identidad. Brown y Geller (2006) señalan también que la comprensión paterna es una forma en que los adolescentes se sienten apoyados.

Los resultados indicaron que los padres tuvieron dificultad de establecer una relación de confianza con sus hijas, prevaleciendo mediante actitudes autoritarias, de exigencia o sobreprotección, que de acuerdo con las participantes deterioró significativamente la confianza para tomar sus propias decisiones, y que dificultó su proceso para consolidar su identidad y autonomía. Estos hallazgos coinciden con los resultados encontrados por otros autores por ejemplo Dring (2015) y Lampis et al (2014) reportaron que en las familias con un hijo(a) con TCA los padres trataban de controlar el comportamiento de sus hijos(as), buscando la perfección en éstos y construyendo grandes expectativas sobre los mismos, con la insignia o mensaje para los hijos de no poder equivocarse. Esto está relacionado con lo que Corte (2016) reportó acerca de que un estilo autoritario de crianza en los padres, en particular con la hija se relaciona con la aparición de un TCA.

También se encontró que a los padres se les dificultó durante la infancia y adolescencia de sus hijas establecer límites y reglas claras, y por otro lado imponían su punto de vista, les exigían y decidían por ellas. Al respecto, Andrade y Betancourt (2008) señalan la importancia de establecer límites y reglas claras para regular la conducta de los hijos(as), lo que se asocia con efectos positivos, en lugar de utilizar el control psicológico, como son el castigo físico, la devaluación, el chantaje y la culpabilización los cuales interfieren con la individualidad del hijo(a). Mediante un estilo de crianza democrático los padres pueden facilitar el proceso de seguridad en sí mismo, diferenciación, independencia y autonomía en el adolescente (Baztarrica et al., 2012; Dúo et al., 2014), es decir, promoviendo la capacidad de pensar, de formarse opiniones propias y tomar decisiones por sí mismos, sobre todo mediante las preguntas, los intercambios y la tolerancia ante las ideas y elecciones diferentes a las propias. Un desarrollo saludable en los adolescentes se genera en ambientes familiares en donde los padres aceptan la separación de sus hijos(as) como parte normal de dicha etapa, donde ellos siguen unidos a sus padres pero al mismo tiempo son animados por éstos a expresar su propia individualidad (Carvajal, 1993; Corte, 2016; Guelar & Crispo, 2001). Por ello, puede pensarse que la aparición

del TCA en las participantes haya significado una manera de tomar decisiones sobre su cuerpo y alimentación, como una forma de tomar el control de su propia vida (Bruch, 1982).

Otro aspecto observado fue la dificultad para expresar y escuchar emociones, así como para resolver y enfrentar problemas. Diversos estudios han mencionado que las familias con un hijo(a) con TCA presentan dificultad en la expresión de emociones y solución de conflictos (Dring, 2015, Lampis et al., 2009; Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Ruiz, Vázquez, Mancilla, López y Álvarez, 2009). Las participantes reportaron no tener confianza para expresar sus emociones, gustos o pensamientos por temor a la burla o al rechazo de sus padres. Loth et al. (2009) reportaron que para prevenir los TCA los padres deben fomentar la expresión de los sentimientos dentro de la familia y especialmente enseñar a los hijos(as) maneras adecuadas para afrontar y manejar las emociones intensas. En los resultados de esta investigación se observó la incapacidad para comunicarse entre los miembros de la familia, particularmente en situaciones de conflicto, datos que confirman los resultados de otras investigaciones (Berge et al., 2011; Brown & Geller, 2006; Dring, 2015; Lampis et al., 2014; Loth et al., 2009).

Una de las aportaciones de esta fase de la investigación, fue que se observó la incapacidad de los padres para detectar y reconocer la aparición de la enfermedad en su hija, aún cuando algunas de ellas les mencionaron no sentirse satisfechas con su peso o su figura corporal. Esto puede asociarse con la dificultad de solucionar los conflictos o problemáticas dentro de la familia, donde se recurría a la evitación, la negación u olvido (Bruch, 1982; Mateos et al., 2014; Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Selvini Palazzoli, 1974), por consiguiente los padres se pudieron percatar del TCA en su hija tiempo después, cuando el peso era significativamente bajo o su estado de ánimo era desfavorable dentro del entorno familiar, esto puede asociarse a que la insatisfacción con el peso y la figura corporal son aspectos normativos en nuestra sociedad, por lo que pueden pasar desapercibidos, lo que señala la necesidad de concientizar acerca de dichos trastornos (Neumark- Sztainer, 2006).

Así mismo se encontró que las actitudes negativas de los padres hacia la alimentación, forma y peso corporal de la hija fueron factores relacionados con el inicio de un TCA. Las



participantes con TCA identificaron que sus padres se preocupaban o se sentían insatisfechos con su peso o forma corporal cuando eran niñas, hacían comparaciones, limitaban las cantidades de comida y ponían reglas sobre qué, cómo y cuándo comer, lo anterior apoya lo encontrado por otros autores (Bäck, 2011; Krug et al., 2013; Meno et al., 2008; Neumark-Sztainer et al., 2010; Quiles et al., 2013; Smart & Tsong, 2014).

También se encontró que los padres expresaron su afecto con palabras de aprobación o de cariño a las hijas que tenían un cuerpo delgado, y omitían las palabras de afecto a quienes no lo tenían. Los padres no identificaron que sus hijas se sintieron comparadas, evidenciadas y no aceptadas, lo que influyó en el desarrollo de su TCA. Estos resultados apoyan los hallazgos sobre el efecto que tienen las críticas, burlas y conversaciones sobre el peso y forma corporal, en el desarrollo de un TCA, y que los padres influyen en el desarrollo de estos en sus hijas, tal como lo plantean Quiles et al. (2013). Además, se ha observado que los adolescentes que se convierten en el centro de bromas, burlas o comentarios respecto a su alimentación, forma y figura corporal, corren el riesgo de entrar en un círculo vicioso de insatisfacción con su aspecto físico, baja autoestima, síntomas de depresión y tentativas de suicidio (Neumark- Sztainer, 2006). Las actitudes negativas hacia la alimentación, peso y figura corporal promueven y mantienen la presión de un ideal de belleza delgado, que elimina la diversidad corporal. La aceptación del cuerpo forma parte del desarrollo de la identidad en la adolescencia por lo que hay que tener cuidado de no promover la insatisfacción corporal (Neumark- Sztainer, 2006).

De acuerdo con el objetivo planteado para esta fase de la investigación, se identificaron los aspectos familiares relacionados al desarrollo de un TCA y se obtuvo una categorización de los mismos. Los resultados apoyaron los hallazgos de estudios previos en los que se señala la relación de la adolescencia y la influencia de la familia en el desarrollo de los TCA (Berge et al., 2011; Brown & Geller 2006; Lampis et al., 2014; Loth et al., 2009; Quiles et al., 2013). Los resultados de esta investigación pueden ampliar los resultados de Tafa et al. (2017) quienes señalan la dificultad para comunicarse en las familias con un hijo o hija con algún tipo de TCA, ya sea anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón. En esta investigación se identificaron las maneras en que a los padres se les dificultó comunicarse con sus hijas a partir de

no expresar: su apoyo o comprensión en situaciones de crisis, su afecto, sus emociones y las dificultades o problemáticas que ocurren dentro de la familia.

Entre las limitaciones observadas, se encuentran los posibles sesgos en la memoria para la reconstrucción de recuerdos, los cuales pueden estar influidos por el proceso psicoterapéutico y de tratamiento de las participantes, o resultado del paso del tiempo. Para futuras investigaciones se sugiere complementar los resultados con técnicas cuantitativas, tales como la correlación estadística entre las prácticas parentales y las conductas alimentarias de riesgo para conocer con mayor precisión cuáles de éstas están impactando significativamente en las conductas alimentarias de riesgo y TCA, como una estrategia adicional para futuros trabajos de prevención, o para la profundización en la comprensión del tema (Rivera et al, 2018).

Los hallazgos obtenidos en esta primera fase aportaron información necesaria para el diseño del programa de prevención de los TCA, dirigido a padres mexicanos con hijas adolescentes con riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, la cual se discute a continuación.

## **8.2 Fase 2. Diseño del programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria dirigido a padres: “La belleza más allá del cuerpo”**

El objetivo de la fase 2 fue diseñar un programa de prevención para los TCA dirigido a padres a partir de los aspectos familiares identificados en la fase 1. El programa “La belleza más allá del cuerpo” tuvo como propósito disminuir las conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes mediante la intervención con sus padres, como estrategia para prevenir el desarrollo de un TCA. La evidencia empírica demostró que trabajar con los padres es eficaz para incidir en el cambio de conducta en sus hijas adolescentes, como lo reportó el trabajo de Corning, Gondoli, Bucchianeri y Salafia (2010) que indicó que en las adolescentes cuyas madres habían asistido al programa de prevención, disminuyó su deseo a ser delgadas y en sus madres disminuyó la presión hacia sus hijas de serlo.

Aunque existen escasos programas de prevención dirigidos exclusivamente a padres (Hart et al., 2015), la construcción del programa “La belleza más allá del cuerpo” se realizó considerando las características de aquellos que habían reportado ser eficaces en el trabajo de los TCA como: 1) los que trabajan con población en riesgo (Bruning, Winzelberg, Abascal & Taylor, 2004, Corning, Gondoli, Bucchianeri & Salafia, 2010; Mc Vey, Tweed & Blackmore, 2007; Stice, Black & Yokum, 2013; Trost, 2006 Varnado- Sullivan, Zucker, Williamson & Reas, 2001), 2) los que trabajan con factores de riesgo de manera interactiva (Bruning, Winzelberg, Abascal & Taylor, 2004, Corning, Gondoli, Bucchianeri & Salafia, 2010; Mc Vey, Tweed & Blackmore, 2007; Stice, Black & Yokum, 2013; Trost, 2006 Varnado- Sullivan, Zucker, Williamson & Reas, 2001), 3) los que cuentan con un formato multi- sesión (Stice, Shaw & Marti, 2007), y 4) los efectuados con adolescentes a partir de los 14 años de edad (Rohde, Stice & Marti, 2014).

Carter, Stewart, Dunn y Fairburn (1996) indican la importancia de excluir el contenido psico- educativo acerca de los TCA, el cual puede ser contraproducente para las adolescentes ya que puede generar ideas no saludables en el control del peso corporal. Para el diseño del programa “La belleza más allá del cuerpo” no se consideró lo propuesto por dichos autores, ya que para el trabajo con padres es importante que éstos obtengan la información adecuada y

suficiente respecto a los TCA para promover una psico- educación que favorezca la sensibilización y el adecuado trabajo de prevención. Nicholls y Yi (2012) refieren que programas que se enfocan únicamente en informar sobre los TCA y no en trabajar en el cambio de las actitudes y comportamientos que los promueven. Para esta investigación se consideró diseñar un programa que incluyera: contenido psico- educativo y actividades que se enfocaran al cambio de actitudes y comportamientos en los padres. Para la psico- educación se diseñaron folletos para poder informar respecto a qué son los TCA, las CAR y cómo es una alimentación saludable. Investigaciones como la de Smolak, Levine & Schermer (1998) encontraron que el uso de folletos informativos aumenta el nivel de conocimiento en los padres y los hijos(as), aunque no es suficiente para obtener un cambio de actitud en éstos.

Por ello también se diseñaron actividades para cada sesión que promovieran diversos recursos cognitivos como: identificar, conocer, comprender y analizar sus prácticas parentales, relaciones dentro de la familia y hacia las actitudes que ellos tomaban con respecto a la alimentación, peso y forma corporal de su hija y promover un cambio de actitud. La actividad de la sesión 2: “¿Es presento a mi hija” tiene como propósito que los padres identifiquen y escojan de un conjunto de recortes de revista aquellos que describan mejor a su hija respecto a sus gustos, intereses, habilidades, y elaboren un collage sobre una silueta femenina, la cual presentaban posteriormente al grupo de padres. Al finalizar la sesión se les pidió a los padres entregar el collage a su hija, con la instrucción de comunicarle lo que significaba cada recorte, con la opción de que el padre pudiera preguntarle si había faltado algo que ellos no hubieran considerado. Esta actividad se revisó al iniciar la sesión 3 con el compartir de los padres respecto a su experiencia de la actividad en casa con su hija.

“¿Es presento a mi hija” fue una actividad diseñada para motivar a los padres a reconocer e interesarse en la individualidad de sus hijas, se clarificó durante la sesión que los gustos, intereses y habilidades pueden ser diferentes a los que ellos poseen como padres o diferentes a los que ellos esperan en sus hijas. Se enfatizó en la importancia de

mostrar su interés, apoyo y comprensión en sus gustos, intereses y habilidades, sustentando que son conductas esenciales que los padres requieren hacer para favorecer el proceso de desarrollo de la identidad durante la adolescencia y prevenir los TCA (Andrade & Betancourt, 2008; Loth et al., 2008).

Se observó que a la mayoría de los padres no les fue difícil identificar los gustos, intereses y habilidades de sus hijas, pudieron presentarlas al grupo de papás con agrado y emoción, sin embargo, reconocieron que nunca o muy rara vez lo habían hablado con ellas; expresaron que nunca les habían dicho lo que identificaban en ellas y tampoco se los habían podido reconocer, de tal manera se les mencionó que la actividad tenía el propósito que pudieran realizarlo y compartir su experiencia a la siguiente sesión. La experiencia que reportaron los padres fue un momento agradable y novedoso para la mayoría de ellos, porque no imaginaron que sus hijas les iban a mostrar su afecto con un abrazo, al decirles que los querían o al querer conservar el collage para pegarlo en su cuarto, en un cuaderno o para guardarlo como recuerdo. Después de compartir su experiencia los padres referían que la actividad les permitió comunicarse con su hija o motivarse para volver a hacerlo después de haber realizado la actividad.

La importancia de la actividad “Les presento a mi hija” en la sesión 2 del programa, es sustentada por diversas investigaciones que refieren la dificultad que tienen los padres de jóvenes con CAR y TCA de poder expresar su interés, aceptación y afecto a través del reconocimiento e interés en las habilidades e intereses de sus hijos (Corte, 2016; Oliva, 2015; Tafa, 2017).

También se pudo confirmar lo que mencionan Corte (2016) y Oliva (2015), respecto a que en la adolescencia el conocimiento que tienen los padres sobre la vida de sus hijos es menor, sin embargo manifestar su apoyo e interés en los gustos, intereses y habilidades favorecerá el proceso de separación para que éstos puedan lograr una adecuada autonomía e independencia, y sean capaces de hacerse cargo de sí mismos aun cuando estén fuera de la supervisión directa de sus padres. Además de que la expresión de apoyo paterno es una de las vías en la que los adolescentes se sienten queridos, aceptados y promueve el desarrollo de una buena autoestima

(Andrade & Betancourt, 2008; Loth, Neumark- Sztainer & Croll, 2009; Rivera, Andrade, Rivera & Unikel, 2018).

Todas las actividades del programa “La belleza más allá del cuerpo” se realizaban con los padres participantes durante la sesión, y las actividades asignadas para casa se diseñaron para que los padres pudieran trabajarlas con sus hijas y promover un cambio en la conducta de estas. Este procedimiento es similar a lo realizado por el programa “Free to be me” que se enfocó en el cambio de actitud en las participantes, e incluyó un componente para los padres que consistió en enviar semanalmente las tareas para casa vía e-mail para que las revisaran con sus hijas, los resultados indicaron un cambio estadísticamente significativo en la auto-eficacia de las participantes para afrontar el impacto de las normas sociales respecto al peso corporal entre pares y medios de comunicación, y una mayor satisfacción corporal (Neumark- Sztainer, Sherwood, Collier & Hannan, 2000). En esta investigación los padres reportaron verbalmente los cambios de actitud que tuvieron como: incluir a sus hijas en la preparación de alimentos, establecer acuerdos en casa, expresar su afecto o interés por ellas. Los padres también coincidieron en que a través de actividades poco complejas de realizar, se motivaron a actuar diferente en casa, lo que anteriormente no habían intentado porque no habían considerado la importancia que estas conductas tenían en la conducción parental de un adolescente.

Sin embargo, no todos los padres expresaron un cambio de actitud. Algunos de ellos mencionaron tener problemas de depresión, ansiedad o dificultad para expresarse en público, fue notorio observar la dificultad que tuvieron para realizar las actividades de las sesiones y las actividades para casa, ya que mencionaron que se les olvidaban las actividades o que las realizaban sin tener mucha interacción con su hija. Esta dificultad fue desvaneciéndose en la medida que transcurrieron las sesiones, ya que los padres que no mencionaban tener alguna condición psiquiátrica motivaban a los padres que si decían tenerla, al expresarles que “sí se podía, que lo intentaran, que no eran los únicos”. Durante las sesiones los padres se escuchaban, se daban consejos, compartían sus experiencias como padres. Yalom (1975) menciona que en cualquier grupo operan factores terapéuticos como infundir esperanza, universalidad y la transmisión de información, por lo que se considera que estos factores favorecieron la cohesión

grupal y la asistencia de los padres que mencionaron tener antecedentes psiquiátricos y para quienes era más difícil realizar las actividades durante la sesión y en casa.

Se observó que al finalizar las sesiones, algunos padres comenzaron a interactuar entre ellos. A partir de la tercera sesión, en la cual se habló de la importancia de identificar y comunicar emociones, algunos se decían “*nos vemos la próxima sesión*” “*qué bueno que vino*” “*inténtelo le va a servir*”. Algunos padres compartieron sus emociones de vivencias significativas frente a una separación, muerte de algún ser querido como el esposo, cambio de residencia, abusos sexuales, dificultades económicas y carencias afectivas durante la infancia que evocaban emociones instantáneas durante la sesión que no habían sido habladas o elaboradas por el padre participante. Por ello, es necesario que el programa “*La belleza más allá del cuerpo*” sea dirigido por psicoterapeutas con experiencia clínica que les permita tener las herramientas para escuchar, sostener y conducir las evocaciones emocionales de los padres y al mismo tiempo continuar con los objetivos de la sesión.

Para la aplicación de este programa la función del facilitador es proporcionar la información adecuada y promover en los padres la asimilación y elaboración de los temas que se abordan en cada sesión a partir de la escucha activa y las actividades realizadas, con la finalidad de que ellos puedan comunicarlo y realizarlo con sus hijas. Los aspectos familiares considerados en el programa “*La belleza más allá del cuerpo*” han sido incluidos en estudios previos, por ejemplo: 1) las prácticas parentales como el apoyo y control paterno, se han abordado en otros programas como el de Nicholls y Yi (2012) que lo trabajaron mediante el nivel de comprensión y confianza paterna, mientras que Corte (2016) lo consideró en la forma en cómo los padres ejercían control sobre sus hijos a partir de los distintos estilos de crianza, 2) las relaciones intrafamiliares reflejadas en la unión familiar, expresión y solución de dificultades, se observaron en algunos programas que trabajaron con la posibilidad de expresarse y comunicarse en familia (Corning, Gondoli, Bucchianeri & Salafia, 2010; Trost, 2006), y 3) las actitudes negativas respecto a la alimentación, peso y figura corporal, se han trabajado previamente a través de prevenir la preocupación e insatisfacción con la figura corporal, fomentar estrategias de afrontamiento hacia la presión sociocultural para ser delgada y conductas de dieta (Corning,

Gondoli, Bucchianeri & Salafia, 2010; Trost, 2006). Los aspectos familiares considerados en otros programas coinciden en su mayoría con los hallazgos de la fase 1 (Rivera et al., 2018).

Para probar el diseño del programa se realizaron dos estudios piloto. Estos estudios permitieron evaluar la pertinencia de las actividades y material didáctico a través de dos grupos distintos: 1) expertos y 2) padres de familia, a través de los cuales se hicieron cambios en el contenido y orden de las sesiones, se precisó el tiempo de cada una de las actividades y se evaluó el contenido del material de trabajo: folletos, hojas de actividades y presentaciones en computadora.

De acuerdo a lo recomendado por Hart et al. (2015) al diseñar un programa interactivo y exclusivo para padres, el programa “La belleza más allá del cuerpo” logró mantener la asistencia y participación de los padres a partir de la segunda sesión. Los participantes reconocieron la necesidad de ser orientados con talleres que los sepan cautivar y guiar al mismo tiempo con información útil para su vida cotidiana como padres, también sugirieron que el programa tuviera mayor número de sesiones. A continuación se discute la fase 3 que implicó la evaluación de la intervención en cada una de las hijas de los padres que asistieron al programa con las hijas de los padres que no asistieron.



### **8.3 Fase 3. Evaluación del programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria dirigido a padres: “La belleza más allá del cuerpo”**

La intervención fue evaluada con un diseño pre-test post-test y seguimiento de tres meses. Los resultados indicaron una reducción significativa de las conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes cuyos padres asistieron al programa, en comparación con las adolescentes cuyos padres no asistieron. Igualmente indicaron que las conductas alimentarias de riesgo no aumentaron en las participantes después de tres meses, sino que por el contrario se mantuvieron o disminuyeron en comparación con lo observado en el grupo control. Los hallazgos de esta investigación son consistentes con reportes previos, que indican un cambio en la conducta de los adolescentes mediante la inclusión de sus padres a programas de prevención selectiva, con formato interactivo y multi- sesión (Bruning, Winzelberg, Abascal & Taylor, 2004; Corning, Gondoli, Bucchianeri y Salafia; 2010; Corte, 2016; Nicholls & Yi, 2012; Trost, 2006).

Corte (2016) encontró que enseñar a los padres sobre la adolescencia y las distintas formas de actuar para guiarlos fue eficaz para el decremento de las conductas alimentarias de riesgo. El programa “La belleza más allá del cuerpo” abordó el tema de la adolescencia y prácticas parentales, lo que sugiere la pertinencia de incluir ambos temas en el trabajo de prevención de los TCA. Se puede concluir que el programa “La belleza más allá del cuerpo” es una estrategia pertinente para contribuir en la disminución de las conductas alimentarias de riesgo a través del trabajo que los padres realizan durante el taller y desde casa.

La principal aportación de esta investigación es contar con un programa interactivo para padres de mujeres adolescentes mexicanas, que mostró ser pertinente para reducir las CAR, y pueda considerarse una estrategia para prevenir el desarrollo de un TCA.

La presente investigación también pudo contribuir en:

- Material de intervención: se desarrolló un programa de prevención que puede ser

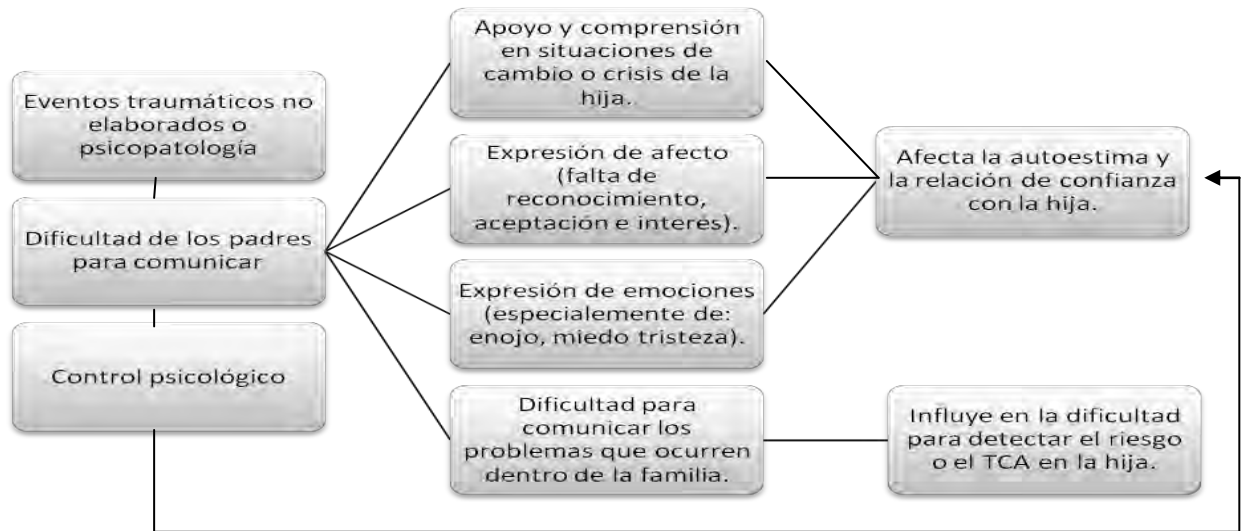
dirigido por especialistas en el área de los TCA y con conocimientos de psicoterapia.

- Aspectos psicométricos: se aportó en la elaboración de una sub escala para la Escala de Prácticas Parentales que pretende medir las actitudes negativas respecto a la alimentación, peso y figura corporal dentro del núcleo familiar; se espera que en futuras investigaciones se puedan obtener las propiedades psicométricas para dicha sub- escala en una población más amplia.

- Aspectos teóricos: se elaboró una clasificación de los aspectos familiares que inciden en la problemática del desarrollo de un TCA, a partir de la comprensión profunda de los participantes que desarrollaron un TCA (ver Fig. 1 en capítulo 5). Sin embargo, a partir de lo reportado por investigaciones recientes (Corté, 2016; Rivera, Andrade, Rivera & Unikel, 2018; Tafa et al., 2017) y a partir del trabajo realizado con los padres, se aporta un modelo de comunicación que puede ser explorado en investigaciones futuras.

**El modelo de comunicación**, propone que los eventos o sucesos traumáticos no resueltos en los padres como: la muerte de un familiar, separación de pareja, cambio de casa, abuso sexual en la infancia y la psicopatología en los mismos, dificultan su capacidad para comunicar apoyo y comprensión a sus hijas cuando éstas atraviesan una situaciones de crisis, como puede ser la adolescencia. La dificultad para expresar su afecto a través del reconocimiento, aprobación e interés; y la dificultad para expresar sus emociones de tristeza, enojo y miedo impactan en el desarrollo de la autoestima y la relación de confianza con sus hijas. La propuesta también indica que en la medida que los padres no logran expresar y reconocer las dificultades familiares para dar solución impacta en la incapacidad de identificar el riesgo o el TCA en sus hijas. Frente a dichas dificultades los padres optan por relacionarse a través del control psicológico que también influye en la construcción de la autoestima y la relación de confianza en sus hijas (ver Fig. 7).

Fig. 7. Modelo de comunicación



Las dificultades o limitaciones de la investigación son las siguientes, para que puedan considerarse en futuras investigaciones:

### **Participación de las escuelas**

*Dificultad para incluir el programa en la planeación anual de la escuela.* Antes de iniciar el ciclo escolar, el directivo de cada escuela organiza con sus docentes la planeación de actividades académicas y extra curriculares que se realizarán durante el año, como lo solicita la Secretaría de Educación Pública (SEP) o la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La dificultad consistió en que las escuelas no se interesaban en participar porque no podían cambiar su planeación anual para incluir la aplicación del programa de prevención. Algunas escuelas pidieron que se acudiera al iniciar el siguiente ciclo escolar. Se recomienda para futuras investigaciones visitar escuelas al menos de 5 a 6 meses antes del inicio del ciclo escolar, de lo contrario los esfuerzos por incluir un trabajo de investigación después de estas fechas será infructuoso o con muy pocas posibilidades.

*Dificultad de los profesores en brindar tiempo para la evaluación de los alumnos.*

Cuando la escuela incluía la aplicación del programa, no todos los docentes estuvieron de acuerdo en brindar horas de su clase para informar a los padres y para la aplicación de los cuestionarios para la selección de la muestra, se respetó a los docentes que no estuvieron dispuestos en colaborar. La oposición de los docentes fue una limitación para informar y evaluar a un número mayor de participantes, que redujo significativamente el tamaño de la muestra. Las escuelas y docentes buscan cumplir los planes académicos, en los cuales no se incluye un espacio para el trabajo de investigación. La dificultad mencionada hace evidente la falta de apoyo respecto a esta área en nuestro país. Se sugiere llevar a cabo pláticas con los docentes que promueva la sensibilización de abrir o favorecer espacios que impulsen estas áreas de trabajo. Otra sugerencia va dirigida a sensibilizar a los docentes con una plática previa que les informe sobre los TCA y la importancia de prevenirlos a través de su participación y colaboración.

*Dificultad para solicitar la participación de los padres.* También se pudo observar que las escuelas tuvieron dificultad para pedir tiempo de participación a los padres, en el caso de las escuelas particulares consideraban que ellos podrían enfadarse por solicitarles tiempo para actividades que no son obligatorias dentro de lo solicitado por la SEP o la UNAM (de acuerdo con la institución a la que estén incorporadas) , mientras que en el caso de las escuelas públicas conocían la falta de participación y asistencia de los padres y que podrían no acudir al llamado. Se sugiere a las escuelas difundir la participación de los padres a través de actividades extra curriculares que se enfoquen en la aplicación de talleres y motivación para su asistencia.

*Complicaciones externas al programa de prevención.* Durante la investigación ocurrieron situaciones no previstas que impidieron que el programa pudiera realizarse, aun cuando ya había sido aprobado por el consejo directivo de la escuela. Las situaciones externas fueron dos: 1) conflictos internos de la escuela entre directivos y 2) el homicidio de la maestra y algunos alumnos en la ciudad de Monterrey, que implicó que la SEP decretara no permitir la entrada a ningún elemento externo por medidas de seguridad.

### **Participación de los padres**

Falta de interés por saber sobre la evaluación y puntaje obtenido por la hija. Algunos

padres mencionaron no estar interesados en los resultados obtenidos de la evaluación realizada, las causas mencionadas: 1) no creer en el puntaje de riesgo porque notaban que sus hijos comían bien o notaban un peso corporal adecuado a su edad, 2) no poder asistir al taller por motivos de trabajo o falta de tiempo.

*Dificultades para asistir a las sesiones.* A la primera sesión del programa acudieron varias parejas de padres para conocer sobre la puntuación de riesgo en sus hijos. Algunos de ellos comentaron que por cuestiones de trabajo tenían dificultad para asistir a todas las sesiones, propusieron acudir al menos uno de ellos o intercalar su asistencia y dar seguimiento a las actividades del programa. A partir de la segunda sesión los padres se involucraron y se identificaron con las actividades y temas tratados en cada una de las sesiones, y mantuvieron su participación durante las cinco sesiones. Algunas de las limitaciones de los padres para asistir fueron: compromisos laborales, hijos pequeños o últimos meses de embarazo.

Por todas las dificultades ya discutidas en este apartado, no se alcanzó el tamaño de muestra para realizar un análisis paramétrico de los resultados y evaluar la eficacia del programa. Asimismo, se consideró eliminar del análisis de resultados a los adolescentes hombres, debido a que los grupos no eran equivalentes en dicha característica.

Se considera necesario evaluar la psicopatología de los padres, ya que durante las sesiones los padres con rasgos de depresión o ansiedad, sin duda abarcaban mucho tiempo de la sesión o bien se tenía que contener su estado anímico, por lo cual es muy importante que el profesional de la salud que dirija el programa pueda tener conocimiento sobre psicoterapia y sobre el trabajo en grupo. Se sugiere para futuras investigaciones considerar las características psicopatológicas de los padres y poder realizar comparaciones de la pertinencia del programa en distintas muestras de padres.

## Referencias

- Altamirano, M. (2009). *Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con autoestima, insatisfacción corporal y estado nutricional en mujeres adolescentes de preparatoria del Estado de México*. (Tesis de Maestría). Universidad de Guadalajara, México.
- Amaya, A., Mancilla, J., Vázquez, R. & Franco, K. (2010). Programas basados en la internet para la prevención y tratamiento de trastornos de la alimentación: una revisión. *Psicología y Salud*, 20 (2), 145- 157.
- American Psychiatric Association, (2002). *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (4a ed., texto rev.)*. Washington, DC: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association, (2003). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Medica.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, P. P. & Betancourt, O. D. (2008). Prácticas parentales: una medición integral. *La Psicología Social en México*, XII, 561- 565. AMEPSO.
- Arranz, E. F. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Prentice Hall.
- Atkinson, J. M. & Wade, D. T. (2014). Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-12. doi:10.1111/eip.12160.
- Austin, B. S. (2000). Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249- 1262.
- Attie, I. & Brooks- Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25 (1), 70- 79.
- Bäck, E. A. (2011). Effects of parental relations and upbringing in troubled adolescent eating behaviors. *Journal of Eating Disorders*, 19, 403-424.
- Bazterrica, R. D., Fernández, B. L., Blanco, F. A., Calvo, S. R., Casas, R. J., Faus, B. G., et al., (2012). *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. Madrid: IMC.
- Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.

- Beintner, I., Jacobi, C. & Taylor, B. C. (2011). Effects of an internet based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany — a meta analytic review. *European Eating Disorders Review*, 20, 1-8.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. & Medina- Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35 (6), 483- 490.
- Berdanier, C., Dwyer, J. & Feldman, E. (2010). *Nutrimientos y alimentos: segunda edición*. México: McGraw Hill.
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll- Lampert, J. & Neumark- Sztainer, D. (2012). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1355- 1363.
- Berger, U., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Schwartz, D. & Strauss, B. (2011). Primary prevention of eating related problems in the real world. *Journal of Public Health*, 19, 357–365.
- Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brand- Gothelf, A., Leor, S., Apter, A. & Fenning, S. (2014). The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 202 (10), 759- 762.
- Bratland- Sanda, S. & Sundgot- Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendation for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13 (5), 499- 508.
- Brown, K. & Geller, J. (2006). Supporting Friends and Family with Eating Disorders: Discrepancies between intentions and reality. *Journal of Eating Disorders*, 14, 215- 228.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Bruning, B. J., Winzelberg, J. A., Abascal, B. L. & Taylor, C. B. (2004). An evaluation of an internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 290–296.
- Carvajal, C. G. (1993). *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*. Bogotá: Tiresias.

- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carter, J., Stewart, A., Dunn, V. & Fairburn, G. (1997). Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good?. *International Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Castañón, V., & Rocha, S. (2005). *Figuras de la anorexia*. Ciudad de México: Editores de Textos Mexicanos.
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D. & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut off to define thinness in children and adolescent: international survey. *British Medical Journal*, 335:1-8. Recuperado de <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7612/194>
- Coller, T. G., Neumark-Sztainer, D., Bulfer, J. & Engebretson, J. (1999). Taste of food, fun, and fitness: a community-based program to teach young girls to feel better about their bodies. *Journal of Nutrition Education*, 31, 292–293.
- Compte, E. J., Sepúlveda, A. R., Pellegrin, Y. & Blanco, M. (2015). Confirmatory factor analysis of the Drive for Muscularity Scale-S (DMS-S) and Male Body Attitudes Scale-S (MBAS-S) among male university students in Buenos Aires. *Body Image*, 14, 13- 19.
- Cornes, J., Fernández- Rios, L., Arauxo, A. & Pedrejón, C. (2004). Ciencia de la prevención: fundamentos y perspectivas. Implicaciones en psicología. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 31 (2), 86- 95.
- Corte, N.J. (2016). *Detección precoz de trastornos del comportamiento alimentario. Dos variables: adolescencia y estilo educativo familiar*. (Tesis de Doctorado). Universidad Complutense, Madrid, España.
- Cooley, E., Toray, T., Chuan- Wang, M. & Valdez, N. (2007). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Journal of Eating Behaviors*, 9, 52- 61.
- Coon, D. (1998). *Fundamentos de psicología*. México: Thomson.
- Cooper, J. P., Whelan, E., Woodlgar, M., Morrell, J. & Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *British Journal of Psychiatry*, 184, 210- 215.
- Corning, F. A., Gondoli, M. D., Bucchianeri, M. M. & Salafia, B. H. E. (2010). Preventing the development of body issues in adolescent girls through intervention with their mothers. *Body Image*, 7, 289–295.



- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S.A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal Psychiatry*, 166, 1342- 1346.
- Dávila, M. R. (2012). *Riesgos Psicosociales*. México: Trillas.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). *The sage handbook of qualitative research*. California: SAGE Publications.
- Díaz, I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5 (1,2), 67- 80.
- Díaz de León, C. (2013). *Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e insatisfacción corporal en estudiantes universitarios de la Ciudad de México*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Dominé F, Dadoumont, C. & Bourguignon, J.P. (2012). Eating disorders throughout female adolescence. *Journal Endocrine Development*, 22, 271-286.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. & Suris, J. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys?. *Journal Adolescents Health*, 44, 111-117.
- Dring, G. (2015). Anorexia runs in families: is this due to genes or the family environment?. *Journal of Family Therapy*, 37, 79- 92. doi: 10.1111/1467-6427.12048
- Dúo, I., López, M., Pastor, J. & Sepúlveda, A. (2014). *Bulimia nerviosa, guía para familiares*. Madrid: Pirámide.
- Estrada, I. L. (2008). *El ciclo vital de la familia*. México: Debolsillo.
- Evans, E. et al., (2017). Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: A 6-year longitudinal cohort study. *Appetite*, 108, 12- 20.
- Fajardo, E., Méndez, C. & Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria. *Revista Med*, 25, 46- 57.
- Ferguson, C. J., Muñoz, M. E., Garza, A. & Galindo, M. (2014). Concurrent and prospective analyses of peer, television and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 43 (1), 1-14. doi:10.1007/s10964-012-9898-9.
- Fize (2007). *Los adolescentes*. México: Fondo de cultura económica.

- Flament, M.F., Ledoux, S., Jeammet, P., Boulimie et al., (1993). Autres troubles du comportement alimentaire à l'adolescence: étude épidémiologique dans une population française scolarisée. *Ann Med Psychol*, 151, 635-642.
- Frances, A. & Ross, R. (2002). *DSM-IV-TR estudio de casos, guía para el diagnóstico diferencial*. Editorial Masson.
- Graber, J. A., Brooks- Gunn, J., Paikoff, R. L. & Warren, M. P. (1994). Prediction of eating problems: an 6- year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30 (6), 823-834.
- Garfinkel, P. & Garner, D. (1982). *Anorexia Nervosa a multidimensional perspective, the multidetermined nature of anorexia nerviosa*. Bruner/Mazel: New York, 188- 213.
- Gran Diccionario Enciclopédico (1980). *Tomo IV*. México: Selecciones del Reader's Digest.
- Gran Diccionario Enciclopédico (1980). *Tomo VII*. México: Selecciones del Reader's Digest.
- Gómez, P. (2003). *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa*. Valencia: Ediciones Tilde.
- Gómez- Peresmitré G., Alvarado, G., Moreno, L. et al. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313- 324.
- Gómez- Peresmitré G., García, G. P., Labastida, P. E. et al. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (2), 125- 132.
- Gómez- Peresmitré, G., León, H. R., Platas, A. S., Lechuga, H. M., Cruz, D. & Hernández, A. A. (2013). Realidad virtual y psicoeducación. Formatos de prevención selectiva en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 23-30.
- González- Macías, L., Romero, M., Rascón, M. & Caballero, A. (2013). Anorexia nerviosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, tratamiento, recaída y la remisión. *Salud Mental*, 36 (1), 33- 39.
- Guelar, D. & Crispo, R. (2001). *Adolescencia y trastornos del comer*. Barcelona: Gedisa.
- Gutiérrez, J. P., Rivera, D. J., Shamah, L. T., Villalpando, H., Franco, A., Cuevas, N. L., Romero, M. & Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Hart, L., Cornell, C., Damiano, S. & Paxton, S. (2015). Parents and prevention: A systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1-13.
- Heatherton, T. F. & Polivy, J. (1990). *Chronic dieting and eating disorders: a spiral model*, 133-155. Recuperado de [http://www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/92\\_Heatherton\\_Polivy\\_Etiology\\_ch.pdf](http://www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/92_Heatherton_Polivy_Etiology_ch.pdf)
- Herzog, B. D., Dorer, J. D., Keel, K. P., Selwyn, S. E., Ekeblad, R. E., Flores, T. A., Greenwood, N. D., Burwell, A. R. & Keller, B. M. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (7), 829- 837.
- Huas, C., Caille, A., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., et al., (2011). Factors predictive of ten- year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 62- 70.
- Huon G. F., Hayne A., Gunewardene A. et. al., (1999). Accounting for differences in dieting status: steps in the refinement of a model. *International Journal Eating of Disorders*, 26, 420- 433.
- Huon G. F., Hayne A., Gunewardene A. et. al., (2002). Empirical support for a model of dieting: findings from structural equations modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 210- 219.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N, & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia y bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 12.
- Keel, P. (2017). *Eating Disorders: 2da edición*. Oxford University Press.
- Keel, P. & Brow, T. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *Eating Disorders*, 43, 195- 204.
- Kessler et al., (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World, mental health surveys. *Biological Psychiatry Journal*, 73, 904–914.
- Klump, K. L., Kaye, W. H. & Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 215-225.

- Krug, I., Villarejo, C., Jimenez- Murcia, S., Perpiña, C., Vilarrasa, N., Granero, R. et al., (2013). Eating related environmental factors in underweight eating disorders and obesity: are there common vulnerabilities during childhood and early adolescence?. *Eating Disorders*, 21, 202- 208.
- Kunze, J. T. (1997). Self- directed hostility and family functioning in normal- weight bulimics and overweight binge eaters. *Addictive Behaviors*, 22 (3), 367- 375.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Londres: SAGE Publications.
- Lampis, J., Agus, M. & Cacciarru, B. (2014). Quality of family relationships as protective factors of eating disorders: an investigation amongst italian teenagers. *Applied Research Quality of Life*, 9 (2), 309- 24. doi: 10.1007/s11482-013-9234-x
- Lenoir, M. & Silber, T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (parte 1) criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 104 (3), 253-260.
- León, H. R., Gómez-Peresmitré, G. & Platas, A, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31 (6), 447-452.
- López, B., & Nuño- Gutierrez, B. (2006). *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*. IMSS, Ciudad de México.
- [http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro\\_de\\_informacion/FAMILIA/Una\\_aproximacion\\_a\\_la\\_estructura\\_familiar\\_de\\_mujeres\\_con\\_anorexia\\_y\\_bulimia\\_BERENICE\\_LOPEZ\\_C\\_BERTHA\\_L\\_NUNO\\_G\\_ALBA\\_G\\_ARIAS\\_I\\_IMSS.pdf](http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro_de_informacion/FAMILIA/Una_aproximacion_a_la_estructura_familiar_de_mujeres_con_anorexia_y_bulimia_BERENICE_LOPEZ_C_BERTHA_L_NUNO_G_ALBA_G_ARIAS_I_IMSS.pdf)
- Loth, K., Neumark- Sztainer, D. & Croll, J. (2009). Informing family approaches to eating disorders prevention: perspectives of those who have been there. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (2), 146–152.
- Lydecker, J., Riley, K. & Grilo, C. (2018). Associations of parent’s self, child, and other “fat talk” with child. *International Journal of Eating Disorder*, 1- 8.
- Mateos, A. M., García, A. I., De la Gándara, M. J., Vegas, M. M., Sebastián, V. C., Sanz, C. B., et al., (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (6), 267-280.

- McVey, G., Tweed, S. & Blackmore, E. (2007). Healthy Schools-Healthy Kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, 4, 115–136.
- Medina- Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., et al., (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1- 16.
- Meno, C., Hannum, J., Espelage, D. & Low, D. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Behaviors*, 9, 91–101.
- Micali, N., Stahl, D., Treasure, J. & Simonoff, E. (2014). Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (2), 124-134.
- Minuchin, S., Rosman B. L. & Baker L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Neumark- Sztainer, D. (2006). “*¡Estoy tan gorda!*” una guía imprescindible para padres de adolescentes con trastornos alimentarios y niños con sobrepeso. Madrid: RobinBook.
- Neumark-Sztainer, D. & Hannan, P. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 154, 569-577.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Story, M. & Perry, C. L. (2003). Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: implications for prevention programs. *Health Psychology*, 22, 88-98.
- Neumark- Sztainer, D., Sherwood, N., Collier, T. & Hannan, P. (2000). Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short- term effect of community- based intervention. *Journal of American Dietetic Association*, 100 (12), 1466- 1473.
- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., & Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls?. *Journal of Adolescent Health*, 47 (3), 270-276.

- Nicholls, D. & Yi, I. (2012). Early intervention in eating disorders: a parent group approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 357-367.
- Olaiz, F. G., Rivera, D. J., Shamah, L. T., Rojas, R., Villalpando, H. S., Hernández, A. M. & Sepúlveda, A. J. (2006) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud. Pública.
- Oliva, D. A. (2015). *Desarrollo positivo adolescente*. Madrid: Síntesis.
- Papadopoulos, F., Ekblom, A., Brandt, L. & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 10-17.
- Papalia, E. D., Wendkos, O. S. & Duskin, F. R. (2001). *Desarrollo humano*. México: Mac Graw Hill.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Pintor, B. (2010). *Relaciones intrafamiliares y recursos personales en mujeres con conductas alimentarias de riesgo*. (Tesis de Maestría). Universidad Vasco de Quiroga: Morelia, Michoacán, México.
- Polivy, J. & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pelaéz, F., Labrador, E. & Raich, E. (2006). *Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España*. En Mancilla, D. & Gómez Pérez- Mitré, G. (Eds), *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 89- 122). México: Manual Moderno.
- Portela de Santana, M. L., Costa Ribeiro, H., Mora Giral, M. & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 391- 401.
- Quiles, M., Quiles Sebastián, M., Aubalat, P, Botella Ausina, J. & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: a meta- analysis. *European Psychiatry*, 28, 199- 206.
- Raby, T. (2012). *Girls growing in wellness and balance: examining the efficacy of a parent program in eating disorder prevention*. (Dissertation of Doctor of Philosophy). University at Buffalo, New York.

- Rivera, M. & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 1- 30.
- Rivera, L. A., Andrade, P., Rivera, M. A. & Unikel, C. (2018). Percepción de padres e hijas acerca de los aspectos familiares asociados con el inicio de un trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9 (1), 71- 81.
- Rodríguez, R. (2008). *Prevención primaria de trastornos alimentarios: formación de audiencias críticas y psicoeducación*. (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Rohde, P., Stice, E. & Marti, N. (2014) Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 1- 12.
- Rojo, M. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Ruiz, M. A., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J., López, A. X. & Álvarez, R. G. (2009). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 447-455.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación, sexta edición*. México: Mc Graw Hill.
- Saucedo, M. T. (2003) Modelos predictivos de dieta restringida en púberes hombres y mujeres y sus madres. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Selvini- Palazzoli M. (1974). *Self- stervation: from the intrapsychic to the transpersonal approach*. Londres: Chaucer.
- Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D., Pellegrin, Y., Parks, M., Blanco, M., García. P. & Bustos, C. (2017). Confirmatory factor analysis of the Male Body Attitudes Scale (MBAS) among Spanish adolescent males. *Psychology of Men & Masculinity*, 20 (3), 345- 363. DOI: 10.1177/1097184X16634798
- Sepúlveda, A. R., Corrobles, J. A. & Gandarillas, A. M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high- risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8:102 doi:10.1186/1471-2458-8-102
- Silverman, J. (1983). Richard Morton, 1637- 1698. Limner of Anorexia Nervosa: His life and times. *Journal of the American Medical Association*, 250, 20.

- Smart, R. & Tsong, Y. (2014). Weight, body dissatisfaction, and disordered eating: asian american women's perspectives. *Asian American Journal of Psychology*, 5 (4), 344- 352. doi: org/10.1037/a0035599
- Smink, F., Hoeken, D. & Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14 (4), 406- 414.
- Smink, F., Hoeken, D., Oldehinkel, A., Hoek, H. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 610– 619.
- Smolak, L., Levine, M. P. & Schermer, F. (1998). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 339–353.
- Spindler, A. & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8(3), 364- 373.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.012>
- Stice, E., Black, C. & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: current evidence- base and future direccion. *International Journal of Eating Disorders*, 46 (5), 478- 485.
- Stice, E., Mazotti, L., Krebs, M. & Martin, S. (1998). Predictors of adolescent dieting behaviors: a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 195-205.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H. & Marti, N. (2014). Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorders and obesity among female college students: 1- and 2- year follow- up effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (1), 183- 189.
- Stice, E., Shaw, H. & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.
- Stierlin, H. & Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?, llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa.
- Strada, G. (2002). *El desafío de la anorexia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Striegel- Moore, R. (2001). Etiology of etating disorders in women. *Journal Counseling Psychologist*, 29 (5), 635- 661.



- Striegel, R. & Rosselli, F. (2017). Reducing the burden of suffering from eating disorders: unmet treatment needs, cost of illness, and the quest for cost effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 49- 64.
- 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.
- Suldo, S. & Sandberg, D. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15(1), 59- 73.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Grange, D. L., Swendsen, J. & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7), 714- 723.
- Tafa, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C. & Cerniglia, L. (2017). Female adolescents with eating disorders, parental psychopathological risk and family functioning. *Journal Child Family Studies*, 26, 28- 39.
- Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes- Rodriguez, M. L., Repic, N. & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD and psychosocial resources. *Journal of Eating Disorders*, 22 (1), 33–49. doi:10.1080/10640266.2014.857517.
- Treasure, J. & Campbell, I. (1994). The case for biology in the etiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine Journal*, 24, 3-8.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel Ciencia.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Trost, A. S. (2006). *The Healthy Image Partnership (HIP) parents program: the role of parental involvement in eating disorder prevention*. (Dissertation of Doctor of Philosophy). University at Texas, USA.
- Unikel, C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología, UNAM, México.

- Unikel, C., Díaz de León, C. & Rivera, J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39 (3), 141- 148.
- Unikel, C., Bojórquez, C. & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista de Salud Pública*, 46 (6), 509-515.
- Vargas, J. & Ibañez, J. (2006). *Solucionando los problemas de pareja y familia*. México: Pax México.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vázquez, V. (2012). *Diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria de madres de mujeres con y sin trastornos alimentarios*. (Tesis de Doctorado). UNAM, México.
- Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R, G. L., Franco, P. K. & Mancilla, D. J. M. (2004). Presencia de trastorno de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos. *Psicología Conductual*, 12, 415- 427.
- Varnado- Sullivan, P., Zucker, N., Williamson, D. & Reas, D. (2001). Development and Implementation of the Body Logic Program for adolescents: a two-stage prevention program for eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 248-259.
- Ward, A., Ramsaid, R. & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35–51.
- Warschburger, P., Helfert, S. & Krentz, E. (2011). POPS: a school-based prevention programme for eating disorders. *Journal Public Health*, 19, 367- 376.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z. M., Dansky, B. S. & Abbott, D. W. (1997) Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American of Academy and Child Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
- Wooldridge, T. & Lytle, P. (2012). An overview of anorexia nervosa in males. *Eating disorders*, 20 (5), 368-378. doi:10.1080/10640266.2012.715515.
- Yalom, I. (1975). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de la cultura económica.

# **ANEXOS**

**Anexo 1**  
**Consentimiento informado**  
**Guía de entrevista para mujeres**  
**Guía de entrevista para padres**

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Proyecto:

### **“PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA PADRES”**

Te queremos invitar a participar en el Proyecto “Prevención en trastornos de la conducta alimentaria: desarrollo de un programa para padres”, te explicaremos los objetivos, los beneficios y los riesgos de participar con nosotros, y al final te pediremos tu firma si es que estás de acuerdo en colaborar.

#### **Propósito del estudio**

Se trata de un proyecto de investigación en el que queremos identificar —desde la propia perspectiva de los padres de hijas(os) con un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y jóvenes como un TCA— las habilidades, actitudes, conocimientos o estrategias que permitieron o no la mejoría del trastorno.

Tu colaboración consistirá en participar en una entrevista con duración de una hora y media aproximadamente, la cual permitirá obtener información sobre tu vivencia como joven con TCA en el proceso antes, durante y después del tratamiento del trastorno alimentario. Es importante mencionar que tu participación en el proyecto no tendrá ningún costo.

## **Confidencialidad**

La información que nos proporciones será resguardada por la investigadora responsable. Tu participación es voluntaria y eres libre de cambiar de idea y dejar de participar en cualquier momento.

Bajo un encuadre de confidencialidad con cada participante, desde el primer contacto se le dará la opción de usar un pseudónimo si de esta manera se siente más cómodo(a). Debido al tipo de información que se manejará, se mantendrán criterios estrictos para el manejo de los datos, cada entrevista será audiograbada y utilizada solo por el investigador y para los fines mencionados. En caso de que no quiera ser audiograbado, es importante que lo mencione al investigador.

## **Beneficios**

Directamente no recibirás beneficio alguno, pero tu participación con seguridad ayudará a los padres de otros jóvenes que se encuentren en riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria, y con ello contribuir también al estudio de esta problemática poco estudiada en nuestro país.

## **Riesgos**

Los posibles riesgos que pueden surgir por participar en el estudio, se vinculan con la evocación de recuerdos de tus experiencias —reacciones emocionales— que de ser necesario se subsanarán dando contención en el momento, y si es necesario solicitando una cita individual con la investigadora encargada del estudio.

## **Participación voluntaria**

Serás libre de decidir si continúas o suspendes tu participación en el estudio, y si decides no continuar participando, tu decisión será respetada.

## **Asesoría y mayor información**

Si te surge alguna duda a lo largo de tu participación o si quieres recibir mayor información puedes contactar a la Mtra. Leticia Adriana Rivera Castañeda al teléfono 5535715651.

Si aceptas participar, firma en la línea de abajo, lo que significa que has entendido lo que te fue explicado y que el investigador ha respondido a todas tus preguntas. Este documento tiene que ser firmado antes de iniciar con la entrevista y recibirás una copia del mismo.

Yo \_\_\_\_\_ declaro que estoy de acuerdo en participar en esta investigación, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por \_\_\_\_\_, quien me ha ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar el presente, surja durante el desarrollo de la investigación. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento del estudio.

Nombre \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Nombre y firma del responsable del  
proyecto \_\_\_\_\_

Testigo1 \_\_\_\_\_

Testigo2 \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **GUÍA DE ENTREVISTA PARA JÓVENES CON UN TCA**

### ***“PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA PADRES”***

Te voy a hacer algunas preguntas acerca de tu familia y la relación con tu trastorno alimentario. El objetivo es saber cómo los padres pueden trabajar para prevenir los trastornos alimentarios dentro de su ambiente familiar.

#### **1. Datos demográficos**

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Lugar de nacimiento

Lugar de residencia

Ocupación

#### **2. Familiograma**

Platícame un poco acerca de tu familia

\*¿Quiénes conforman tu familia?

\*¿Cuáles son las edades, estado civil y la ocupación de cada uno de ellos?

\*¿Cuáles son las enfermedades, separaciones y/o muertes en la familia?

\*¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?

También háblame de tus padres y tus abuelos (para explorar tres generaciones atrás)

\*¿Cuáles son las enfermedades, separaciones y/o muertes en los padres y abuelos?

\*¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?



### **3. Datos del trastorno de la conducta alimentaria**

¿Hace cuánto tiempo inicio tu trastorno alimentario?

¿Cuántos años tenías?

¿En qué momento tus padres se dieron cuenta de tu trastorno alimentario y que hicieron?

Plátame de las circunstancias que estaban pasando en ese momento

¿Cuál era tu relación con tus padres antes del trastorno alimentario?

¿Tu relación con tus padres cambio cuando el trastorno alimentario apareció?

¿Existe alguna situación familiar que tu pienses que está asociada con el inicio de tu trastorno de alimentación?

### **4. Factores familiares asociados a los TCA y CAR**

Te haré algunas preguntas sobre algunas características que se han investigado y asociado con los trastornos de la conducta alimentaria, es importante que me puedas indicar si te ocurrieron y en qué momento, esto es, antes del trastorno alimentario o bien durante el trastorno.

- **Apoyo Parental**

Cuando escuchas la palabra apoyo parental, ¿Cómo lo definirías?

¿Cómo crees que tus padres te han brindado su apoyo?

¿Esto que mencionas ha sido siempre, o en algún momento no y porque?

- **Comunicación de pensamientos e ideas y expresión de emociones**

Plátame sí entre los miembros de tu familia incluido tú, existe la disposición a escuchar las opiniones, ideas y sentimientos o emociones

¿Quiénes si y cómo lo hacen?

¿Qué miembros no están dispuestos a escuchar lo mencionado?

¿A qué atribuyes esta falta de disposición a escuchar lo mencionado?

¿En algún otro momento fue diferente?

¿Tu trastorno alimentario hizo alguna diferencia?

Entre los miembros de tu familia incluida tú, existe la posibilidad de expresar sus opiniones, ideas y sentimientos o emociones

¿Quiénes si y cómo lo hacen?

¿Qué miembros no están dispuestos a expresar lo mencionado?

¿A qué atribuyes esta falta de disposición o posibilidad de expresar lo mencionado?

¿En algún otro momento fue diferente?

¿Tu trastorno alimentario hizo alguna diferencia?

- **Cohesión familiar**

¿Consideras que dentro de tu familia existe unión familiar?

¿Cómo se demuestra esa unión para tí?

¿Comparten y realizan actividades en familia?

¿Con qué frecuencia?

¿Cuándo llegan a acuerdos tomando en cuenta a todos los miembros de la familia?

Si consideras que no hay unión familiar, ¿a que lo atribuyes?

¿En algún momento existió?

- **Solución de conflictos**

¿Considera que dentro de tu familia existen conflictos?

¿Con qué frecuencia?

¿Entre quienes es más frecuente el conflicto?

¿Cómo se resuelve?

¿Cuándo llegan a acuerdos se respetan los acuerdos?

¿En algún momento percibe que hubo mayores conflictos dentro de su familia y porque?

- **Situaciones de vida estresantes, difíciles o de transición**

Algunos estudios mencionan que situaciones de vida como transiciones como el paso de la infancia a la adolescencia, transiciones escolares (paso de la primaria a la secundaria), muerte de

un familiar, separaciones de los padres, enfermedades o abuso sexual o el incesto está relacionado a los trastornos de la conducta alimentaria ¿En tu caso ocurrió algo similar?

- **Burlas, crítica y conversaciones de los padres hacia la alimentación, el cuerpo y el peso corporal y los padres como modelos**

¿Cuál ha sido la actitud de tu familia hacia la comida y hacia la forma de comer?

¿Existen mitos acerca de la comida o los hábitos de alimentación?

¿Había reglas para la forma de comer? ¿Qué ocurría si no se cumplían?

¿Cuál ha sido tu actitud respecto a la forma de tu propio cuerpo o peso corporal?

¿Cuál ha sido la actitud de tus padres respecto a la forma de tu cuerpo o peso corporal antes del TCA?

La crítica, la burla y las conversaciones respecto a los hábitos de alimentación, hacia la forma del cuerpo o el peso corporal de los padres hacia las hijas o los hijos está asociado con los trastornos alimentarios, ¿a ti te ocurrió algo similar?

Las dietas en los padres o pedir que los hijos hagan dieta está asociado con los trastornos alimentarios, ¿a ti te ocurrió algo similar?

- **Psicopatología**

¿En tu familia hay alguien que consuma alcohol o tome otro tipo de sustancias adictivas?

¿Existe algún miembro de la familia que haya padecido obesidad, delgadez extrema, preocupación por el peso, insatisfacción con partes del cuerpo, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, depresión, ansiedad, intentos suicidas, etc?

¿Quiénes?

¿Hace cuanto tiempo?

¿Han recibido tratamiento, psiquiátrico, psicológico, ambos? ¿Le funcionó?

## **5. Prevención y TCA**

Estoy tratando de reunir información sobre la forma de prevenir los trastornos de alimentación.

¿Qué consejo les darías a otros jóvenes para ayudarles a prevenir los trastornos de la alimentación?

¿Qué consejo les darías a los padres para ayudarles a prevenir los trastornos de la alimentación dentro de sus familias?

¿Qué te hubiera gustado saber antes que se presentara tu trastorno de alimentación que te hubiera ayudado a prevenir la enfermedad?

Si tuvieras la posibilidad, ¿qué cambios haría para ayudar a los jóvenes a sentirse bien con sus propios cuerpos?

## **GUÍA DE ENTREVISTA PARA PADRES**

### ***“PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: DESARROLLO DE UN PROGRAMA PARA PADRES”***

Le voy a hacer algunas preguntas acerca de su familia y la relación con el trastorno de la conducta alimentaria en su hija o su hijo. El objetivo es saber cómo los padres pueden trabajar para prevenir los trastornos alimentarios dentro de su ambiente familiar.

#### **6. Datos demográficos**

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Lugar de nacimiento

Lugar de residencia

Ocupación

#### **7. Familiograma**

Platíqueme un poco acerca de su familia

\*¿Quiénes conforman su familia?

\*¿Cuáles son las edades, estado civil y la ocupación de cada uno de ellos?

\*¿Cuáles son las enfermedades, separaciones y/o muertes en la familia?

\*¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?

También hábleme de sus padres y sus abuelos (para explorar tres generaciones atrás)

\*¿Cuáles son las enfermedades, separaciones y/o muertes en los padres y abuelos?

\*¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?

#### **8. Datos del trastorno de la conducta alimentaria**

¿Hace cuanto tiempo inicio el trastorno en su hija o hijo?

¿Cuántos años tenía su hija o hijo?

¿En qué momento se dio cuenta que su hija o hijo tenía un trastorno alimentario y que hizo?

Platíqueme de las circunstancias que estaban pasando en ese momento

¿Cuál era la relación con su hija o hijo antes del trastornos alimentario?

¿Su relación con su hija o hijo cambio cuando el trastorno alimentario apareció?

¿Existe alguna situación familiar que usted piense que está asociada con el trastorno de alimentación en su hija o hijo?

## 9. Factores familiares asociados a los TCA y CAR

Le haré algunas preguntas sobre algunas características que se han investigado y asociado con los trastornos de la conducta alimentaria, es importante que usted me pueda indicar si le ocurrieron y en qué momento, esto es, antes del trastorno alimentario de su hija o hijo o bien durante el trastorno.

- **Apoyo Parental**

Cuando escucha la palabra apoyo parental, ¿Cómo lo definiría?

¿Cómo cree usted que le brinda apoyo a su hijo o hija?

¿Esto que menciona ha sido siempre, o en algún momento no y porque?

- **Comunicación de pensamientos e ideas y expresión de emociones**

Platíqueme sí entre los miembros de su familia incluido usted, existe la disposición a escuchar las opiniones, ideas y sentimientos o emociones

¿Quiénes si y cómo lo hacen?

¿Qué miembros no están dispuestos a escuchar lo mencionado?

¿A qué atribuye esta falta de disposición a escuchar lo mencionado?

¿En algún otro momento fue diferente?

¿El trastorno alimentario en su hija o hijo hizo alguna diferencia?

Entre los miembros de su familia incluida usted, existe la posibilidad de expresar sus opiniones, ideas y sentimientos o emociones

¿Quiénes si y cómo lo hacen?

¿Qué miembros no están dispuestos a expresar lo mencionado?

¿A qué atribuye esta falta de disposición o posibilidad de expresar lo mencionado?

¿En algún otro momento fue diferente?

¿El trastorno alimentario en su hija o hijo hizo alguna diferencia?

- **Cohesión familiar**

¿Considera que dentro de su familia existe unión familiar?

¿Cómo se demuestra esa unión para usted?

¿Comparten y realizan actividades en familia?

¿Con qué frecuencia?

¿Cuándo llegan a acuerdos tomando en cuenta a todos los miembros de la familia?

Si considera que no hay unión familiar, ¿a que lo atribuye?

¿En algún momento existió?

- **Solución de conflictos**

¿Considera que dentro de su familia existen conflictos?

¿Con qué frecuencia?

¿Entre quienes es más frecuente el conflicto?

¿Cómo se resuelve?

¿Cuándo llegan a acuerdos se respetan los acuerdos?

¿En algún momento percibe que hubo mayores conflictos dentro de su familia y porque?

- **Situaciones de vida estresantes, difíciles o de transición**

Algunos estudios mencionan que situaciones de vida como transiciones como el paso de la infancia a la adolescencia, transiciones escolares (paso de la primaria a la secundaria), muerte de

un familiar, separaciones de los padres, enfermedades o abuso sexual o el incesto está relacionado a los trastornos de la conducta alimentaria ¿En su familia ocurrió algo similar?

- **Burlas, crítica y conversaciones de los padres hacia la alimentación, el cuerpo y el peso corporal y los padres como modelos**

¿Cuál ha sido la actitud de la familia hacia la comida y hacía la forma de comer?

¿Existen mitos acerca de la comida o los hábitos de alimentación?

¿Había reglas para la forma de comer? ¿Qué ocurría si no se cumplían?

¿Cuál ha sido su actitud respecto a la forma de su propio cuerpo o peso corporal?

¿Cuál ha sido su actitud respecto a la forma del cuerpo o peso corporal de su hija o hijo antes del TCA?

La crítica, la burla y las conversaciones respecto a los hábitos de alimentación, hacía la forma del cuerpo o el peso corporal hacia las hijas o los hijos está asociado con los trastornos alimentarios, ¿a usted le ocurrió algo similar?

Las dietas en los padres o pedir que los hijos hagan dieta está asociado con los trastornos alimentarios, ¿a usted le ocurrió algo similar?

- **Psicopatología**

¿En su familia hay alguien que consuma alcohol o tome otro tipo de sustancias adictivas?

Además del TCA en su hija o hijo ¿Existe algún otro miembro de la familia incluyéndolo a usted que haya padecido obesidad, delgadez extrema, preocupación por el peso, insatisfacción con partes del cuerpo, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, depresión, ansiedad, intentos suicidas, etc?

¿Quiénes?

¿Hace cuanto tiempo?

¿Han recibido tratamiento, psiquiátrico, psicológico, ambos? ¿Le funcionó?

## **10. Prevención y TCA**



Estoy tratando de reunir información sobre la forma de prevenir los trastornos de alimentación.

¿Qué consejo le daría a otros padres para ayudarles a prevenir los trastornos de la alimentación dentro de sus familias?

¿Qué le hubiera gustado saber antes que se presentara el trastorno de alimentación en su hija(o) que le hubiera ayudado a prevenir la enfermedad?

Si usted tuviera la posibilidad, ¿qué cambios haría para ayudar a los jóvenes a sentirse bien con sus propios cuerpos?

**Anexo 2**  
**Consentimiento informado**

## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto:

#### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: “LA BELLEZA MÁS ALLÁ DEL CUERPO”**

Lo queremos invitar a participar en el estudio piloto del programa de prevención en trastornos de la conducta alimentaria: “La belleza más allá del cuerpo”, explicaremos los objetivos, los beneficios y los riesgos de participar con nosotros, y al final le pediremos su firma si es que está de acuerdo en colaborar.

#### **Propósito del estudio**

Se trata de un estudio piloto del programa de prevención dirigido a padres con hijos o hijas en riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria. Por ello requerimos de su consentimiento para que su hijo(a) sea evaluado a través del cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR).

En caso de que su hijo(a) presente conductas alimentarias de riesgo de acuerdo con la evaluación se le comunicará vía telefónica o por correo electrónico y se le invitará a participar al programa de prevención *“La belleza más allá del cuerpo”*.

Su colaboración consistirá en asistir a 5 sesiones del programa con duración de una hora y media aproximadamente, el cual le permitirá obtener orientación y apoyo profesional respecto a las conductas alimentarias de riesgo en su hija(o). Tratándose de una prueba piloto usted podrá también participar en brindar observaciones y comentarios para mejorar la estructura del programa. Es importante mencionar que su participación en el proyecto no tendrá ningún costo.

### **Confidencialidad**

La información que nos proporcione será resguardada por el investigador responsable. Su participación es voluntaria y es libre de cambiar de idea y dejar de participar en cualquier momento. Bajo un encuadre de confidencialidad con cada participante.

### **Beneficios**

Directamente recibirá material informativo y su participación le facilitará adquirir conocimientos que le ayuden a conocer más sobre las conductas alimentarias de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia y prácticas parentales.

### **Riesgos**

Los posibles riesgos que pueden surgir por participar en el estudio, se vinculan con la evocación de recuerdos de sus experiencias —reacciones emocionales— que de ser necesario se subsanarán dando contención en el momento, y si es necesario solicitando una cita individual con la investigadora encargada del estudio.

### **Participación voluntaria**

Será libre de decidir si continúa o suspende su participación en el estudio, y si decide no continuar participando, su decisión será respetada.

### **Asesoría y mayor información**

Si le surge alguna duda a lo largo de su participación o si quiere recibir mayor información puede contactar a la Mtra. Leticia Adriana Rivera Castañeda al teléfono 5591976454.

Si acepta participar, firme en la línea de abajo, lo que significa que ha entendido lo que le fue explicado y que el investigador ha respondido a todas sus preguntas. Este documento tiene que ser firmado antes de iniciar con la entrevista y recibirá una copia del mismo.

Yo \_\_\_\_\_ declaro que estoy de acuerdo en participar en esta investigación, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por \_\_\_\_\_, quien me ha ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar el presente, surja durante el desarrollo de la investigación. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento del estudio.

Nombre \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Nombre y firma del responsable del  
proyecto \_\_\_\_\_

Testigo1 \_\_\_\_\_

Testigo2 \_\_\_\_\_

**Anexo 3**  
**Consentimiento informado**  
**Tablas de significancia clínica de los aspectos familiares**



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo invitamos a participar en el programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: “La belleza más allá del cuerpo”. A continuación se mencionarán los objetivos, los beneficios y los riesgos de participar con nosotros, si acepta participar le pedimos que firme este consentimiento.

### **Propósito del estudio**

Se trata de un estudio del programa de prevención dirigido a padres con hijos o hijas en riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria. Por ello requerimos de su consentimiento para que su hijo(a) sea evaluado a través de un conjunto de pruebas psicológicas.

En caso de que su hijo(a) presente conductas alimentarias de riesgo de acuerdo con la evaluación se le comunicará vía telefónica o por correo electrónico y se le invitará a participar al programa de prevención “La belleza más allá del cuerpo”.

Su colaboración consistirá en asistir a 5 sesiones del programa con duración de una hora y media cada una aproximadamente, el cual le permitirá obtener orientación y apoyo profesional respecto a las conductas alimentarias de riesgo en su hija(o). Es importante mencionar que su participación en el proyecto no tendrá ningún costo.

### **Confidencialidad y participación voluntaria**

La información que nos proporcione es confidencial y será resguardada por el investigador responsable. Su participación es voluntaria y es libre de cambiar de idea y dejar de participar en cualquier momento.

### **Beneficios**

Recibirá material informativo y su participación le facilitará adquirir conocimientos que le ayuden a conocer más sobre las conductas alimentarias de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia y prácticas parentales.

### **Riesgos**

Los posibles riesgos que pueden surgir por participar en el estudio, se vinculan con la evocación de recuerdos de sus experiencias —reacciones emocionales— que de ser necesario se

subsananán dando contención en el momento, y si es necesario solicitando una cita individual con la investigadora encargada del estudio.

### **Asesoría y mayor información**

Si le surge alguna duda a lo largo de su participación o si quiere recibir mayor información puede contactar a la Mtra. Leticia Adriana Rivera Castañeda al teléfono 5591976454.

Si acepta participar, firme en la línea de abajo, lo que significa que ha entendido lo que le fue explicado y que el investigador ha respondido a todas sus preguntas. Este documento tiene que ser firmado para contar con su participación.

Yo \_\_\_\_\_ declaro que estoy de acuerdo en participar en esta investigación, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por la Mtra. Leticia Adriana Rivera Castañeda, quien me ha ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento del estudio.

\_\_\_\_\_

Firma

Nombre de su(s) hijo(s): \_\_\_\_\_  
(Solo aquellos que cursan preparatoria) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grado escolar:

Nombre del colegio:

Teléfono:

E mail:



Fecha:

## Análisis de Significancia Clínica de los aspectos familiares

### Escala Prácticas Parentales

#### a) Control Conductual

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Control Conductual Materno) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	4.80	5.00	3.40	-0.04	SC	0.29	Bajo
2CIaMa	3.00	3.20	3.20	-0.06	SC	-0.06	SC
3AlCa	4.60	4.20	5.00	0.08	SC	-0.08	SC
4VaIt	4.80	5.00	-	-0.04	SC	-	-
5UrGu	5.00	5.00	5.00	0	SC	0	SC
6BrAn	5.00	5.00	5.00	0	SC	0	SC
7YiAn	4.20	2.40	-	0.42	Medio	-	-
8VaMa	4.60	5.00	4.80	-0.08	SC	-0.04	SC
9VaNa	-	4.40	-	0	SC	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	3.60	3.20	4.20	0.11	SC	-0.16	SC
2JaAb	3.80	2.80	4.40	0.26	Bajo	-0.15	SC
3BrXi	4.80	4.80	-	0	SC	-	-
4MaAg	4.60	5.00	-	-0.08	SC	-	-
5GoMo	3.60	4.00	4.20	-0.11	SC	-0.16	SC

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Control Conductual Paterno) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	2.20	2.00	1.80	0.09	SC	0.18	SC
2CIaMa	2.60	3.40	2.80	-0.30	Bajo	-0.07	SC
3AlCa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
4VaIt	2.60	3.40	-	-0.30	Bajo	-	-
5UrGu	5.00	4.60	5.00	0.08	SC	0	SC
6BrAn	4.20	4.80	3.60	-0.14	SC	0.14	SC
7YiAn	3.40	2.60	-	0.23	Bajo	-	-
8VaMa	3.80	2.40	2.60	0.36	Bajo	0.31	Bajo
9VaNa	5.00	4.20	-	0.16	SC	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	1.20	1.60	2.60	-0.33	Bajo	-1.16	Ato
2JaAb	1.40	1.80	1.60	-0.28	Bajo	-0.14	SC
3BrXi	1.80	3.20	-	-0.77	Alto	-	-
4MaAg	1.40	2.20	-	-0.57	Mediano	-	-
5GoMo	3.00	2.80	3.40	0.06	SC	-0.13	SC

**a) Control Psicológico**

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Control Psicológico Materno) en cada participante							
Grupo experimental	P1	P2	Seguimiento	PC1	Tamaño del efecto ( PC1)	PC2	Tamaño del efecto (PC2)
1AnLa	1.60	1.20	1.60	0.25	Bajo	0	SC
2ClMa	3.00	2.00	1.20	0.30	Bajo	0.60	Alto
3AlCa	1.60	1.40	1.80	0.12	SC	-0.12	SC
4Valt	2.00	2.60	-	0.30	Bajo	-	-
5UrGu	2.40	2.00	2.00	0.16	SC	0.16	SC
6BrAn	1.60	1.40	1.60	0.12	SC	0	SC
7YiAn	3.40	4.00	-	-0.17	SC	-	-
8VaMa	2.40	1.40	1.00	0.41	Mediano	0.58	Medio
9VaNa	1.00	1.60	-	-0.60	Mediano (-)	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
2JaAb	2.40	3.60	2.80	-0.50	Mediano -	-0.16	SC
3BrXi	3.40	2.00	-	0.41	Mediano	-	-
4MaAg	2.20	-	-	-	-	-	-
5GoMo	1.00	1.00	1.20	0	SC	0.20	Bajo

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Control Psicológico Paterno) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	2.00	1.20	1.20	0.40	Mediano	0.40	Medio
2ClMa	2.60	1.60	2.00	0.38	Bajo	0.25	Bajo
3AlCa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
4Valt	2.20	1.80	-	0.18	SC	-	-
5UrGu	1.40	1.80	1.00	-0.28	Bajo	0.28	Bajo
6BrAn	1.60	2.80	2.60	-0.75	Alto	-0.62	Alto -
7YiAn	2.00	1.20	-	0.40	Mediano	-	-
8VaMa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
9VaNa	1.00	1.00	-	0	SC	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	3.20	1.00	1.20	0.68	Ato	0.62	Alto
2JaAb	1.20	2.80	1.80	-1.33	Alto	-0.50	Medio -
3BrXi	1.40	1.20	-	0.14	SC	-	-
4MaAg	1.60	1.20	-	0.25	Bajo	-	-
5GoMo	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC

a) Autonomía

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Autonomía Materna) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	4.80	4.80	3.00	0	SC	0.37	Bajo
2ClMa	3.00	3.00	2.80	0	SC	0.06	SC
3AlCa	3.40	3.60	3.40	-0.05	SC	0	SC
4Valt	4.40	3.80	-	0.13	SC	-	-
5UrGu	3.00	3.00	3.00	0	SC	0	SC
6BrAn	4.40	4.40	4.40	0	SC	0	SC
7YiAn	1.60	1.40	-	0.12	SC	-	-
8VaMa	3.20	3.40	3.00	-0.06	SC	0.06	SC
9VaNa	3.40	3.00	-	0.11	SC	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	4.00	3.40	3.80	0.15	SC	0.05	SC
2JaAb	4.00	2.00	2.20	0.50	Mediano	0.25	Bajo
3BrXi	3.80	5.00	-	-0.31	Bajo -	-	-
4MaAg	4.00	4.00	-	0	SC	-	-
5GoMo	3.40	3.60	2.20	-0.05	SC	0.35	Bajo

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Autonomía Paterna) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	2.60	2.20	2.40	0.15	SC	0.07	SC
2ClMa	2.40	2.80	3.60	-0.16	SC	-0.50	Medio
3AlCa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
4Valt	3.40	3.20	-	0.05	SC	-	-
5UrGu	4.60	5.00	5.00	-0.08	SC	-0.08	SC
6BrAn	3.40	3.00	3.40	0.11	SC	0	SC
7YiAn	1.40	1.00	-	0.28	Bajo	-	-
8VaMa	2.00	2.00	2.00	0	SC	0	SC
9VaNa	5.00	4.80	-	0.04	SC	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	1.20	1.40	2.00	-0.16	SC	-0.66	Alto
2JaAb	1.40	1.40	2.00	0	SC	0	SC
3BrXi	2.60	3.00	-	-0.15	SC	-	-
4MaAg	2.20	2.40	-	-0.09	SC	-	-
5GoMo	3.00	2.60	4.00	0.13	SC	-0.33	Bajo

a) Imposición

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Imposición Materna) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	2.40	1.40	2.20	0.41	Mediano	0.08	SC
2ClMa	3.60	2.80	2.20	0.22	Bajo	0.38	Bajo
3AlCa	2.80	1.80	3.20	0.35	Bajo	-0.14	SC
4VaIt	2.00	2.80	-	-0.40	Mediano -	-	-
5UrGu	3.40	3.40	3.40	0	SC	0	SC
6BrAn	2.00	1.80	3.20	0.10	SC	-0.60	SC
7YiAn	4.00	4.20	-	-0.05	SC	-	-
8VaMa	2.00	1.60	1.60	0.20	Bajo	0.20	Bajo
9VaNa	-	1.40	-	-	-	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
2JaAb	3.40	4.00	4.80	-0.17	SC	-0.41	Medio negativo
3BrXi	3.40	2.60	-	0.23	Bajo	-	-
4MaAg	2.40	2.60	-	-0.08	SC	-	-
5GoMo	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Imposición Paterna) en cada participante							
Grupo experimental	P1	P2	Seguimiento	PC1	Tamaño del efecto ( PC1)	PC2	Tamaño del efecto (PC2)
1AnLa	1.20	1.40	1.00	-0.16	SC	0.16	SC
2ClMa	2.00	2.20	2.20	-0.10	SC	-0.10	SC
3AlCa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
4VaIt	3.40	3.80	-	-0.40	Mediano	-	-
5UrGu	3.00	3.60	3.40	-0.20	Bajo	-0.13	SC
6BrAn	1.40	1.60	2.00	-0.14	SC	-0.60	Alto -
7YiAn	4.40	4.20	-	0.04	SC	-	-
8VaMa	1.20	1.00	1.20	0.16	SC	0	SC
9VaNa	1.60	1.20	-	0.25	Bajo	-	-
Grupo control	P1	P2	Seguimiento	PC1	Tamaño del efecto ( PC1)	PC2	Tamaño del efecto (PC2)
1AnAg	1.80	1.00	1.00	0.44	Mediano	0.44	Medio
2JaAb	1.40	2.00	1.60	-0.42	Mediano	-0.14	SC
3BrXi	2.60	1.80	-	0.30	Bajo	-	-
4MaAg	2.20	1.60	-	0.27	Bajo	-	-
5GoMo	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC

**a) Comunicación**

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Comunicación Materna) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	4.40	5.00	3.80	-0.13	SC	0.13	SC
2ClMa	3.20	2.40	2.80	0.25	Bajo	0.12	SC
3AlCa	3.80	3.80	4.00	0	SC	-0.05	SC
4VaIt	4.60	4.80	-	-0.04	SC	-	-
5UrGu	4.40	4.40	4.60	0	SC	-0.04	SC
6BrAn	5.50	5.00	4.80	0.09	SC	0.12	SC
7YiAn	1.00	1.00	-	0	SC	-	-
8VaMa	3.80	4.20	4.80	-0.10	SC	-0.26	Bajo -
9VaNa	4.60	3.80	-	0.17	SC	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	3.60	3.00	2.80	0.16	SC	0.22	Bajo
2JaAb	2.00	2.00	3.40	0	SC	-0.70	Alto
3BrXi	4.40	5.00	-	-0.13	SC	-	-
4MaAg	4.60	5.00	-	-0.08	SC	-	-
5GoMo	1.40	2.40	3.20	-0.70	Alto -	-1.20	Alto

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Comunicación Paterna) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	4.60	4.80	3.40	-0.04	SC	0.26	Bajo
2ClMa	2.60	3.00	3.60	-0.15	SC	-0.38	Bajo -
3AlCa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
4VaIt	3.80	3.60	-	0.05	SC	-	-
5UrGu	4.20	3.20	3.40	0.23	Bajo	0.19	SC
6BrAn	5.00	4.80	3.60	0.04	SC	0.28	Bajo
7YiAn	1.80	1.20	-	0.33	Bajo	-	-
8VaMa	3.20	2.80	2.80	0.12	SC	0.12	SC
9VaNa	4.00	3.20	-	0.20	Bajo	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	2.80	2.80	3.40	0	SC	-0.21	Bajo
2JaAb	3.00	2.00	2.60	0.33	Bajo	0.13	SC
3BrXi	3.80	4.20	-	-0.10	SC	-	-
4MaAg	4.40	-	-	-	-	-	-
5GoMo	3.00	3.00	4.20	0	SC	-0.40	Bajo

**a) Actitudes Alimentarias Negativas**

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Actitudes Alimentarias Negativas Maternas) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	2.17	1.33	1.00	0.38	Bajo	0.53	Medio negativo
2ClMa	2.17	1.83	1.50	0.15	SC	0.30	Bajo
3AlCa	1.50	1.17	1.17	0.22	Bajo	0.22	Bajo
4Valt	2.50	2.17	-	0.13	SC	-	-
5UrGu	3.50	3.33	2.83	0.05	SC	0.19	SC
6BrAn	1.17	1.00	1.50	0.14	SC	-0.28	Bajo negativo
7YiAn	3.83	4.00	-	-0.04	SC	-	-
8VaMa	1.50	1.50	1.33	0	SC	0.11	SC
9VaNa	1.00	1.33	-	-0.33	Bajo	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
2JaAb	2.17	3.33	2.33	-0.53	Mediano	-0.07	SC
3BrXi	2.17	2.33	-	-0.07	SC	-	-
4MaAg	2.67	2.83	-	-0.05	SC	-	-
5GoMo	1.17	1.00	1.17	0.14	SC	0	SC

Porcentaje de Cambio de la Escala de Prácticas Parentales (Actitudes Negativas Paterna) en cada participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
2ClMa	4.17	1.83	1.17	0.56	Mediano	0.71	Alto positivo
3AlCa	1.00	1.00	1.00	0	SC	0	SC
4Valt	1.17	1.00	-	0.14	SC	-	-
5UrGu	2.50	2.83	2.00	-0.13	SC	0.20	Bajo positivo
6BrAn	1.00	1.00	1.17	0	SC	-0.17	SC
7YiAn	4.83	4.50	-	0.06	SC	-	-
8VaMa	1.33	1.33	1.00	0	SC	0.24	Bajo positivo
9VaNa	1.00	1.00	-	0	SC	-	-
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	1.17	1.00	1.00	0.14	SC	0.14	SC
2JaAb	2.67	3.33	2.50	-0.24	Bajo	0.06	SC
3BrXi	1.83	2.33	-	-0.27	Bajo	-	-
4MaAg	1.50	1.67	-	-0.11	SC	-	-
5GoMo	1.33	1.67	1.00	-0.20	Bajo	0.24	Bajo positivo

Escala de Relaciones Intrafamiliares

a) Unión y Apoyo

Porcentaje de Cambio de la Escala de Relaciones Intrafamiliares (UNION Y APOYO) por participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	4.75	5.00	5.00	-0.05	SC	-0.05	SC
2ClMa	3.75	3.50	3.50	0.06	SC	0.06	SC
3AlCa	4.00	3.75	3.50	0.06	SC	0.12	SC
4Valt	3.75	4.25	-	-0.13	SC	-	
5UrGu	4.50	3.25	4.75	0.27	Bajo Negativo	-0.05	SC
6BrAn	5.00	4.75	4.50	0.05	SC	0.10	SC
7YiAn	2.75	2.25	-	0.18	SC	-	
8VaMa	3.50	3.50	3.50	0	SC	0	SC
9VaNa	4.75	4.75	-	0	SC	-	
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	3.00	3.00	3.00	0	SC	0	SC
2JaAb	3.25	3.25	4.25	0	SC	-0.30	Bajo negativo
3BrXi	4.25	4.50	-	-0.05	SC	-	
4MaAg	3.75	4.75	-	-0.26	Bajo	-	
5GoMo	3.00	3.25	3.50	-0.08	SC	-0.16	SC

a) Expresión

Porcentaje de Cambio de la Escala de Relaciones Intrafamiliares (EXPRESION) por participante							
Grupo experimental	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnLa	4.75	4.50	5.00	0.05	SC	-0.05	SC
2ClMa	3.00	3.75	3.50	-0.25	SC	-0.16	SC
3AlCa	3.00	4.00	3.50	-0.33	SC	-0.16	SC
4Valt	4.00	4.00	-	0	SC	-	
5UrGu	3.50	3.50	4.25	0	SC	0	SC
6BrAn	4.25	4.25	5.00	0	SC	0	SC
7YiAn	2.25	2.00	-	0.11	SC	-	
8VaMa	3.50	3.75	3.50	-0.07	SC	0	SC
9VaNa	4.75	4.75	-	0	SC	-	
Grupo control	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Seguimiento	PC <sub>1</sub>	Tamaño del efecto ( PC <sub>1</sub> )	PC <sub>2</sub>	Tamaño del efecto (PC <sub>2</sub> )
1AnAg	2.75	3.00	3.00	-0.09	SC	-0.09	SC
2JaAb	3.25	2.25	2.25	0.30	Bajo	0.30	Bajo positivo
3BrXi	4.00	5.00	-	-0.25	Bajo	-	
4MaAg	3.75	3.75	-	0	SC	-	
5GoMo	3.00	3.00	3.25	0	SC	-0.16	SC

**a) Dificultades**

Porcentaje de Cambio de la Escala de Relaciones Intrafamiliares (DIFICULTADES) por participante							
<b>Grupo experimental</b>	<b>P<sub>1</sub></b>	<b>P<sub>2</sub></b>	<b>Seguimiento</b>	<b>PC<sub>1</sub></b>	<b>Tamaño del efecto ( PC<sub>1</sub>)</b>	<b>PC<sub>2</sub></b>	<b>Tamaño del efecto (PC<sub>2</sub>)</b>
1AnLa	5.00	5.00	4.75	0	SC	0.05	SC
2ClMa	3.25	3.25	3.50	0	SC	-0.07	SC
3AlCa	3.50	4.00	4.00	-0.14	SC	-0.14	SC
4VaIt	4.00	4.00	-	0	SC	-	
5UrGu	3.75	3.25	3.75	0.13	SC	0	SC
6BrAn	3.75	4.00	5.00	-0.06	SC	-0.33	Bajo negativo
7YiAn	1.00	1.25	-	-0.25	Bajo	-	
8VaMa	2.75	3.75	3.25	-0.36	Bajo	-0.18	SC
9VaNa	4.75	4.75	-	0	SC	-	
<b>Grupo control</b>	<b>P<sub>1</sub></b>	<b>P<sub>2</sub></b>	<b>Seguimiento</b>	<b>PC<sub>1</sub></b>	<b>Tamaño del efecto ( PC<sub>1</sub>)</b>	<b>PC<sub>2</sub></b>	<b>Tamaño del efecto (PC<sub>2</sub>)</b>
1AnAg	3.00	3.00	3.00	0	SC	0	SC
2JaAb	3.00	2.50	2.25	0.16	SC	-0.16	SC
3BrXi	3.50	4.75	-	-0.35	Bajo	-	
4MaAg	3.75	4.00	-	-0.06	SC	-	
5GoMo	2.25	2.75	3.50	-0.22	Bajo	-0.55	Medio negativo