

Factores Familiares y Personales Predictores de Trastornos de Conducta Alimentaria en Jóvenes

Angélica María Moreno Ruge y Constanza Londoño Pérez*

Universidad Católica de Colombia

Resumen: El presente estudio descriptivo correlacional tuvo como objetivo validar el modelo predictivo del riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria en jóvenes a partir de la medición de variables conducta alimentaria, insatisfacción corporal, índice de masa corporal, funcionamiento familiar y el uso de críticas hacia el joven sobre el peso y forma de su cuerpo, en jóvenes y padres. La muestra no aleatorizada de conveniencia fue de 208 participantes, de los cuales 104 eran adolescentes entre 11 y 18 años, vinculados académicamente en una institución educativa de secundaria y 104 familiares que cada joven consideraba significativo. Se aplicó EAT-26, ECA, APGAR Familiar, FEICS y el IMC instrumentos validados para población Colombiana. Se Producto de los análisis multivariantes realizados se encontró que el alto riesgo de padecer trastornos de la conducta en los jóvenes se relaciona con alto riesgo en sus familiares y se concluye que los padres además de ejercer un rol protector pueden representar un riesgo en la conducta alimentaria de los hijos teniendo en cuenta que los hijos modelan el comportamiento de sus padres desde la primera infancia.
Palabras Clave: Conducta Alimentaria; Imagen Corporal; Familia; Relaciones Familiares; Jóvenes.

Title: Family and Personal Predictors of Eating Disorders in Young People.

Abstract: This correlational descriptive study aimed to validate the predictive model of risk for conduct disorder in youth food from variables measuring eating behavior, body dissatisfaction, body mass index, family functioning and the use of criticism of the young on the weight and shape of your body, youth and parents. The sample no randomized of convenience consisted of 208 participants consisted of 104 adolescents between 11 and 18 years, linked academically and every young family considered significant for their. EAT-26 was applied, ECA, Family APGAR, and BMI FEICS validated instruments to Colombian population. t. Product of multivariate analysis on concludes that parents besides exerting a protective role may represent a risk in eating behavior of children given that children model the behavior of their parents from early childhood that children model the behavior of their parents from early childhood.

Keywords: Eating Behavior; Image Body, Family, Family Relationships, Young.

Introducción

Las tasas de incidencia en general los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han venido aumentando de manera significativa en el mundo. Situación que no es ajena para América Latina, pues en el estudio de salud de la adolescencia hecho por el Ministerio de Salud de México se detectó en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud, entre enero y julio 6.211 casos de anorexia nerviosa y 4235 de ellos eran mujeres, 2.787 casos de bulimia nerviosa (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2009; Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2012).

Aunque diversos estudios en Colombia señalan que los TCA no son las enfermedades de salud mental con mayor prevalencia si muestran su creciente impacto en la población entre los 15 y 35 años (Ministerio de Protección Social, 2003; 2007). En el Estudio Nacional de Salud Mental se evidenció que la edad promedio de inicio de TCA es de 15 años principalmente en mujeres. Con prevalencia cercana al 70% en jóvenes universitarios, con una proporción superior en mujeres, pero claro incremento en casos masculinos (Avellana, 2009; Cano et al., 2007; Espinosa, Fandiño, Giraldo y Martínez, 2007).

Así como en un número amplio de problemas de salud mental, los TCA tienen un origen y curso complejos, pero ya se ha identificado que factores como raza, nivel socioeconómico estatura, sexo, edad (Espinosa et al., 2007), ocupación (Cano et al., 2007) y se presume que la conducta alimentaria en si misma está asociada a la predisposición e

inicio de los TCA, que a su vez es afectada por estos trastornos (Loubat, 2006). Sin embargo, los factores personales y familiares han sido ampliamente estudiados por separado, y aún no se integra en un modelo predictivo el valor potenciador mutuo de cada uno de los factores involucrados; por el contrario los estudios centran su atención en el efecto de uno u otro factor sin lograr dar una mirada global.

A los TCA se ha asociado especialmente la insatisfacción con la imagen corporal o existencia de creencias negativas acerca de la propia figura y el grado de sufrimiento provocado (Hernández y Londoño, 2013) Esta imagen puede ser inexacta ya que construye a partir de la cultura desde la infancia (Castrillón, Luna, & Aguirre-Acevedo., 2007). La IC incluye elementos emocionales, cognitivos y comportamentales que enmarcan condiciones de aceptación, negación y transformación corporal, debidas ya sea a una pobre imagen del propio cuerpo, al grado de aceptación de las características físicas (Gempeler, 2007) y sufrimiento emocional experimentado (Bolaños y Jáuregui, 2010; González, Oudhof Van, Rodríguez, & Unikel, 2010).

Los TCA trascienden del plano individual, aunque en ellos persisten patrones de impulsividad, tendencia hostilidad y autodestrucción aunque se ha señalado que los factores más predictivos de los TOC en los sujetos con TCA son el orden excesivo y el arreglo de los alimentos bajo patrones rígidos y controlados (Bulika & Striegel, 2007; Rivarola y Pena, 2006; Roberts, 2006) y el consumo abusivo de drogas (Godart et al., 2013).

Cabe anotar que la conducta alimentaria incluye los patrones de alimentación que definen la preparación, disposición y disponibilidad de la comida determinada en gran medida por las practicas familiares y culturales (Contreras, 2007), pues la familia, sociedad, estado y culto religioso, es

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Constanza Londoño Pérez. Universidad Católica de Colombia. (Colombia). E-mail: clondono@ucatolica.edu.co

tablecen parámetros de ingesta o restricción de ciertos alimentos; condiciones que definen la valoración y actitud ante ellos en términos de bueno-malo, sano-nocivo, convenientes-no convenientes, sagrados-profanos, ordinarios-festivos, femeninos- masculinos, e incluso infantiles-adultos.

Si bien la diátesis genética de los individuos, sus características de personalidad y los contextos donde interactúan son potencialmente precipitantes de TCA, la familia representa un factor significativo en la construcción de personalidades alteradas o hipervalentes que favorecen la distorsión corporal (Kalarchianb, Lilenfelda, Marcusb, & Ringhamb, 2008). Autores como Dancygera, Fornaria, Sciontic, Sundaya y Wisotskya. (2009) encontraron que las mujeres con AN de tipo restrictivo percibían el mundo social de forma más positiva, que mujeres con AN de tipo purgativo quienes se muestran más sensibles al deterioro en las relaciones familiares, no obstante no se puede perder de vista que los padres de personas con TCA presentan antecedentes de orden psicopatológicos y dicha condición puede ser repetida por generaciones.

La familia es un espacio de socialización e intercambio de pensamientos y emociones para el individuo; el funcionamiento de ella media en un porcentaje significativo la representación que este tiene del mundo (Dancygera et al., 2009) y de sí mismo. La ingesta y restricción de alimentos no es ajena al aprendizaje generado desde la familia, Bulika et al. (2010) han referido que las restricciones alimentarias se transfieren potencialmente de padres a hijos, especialmente cuando la madre padece un TCA lo que contribuye con el desarrollo desórdenes de la conducta alimentaria en hijos. Esto corrobora que la madre ejerce un rol importante en la construcción de modelos de alimentación los cuales se transmiten a través de las pautas de crianza, pudiendo representar a la vez factores de protección o riesgo en la alimentación según las practicas que ella emita (García, Depetris, & Rossini, 2013).

El mayor contacto con la familia parece ser un factor protector de desarrollar un TCA ya que tienen mayor acompañamiento en el proceso de ingesta de los alimentos y en el cuidado en la preparación de los mismos (Kalarchianb et al., 2008). Pero si el acompañamiento está caracterizado por la disfunción (Erola, Topracc, & Yazicib, 2007), la mala comunicación y la riqueza en críticas de los padres hacia los hijos que incrementan las atribuciones externas y de control empobrecido e incrementa la probabilidad de iniciar un TCA (Espeleaga, Hannum, Lowa, & Menoa, 2008).

Respecto de los roles familiares, se resalta el papel de la madre y las mujeres cuidadoras en los procesos de modelamiento y reforzamiento de los patrones de alimentación, ya que por lo general el cuidado de la alimentación está a cargo de quien desempeña la función materna, y precisamente son las mujeres quienes expresan con mayor frecuencia preocupación por la figura física, la imagen corporal, el peso y el atractivo, condiciones que no resultan a favor de la salud mental y física de los hijos (Araya & Atalah, 2002; Cash & Pruzinsky, 2002). Pero el estudio aislado de uno de los facto-

res familiares y la falta de análisis de la salud mental específica de los cuidadores, hace relevante analizar no solo su papel global sino las características personales que pueden actuar como factores de riesgo para sí mismas y como factores potenciadores del riesgo de TCA en los hijos.

Por tanto, aunque los hallazgos empíricos esbozan el camino hacia la explicación de los TCA, es preciso profundizar en la comprensión de cómo al interior de la familia se gestan pensamientos, comportamientos y prácticas que en determinado momento ponen en riesgo la salud mental de los individuos de manera que se pueda desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, aun cuando se presume que precisamente la familia y su acompañamiento representan protección, ignorando que los padres conciben las practicas alimentarias, median la formación de la imagen corporal y el grado de satisfacción con la misma; y ejercen el control de la conducta alimentaria y como se perciben en cuanto a su imagen corporal. De esta manera el presente estudio tenía como objetivo determinar si los factores el IMC del joven, la satisfacción con la imagen corporal son predictores del riesgo de TCA en jóvenes entre los 11 y 18 años.

Método

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo correlacional de corte transversal con análisis multivariante.

Participantes

La muestra seleccionada de conveniencia estuvo conformada por 104 adolescentes escolarizados de ambos géneros y 104 familiares significativos correspondientemente (padre, madre o tercer cuidador). El rango de edad de los estudiantes fue de 13 a 18 años con una media de 15 años, y el de los padres de 30 a 57 años con una media de 43 años. La escolaridad de los hijos estuvo comprendida entre 7° y 11° de bachillerato, en los padres osciló entre primaria y posgrado. Los criterios de inclusión para la población juvenil fueron adolescentes entre 11 y 18 años escolarizados y residentes en Bogotá con uno de sus padres o integrante de su red vincular, principalmente fue ubicada en el estrato 3. Los participantes mayores y menores de edad firmaron el consentimiento y asentimiento informado una vez se obtuvo la autorización institucional de aplicación de los estudios, previa aprobación del estudio por el comité de investigaciones de la institución a la que pertenecían los investigadores.

En cuanto al IMC fue posible identificar que las madres e hijos de los dos sexos estaban en peso normal al igual que sus padres. En los hijos se encontró que tanto hombres como mujeres se encuentran en rango de normalidad de IMC, esto sucedió de igual manera en las madres, sin embargo en los padres existe mayor porcentaje para estar por debajo de la normalidad en dicho indicador. De manera general se evidencia que la población tiene menor tendencia a estar en un rango alto del IMC.

Tabla 1. Caracterización de la población.

Variable	f	%	Variable	f	%
Género		Estrato			
Hijo hombre	57	54.8	2	11	10.6
Hijo mujer	47	45.2	3	84	80.8
Padre hombre	18	17.3	4	9	8.7
Padre mujer	86	82.7			
<i>Nivel Educativo Hijo</i>		<i>Nivel Educativo Padre</i>			
11°	4	3.8	Posgrado	9	8.7
10°	39	37.5	Pregrado	32	30.8
9°	57	54.8	Técnico	18	17.3
8°	1	1.0	Tecnológico	8	7.7
7°	2	1.9	Bachillerato	26	25
6°	1	1.0	Básica	5	4.8
			Primaria	6	5.8
<i>IMC Hijos Hombres</i>		<i>IMC Padres Hombres</i>			
Bajo	21	37	Bajo	8	44.4
Normal	35	61.4	Normal	6	33.3
Alto	1	1.75	Alto	4	22.2
<i>IMC Hijos Mujeres</i>		<i>IMC Padres Mujeres</i>			
Bajo	9	19	Bajo	24	28
Normal	31	66	Normal	54	63
Alto	7	15	Alto	8	9.3
Edad	Min.	Max.	M	DT	
Hijos	13	18	15	1.14	
Padres	18	57	42.91	6.85	

Instrumentos

Test Escala Abreviada de Actitudes Alimentarias [EAT-26] (Test Abbreviated Eating Attitudes), es una prueba diseñada para evaluar conductas alimentarias, a través de este instrumento se identifican en muestras no clínicas síntomas y preocupaciones característicos de los TCA. En Colombia la prueba fue validada por para población entre 9 y 17 años, la confiabilidad analizada bajo la medida del Alfa de Cronbach fue del 0.87, IC 95%. (Castrillón et al., 2007).

Índice de Masa Corporal [IMC], éste es un indicador que se tomó de manera directa a todos los participantes con la misma unidad de análisis (cinta métrica y báscula), además los porcentajes se ajustaron a las tablas validadas para Colombia por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF] y los lineamientos de la OMS.

Encuesta de Comportamiento Alimentario [ECA], es un instrumento empleado para el establecimiento de diagnóstico de TCA y conocimiento del estado nutricional de los individuos. Este instrumento tiene una especificidad del 74 al 80%, la sensibilidad está entre 90.5 y 94.5%, la correlación existente es de 0.91, el punto de corte es de 23. Fue diseñada por Ángel Chavarro, García, Martínez y Vásquez (2000).

Cuestionario de la Figura Corporal [BSQ] (Body Shape Questionnaire), instrumento diseñado para evaluar la insatisfacción con la imagen corporal, fue validado para población Colombiana por Avendaño, Castrillón, Luna y Pérez (2007). El cuestionario tiene una confiabilidad de 0.96, la consistencia interna es de 0.95, para el primer factor la consistencia es de 0.95 y para el segundo 0.92.

APGAR Familiar, el cuestionario desarrollado inicial-

mente por Smilkstein en 1978 para explorar el funcionamiento familiar y validado en adolescentes Colombianos por Avendaño, Campo, Duarte y Forero (2006). El instrumento presenta un buen comportamiento, la consistencia interna es satisfactoria de 0.793.

Family Emotional Involvement and Criticism Scale [FEICS], fue desarrollada y validada por investigadores de la Unidad de Medicina Familiar y Psiquiátrica de la Universidad de Rochester (1991). La prueba presenta un alfa de Cronbach de 0,76 para el involucramiento emocional y 0,82 para la crítica percibida. En Colombia fue validada por Restrepo et al. (2004).

Análisis de resultados

El análisis acerca de los factores familiares y personales predictivos del riesgo de TCA se realizó usando Modelos de Ecuaciones Estructurales que permiten evaluar las medidas incrementales de ajuste representadas en los indicadores del ajuste alcanzado entre los modelos teórico y empírico; que incluyen la Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), el Índice de Ajuste Normalizado NFFI (Normed Fit Index), el Índice Comparativo de Ajuste CFI (Comparative Fit Index), y Chi Cuadrado. Estas medidas, exceptuando el Chi Cuadrado, están en el rango de cero (mal ajuste) y uno (ajuste perfecto); y precisamente la única que cuenta con una medida de significancia es el Chi Cuadrado que refleja la existencia de diferencias no esperadas entre el modelo teórico propuesto y el modelo empírico, por tanto se espera que el Chi no sea significativo es decir que el valor de p debe ser mayor a 0.05 y que el Chi se aproxime a 0. Los valores esperados de RMSEA deben ser inferiores a 0.10, en el NFI deben ser mayores a 0.90 y para el CFI superiores a .95. Estos índices están corregidos de acuerdo con los tamaños muestrales para evitar sesgos. Para hallar estos índices se usó el método de máxima verosimilitud, mínimos cuadrados generalizados y la estimación por distribución libre.

Igualmente se evaluó la complejidad del modelo en espera que éste sea mayor, es decir que tenga la mayor cantidad posible de parámetros bien definidos, para ello se usó el programa AMOS. Además se consideró que los grados de libertad reportados para el modelo evaluado debían acercarse a 1 (uno).

Resultados

Al analizar el nivel de riesgo de TCA, los porcentajes están distribuidos en rangos de normalidad, bajo y alto riesgo, tanto padres como hijos se encuentran en rango de normalidad y existe ausencia de población clínica. El comportamiento de cada factor fue diferente tanto en padres como en hijos, en cuanto a la *preocupación por la ganancia de peso* (F1) se encontró que hay un 49% de jóvenes en condición normal, mientras que en los padres existe un 70.2%, el porcentaje de población clínica para este factor es 12% en hijos y de 1% en pa-

dres. Para la *preocupación por la cantidad de calorías contenidas en los alimentos* (F2) no se encontró población clínica en hijos mientras que el 8.1% de los padres se ubican en este rango, en un porcentaje alto, los hijos se encuentran en rango de normalidad mientras que solo el 40.4% de los padres se ubican allí, el 51.6% de los padres presentan riesgo bajo y alto 26.3%.

En cuanto a la *preocupación obsesiva por la comida* (F3) se observó que aunque padres e hijos tienen población clínica los porcentajes son bajos de 1.9% y 1% respectivamente, la mayor parte de la población se encuentran en rangos de norma-

lidad, los porcentajes para los niveles de riesgo son similares en padres e hijos hay mayor proporción para el riesgo bajo. Para los *factores de bulimia* (F4) y *preocupación social por la ganancia de peso* (F5) no se encontró población clínica y los porcentajes son similares, en el F4 el 91.3% de los hijos y el 94.2% de los padres estuvo en rango de normalidad, el 8.6% de los hijos y el 5.8% de los padres están en riesgo bajo y alto. Tanto padres como hijos tuvieron porcentajes parecidos de normalidad en el F5, no existió población clínica, en padres no hubo porcentajes de alto riesgo y el bajo fue de 5.8%, en los hijos el riesgo bajo fue de 4.8% y el alto 1.9%.

Tabla 2. Riesgo TCA en hijos y padres

Riesgo Factor	Hijos								Padres							
	Normal		Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Población Clínica		Normal		Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Población Clínica	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F1	49	49	21	21	18	18	12	12	73	70.2	22	21.2	8	7.7	1	1
F2	86	82.7	14	13.5	4	3.8			40	40.4	25	25.3	26	26.3	8	8.1
F3	85	81.7	15	14.4	2	1.9	2	1.9	83	79.8	16	15.4	4	3.8	1	1
F4	95	91.3	7	6.7	2	1.9			98	94.2	5	4.8	1	1		
F5	97	93.3	5	4.8	2	1.9			98	94.2	6	5.8				
Total	84	84	12	12	4	4			84	84	13	13	3	3		

Nota: F1. Preocupación por la ganancia de peso; F2. Preocupación por la cantidad de calorías contenidas en alimentos. F3. Preocupación obsesiva por la comida; F4. Bulimia; F5. Preocupación social por la ganancia de peso;

En cuanto a la comparación del riesgo de TCA por género se encontró que las mujeres tenían más *preocupación por la ganancia de peso* (F1), en las hijas este aspecto se evidenció prominente; en cuanto a la *preocupación por la cantidad de calorías contenida en los alimentos* (F2) se encontró que los hijos tuvieron la menor puntuación, contrario a ello los padres reportaron puntajes mayores, seguido de las mujeres madres e hijas. Frente a la *preocupación obsesiva por la comida* (F3), los padres se mostraron sensibles a ello seguido de las hijas y las madres siendo los hijos quienes menos se ven alterados por este factor.

Tabla 3. Comparación riesgo de TCA por factores en padres e hijos.

Hijos	Mujer				Hombres			
	M	DT	Min	Max	M	DT	Min	Max
F1.	14.70	6.79	5	31	12.73	5.88	6	31
F2.	8.30	3.93	4	19	7.07	3.64	4	19
F3.	9.68	4.12	4	22	8.42	3.04	4	20
F4.	8.32	2.37	4	16	7.91	2.31	4	17
F5.	6.28	2.82	2	14	5.82	3.26	2	16
Padres								
F1.	13.74	6.05	5	30	13.50	4.71	5	24
F2.	8.79	4.20	4	22	9.94	4.37	4	17
F3.	9.26	3.31	5	20	9.83	3.27	4	21
F4.	7.26	2.45	4	15	7.72	2.76	3	16
F5.	4.98	2.88	2	14	3.83	2.20	2	12

Nota: F1. Preocupación por la ganancia de peso; F2. Preocupación por la cantidad de calorías contenidas en alimentos. F3. Preocupación obsesiva por la comida; F4. Bulimia; F5. Preocupación social por la ganancia de peso;

En la imagen corporal evaluada con el BSQ, la población mostró mayor insatisfacción por la *imagen corporal*; cabe notar que tanto en *imagen corporal* como en *preocupación por el peso* los jóvenes obtuvieron puntuaciones mayores, especialmente en

el grupo de mujeres. En el APGAR Familiar se encontró que los hijos se mostraban menos sensibles a percibir el *funcionamiento familiar*, en contraste con los padres quienes puntuaron mayor en este aspecto, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre las medias de padres e hijos (Tabla 4).

Tabla 4. Medias de género con respecto a *APGAR Familiar*, *Cuestionario de la Figura Corporal* (BSQ) y *Family Emotional Involvement and Criticism Scale* (FEICS).

Hijos	Mujeres				Hombres			
	M	DT	Min	Max	M	DT	Min	Max
Insatisfacción Imagen Corporal	64.30	33.05	34	189	49.16	22.27	34	116
Preocupación Peso	30.13	16.51	14	83	22.39	11.32	14	59
APGAR Familiar	16.23	5.11	0	20	14.16	4.95	0	20
Censura	12.62	3.33	5	19	13.35	3.69	5	22
Intrusión	9.26	3.38	4	6	8.93	3.45	4	16
Apoyo	7.23	2.68	2	10	6.12	2.30	2	10
Envolvimiento Emocional	8.26	3.22	3	15	6.40	2.38	3	12
Padres								
Insatisfacción Imagen Corporal	32.88	16.76	19	103	24.94	11.29	20	63
Preocupación Peso	29.67	15.55	14	76	20.78	9.27	14	47
APGAR Familiar	16.65	4.18	0	20	17.78	3.31	9	22
Censura	12.70	2.55	4	18	12.33	3.39	5	17
Intrusión	8.14	3.00	4	18	8.61	3.87	4	17
Apoyo	5.79	2.58	1	10	6.67	2.49	2	10
Envolvimiento Emocional	8.81	2.96	3	15	9.44	3.11	3	14

Finalmente se consideró la crítica familiar evaluada con el FEICS, en la *censura* los hijos obtuvieron puntajes más ele-

vados, seguidos de las hijas, las madres y los padres. Así mismo las jóvenes reportaron mayor *intrusión* este factor, seguido de los padres, las madres y los jóvenes. Se destaca que las hijas reconocieron más *apoyo familiar*, en contraste con las madres quienes obtuvieron el menor promedio en este factor. Por último, los padres se mostraron más sensibles ante el *envolvimiento emocional* seguido de las madres, las hijas y los hijos.

Modelo Predictivo

La Figura 1 muestra el modelo predictivo del riesgo de padecer un Trastorno de Conducta Alimentaria constituido por los factores familiares e individuales que alcanza un 67% de varianza explicada considerada óptima en este tipo de análisis. Las relaciones establecidas en el modelo ajustado indican, de una parte que factores personales como el hecho de ser mujer y el IMC tienen un peso de varianza explicada de la satisfacción con la imagen corporal de 37% y 23% correspondientemente, y que ésta a su vez predice el riesgo de TCA con un peso relativo de varianza explicada del 59%. En este mismo grupo de factores personales, estaban la preocupación por la ganancia de peso con un peso de varianza explicada

de 35% y la preocupación obsesiva por la comida con un peso de varianza explicada de 29%. De otra parte los factores familiares que aportaron a la varianza explicada fue el riesgo de TCA de los padres, específicamente la Preocupación Social por la Ganancia de Peso con un peso de varianza explicada de 51%, la Preocupación por la Cantidad de Calorías Contenidas en los Alimentos un peso de varianza explicada de 32%, la Preocupación Obsesiva por la Comida un peso de varianza explicada de 30%, y finalmente la Preocupación por la Ganancia de Peso un peso de varianza explicada de 25% y la Bulimia con un peso de varianza explicada de 22%.

Así mismo, la edad de los padres aportó un peso de varianza negativa de explicada de 41% el riesgo de TCA, la edad de los padres aportó un peso de varianza explicada de 28%. En cuanto a la crítica y censura de los padres el modelo indica que factores como intrusión, involucramiento emocional y apoyo aportan un peso de varianza de explicada de 51%, 30% y 30% correspondientemente, con un peso negativo en el caso del apoyo. Aunque el nivel educativo de los padres no aporta mayormente al modelo, es contemplada para mantener el ajuste del modelo de predicción.

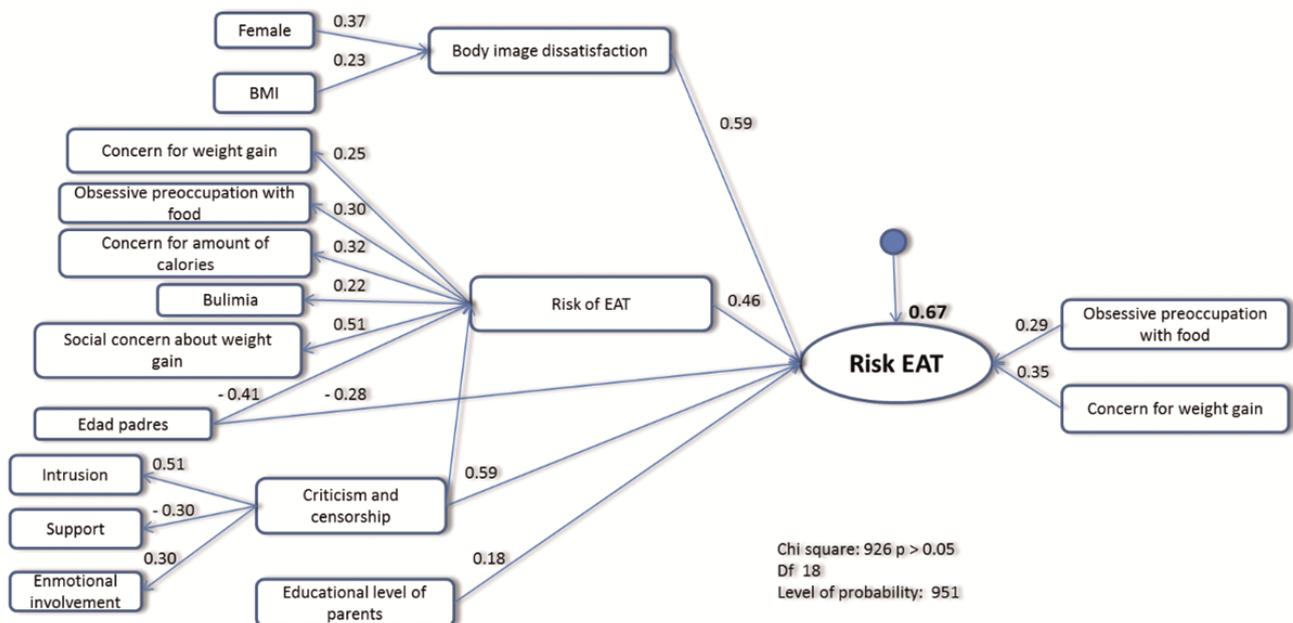


Figura 1. Modelo Predictivo del Riesgo de TCA en jóvenes.

Finalmente aunque la relación del sexo de los padres con el riesgo de TCA era considerada como importante, se excluyó porque el grupo de padres participantes estaba constituido casi exclusivamente por mujeres (86%). En cuanto a los indicadores de ajuste del modelo, se notó que el Chi cuadrado fue de 926 con un $p > 0.05$ no significativo, 18 grados de libertad, el RSMEA menor a 0.10, NFI mayor 0.8 y el CFI mayor a 0.95; todos indicadores de un nivel óptimo de ajuste e identificación del modelo (Tabla 5).

Tabla 5. Índices de ajuste del modelo de ecuaciones estructurales identificado de depresión en hombres.

Índices de ajuste	Resultado	Indicador
Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio	RSMEA .07	---
Índice de Ajuste Normalizado	NFFI .95	---
Índice Comparativo de Ajuste	CFI 1.02	---
Chi cuadrado	Chi 926	p mayor a .05
Grados de libertad	G1 18	---
Varianza explicada	R2 67 %	p menor a .05

Discusión y Conclusiones

El modelo predictor del riesgo de TCA en adolescentes estaba conformado por factores individuales como la insatisfacción con la imagen corporal que era predicha por el hecho de ser mujer y por el IMC, por factores familiares como el riesgo de TCA de la madre (o padre), la edad de los padres y el alto uso de censura y crítica como modos de comunicarse con los hijos, el bajo apoyo percibido y la alta intrusión, conjugados con el nivel educativo de los padres que aunque no predice directamente el riesgo si modula a otras variables de los padres que tienen efecto potenciador del riesgo de TCA en los jóvenes de la muestra.

El ser mujer y tener un IMC alto afectan la satisfacción con la imagen corporal de s jóvenes y adultos, quienes se encuentran inmersos en una sociedad centrada en la belleza, el culto al cuerpo y la juventud. Patrones difundidos ampliamente a través de diferentes medios de comunicación que traspasan los límites de la vida familiar haciendo que la relación entre padres e hijos este mediada por los conceptos que se tienen de cuál es la forma aceptable que debe tener el cuerpo y sobre qué tipo de conducta alimentaria puede conducir al logro de estos objetivos.

Son las mujeres las protagonistas de la moda y por ende en ellas se centra la atención, además la importancia dada al atractivo físico para establecer relaciones afectivas e interpersonales, hacen que en la vinculación la imagen proyectada deba satisfacer al grupo en el que se busca ser reconocido incluso hasta llevar a los jóvenes a preocuparse de forma obsesiva por la comida ingerida y como ésta tiene efecto en la indeseada ganancia de peso (Elizathe, Murawski, & Rutzstein, 2009). Al mismo tiempo, estas preocupaciones obsesivas facilitan la aparición de estrategias de control del peso como el uso de laxantes, el vómito inducido y la restricción dietaria; esta necesidad bajar de peso para lograr el cuerpo deseado es interiorizada por los jóvenes y aun cuando tengan peso normal siempre se buscara bajarlo aún más (Pérez & Romero, 2008), especialmente porque los parámetros usados para juzgar su corporalidad se construye a partir de un sin número de factores tales como cognición, emociones, referente social, familia y demandas cultural (Cash & Pruzinsky, 2002; Fawaz & Soto, 2012).

Los hijos consumían en promedio tres comidas diarias con medias nueves que incluían comida chatarra, en contraste los padres consumían solo dos comidas diarias, medias nueves y algunas veces onces, generalmente no tomaban desayuno y aducían falta de tiempo para hacerlo debido a los horarios laborales. Los adolescentes contaban con el acompañamiento y control de los padres, y en el caso de los padres son ellos quienes se autorregulan. Esto pone de manifiesto que la conducta alimentaria requiere supervisión que con los años se pierde debido a diversas al cambios en el rol familiar, las actividades realizadas e incluso el acceso a los recursos económicos, esta falta de control externo afecta la ingesta de alimentos respecto a la cantidad, calidad y fre-

cuencia, para Austin, Field, Gillman, Haines y Rifas, (2010) el acompañamiento familiar durante la ingesta de los alimentos representa un factor protector que disminuye la incidencia de los TCA en jóvenes.

Por otra parte el componente familiar determina el riesgo de salud mental de los jóvenes pues representa una figura de autoridad que no reconoce el hecho de ser vulnerable a los TCA, de tal suerte que se puede poner en riesgo el bienestar de los hijos. Dado que desde la familia se construyen los hábitos de alimentación y las prácticas que se tienen alrededor de la misma, es posible comprender que si los padres tienen alteraciones de la conducta alimentaria importantes, éstas se transmitirán a los hijos por modelamiento de manera que se constituye en un riesgo prominente, más aun si los padres desconocen su riesgo y además de no poder orientar sanas pautas alimentarias modelaran con alta precisión no solo patrones de conducta alimentaria desfavorables sino códigos para la construcción de su imagen corporal y la aceptación de la misma (Ángel, Gómez, & León, 2012).

Entendiendo que la familia es una entidad con vínculos y que estos cobran importancia en la adolescencia por los constantes conflictos a los que se ven sometidos los jóvenes se encontró que para ellos tanto el funcionamiento familiar como el apoyo son indispensables a la hora de mitigar el riesgo. Factores como la intrusión, censura y crítica de los padres y el poco apoyo recibido son elementos que causan distanciamiento en la familia y así se perpetúa el riesgo de TCA, esto explica por qué estos trastornos son silenciosos y las familias no los detectan con facilidad en etapas iniciales. Si por el contrario el joven percibe apoyo y aceptación pese a su estado físico, es probable que no se altere su grado de satisfacción corporal o que los patrones de cambio que realice estén supervisados y se hagan con responsabilidad, no solo por alcanzar los ideales de belleza sino por optimizar los hábitos de vida saludable. Austin et al. (2010) manifestaron que la compañía que la familia realice en actividades alimenticias no solo sirve como factor protector ante un eventual TCA sino que optimiza la cohesión y calidad de vida familiar.

Otro de los aspectos importantes al contemplar la incidencia de la familia en el desarrollo de TCA fue la edad de los padres, condición que reveló que a menor edad de ellos existía mayor riesgo para los hijos en presentar alteraciones de la conducta alimentaria, puede ser esta una explicación del por qué los padres presentaron más factores de riesgo que los hijos. La literatura ha sido consistente en referir que desde la adolescencia hasta la adultez se es susceptible en presentar TCA (Alves, Arroyo, Basabe, & Hernández, 2012; López, Molano, & Piñeros, 2010). Finalmente es preciso mencionar que en aras de hallar el mejor modelo y el más ajustado se incluyó el nivel educativo de los padres, que no predice de manera directa el riesgo sin embargo éste no fue relevante a la hora de explicar TCA pero si al modular otras variables como el riesgo personal de TCA, entre ellas el hecho de aceptar cirugías plásticas cosméticas usadas para transformar un aparte del cuerpo que genera insatisfacción

(Alejo et al., 2013; Cabarcas y Londoño, 2014). Resultados similares fueron encontrados por Cruz, Inárritu y Morán (2009) quienes refirieron que las variables nivel de escolaridad y ocupación en los padres, no dieron ninguna asociación estadísticamente significativa.

Es importante anotar que la proporción de riesgo de TCA fue mayor en los padres sin importar el género que en los hijos de ambos sexos, hallazgo que cuestiona dado que son ellos quienes ejercen roles reguladores, protectores, modeladores y son los que principio direccionan la alimentación en el hogar, de manera que si existen preocupaciones exacerbadas frente a la comida, éstas más que traducirse en riesgo para ellos mismos, son un potenciador del riesgo de los jóvenes que de por sí ya centran su atención en las demandas sociales y están sobrepasando las crisis propias de la búsqueda de identidad que ocurren durante la adolescencia (Cardozo et al., 2011).

A partir del presente estudio es posible concluir que el ejercicio de los padres desempeña un papel importante en la salud mental de la familia, el rol modelador que los padres ejercen en sus hijos permite que se imiten patrones de conducta semejantes, de manera que si los padres presentan algún riesgo de TCA es posible éste se preserve en sus hijos.

Referencias

- Alejo, I., Londoño, C., Cabarcas, K., Arenas, A., Cortés, A., González, S., Mayorga, M., & Medina, M. (2013). Ansiedad, depresión, afrontamiento y TCA como predictores de cirugías plásticas cosméticas. *Suma Psicológica*, 20 (2), 251-261. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2013.1471>
- Alves, D., Arroyo, M., Basabe, N., & Hernández, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (4), 1148-1155. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5829>
- Ángel, L.A., Chavarro, K., García, J., Martínez, L.M. & Vásquez, R. R. (2000). Comportamiento alimentario. Validez y fiabilidad de una encuesta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (1), 29-28. doi: [10.14349/sumapsi2013.1471](http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2013.1471)
- Ángel, L., Gómez, M.T & León, A. (2012). Relación entre las actitudes, comportamiento alimentario e imagen corporal de los padres con las de sus hijos, niños entre los 8 y 11 años en estrato medio en Bogotá. Tesis. Universidad de la Sabana.
- Araya, M. y Atalah, E. (2002). Factores que determinan la selección de alimentos en familias de sectores populares. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300006>
- Austin, S. B., Field, A.E., Gillman, M.W., Haines, H. & Rifas, S. (2010). Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eating Disorders*, 18 (1), 10 - 24. doi: [10.1080/10640260903439516](http://dx.doi.org/10.1080/10640260903439516).
- Avellaneda, S. (2009). *Determinación de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana*. (Tesis) Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Avendaño, C.A., Campo, A.A., Duarte, Z.J. & Forero, L.M. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (1), 23-29. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207590042000065>
- Avendaño, P. G., Castrillón, M. D., Luna, M. I. & Pérez, A. A. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población Colombiana. *Revista Acta de Colombia*, 10 (1), 15-23. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/28172426_Validacin_del_body_shape_questionnaire_(cuestionario_de_la_figura_corporal)_BSQ_p ara_la_poblacin_colombiana
- Bolaños, Ríos, P & Jáuregui, L.I. (2010). Body image and quality of life in a spanish Population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM>
- Bulika, C.M., Hamera, R.M., Hollea, A.V., Reba-Harrelson, L., Reichborn-Kjennerude, T. & Torgersen, L. (2010). Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eating Behaviors*, 11 (1), 54-61. doi: [10.1016/j.eatbeh.2009.09.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.09.004).
- Bulika, C. & Striegel, R. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*. 62 (3), 181-198. doi: [10.1037/0003-066X.62.3.181](http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181)
- Cabarcas, K. & Londoño, C. (2014). Afrontamiento, optimismo/pesimismo, imagen corporal y riesgo de TCA como predictores psicosociales de la aceptación de cirugías plásticas cosméticas. *Psicología y Salud*, 24 (4), 199 - 219. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psycysalud/article/view/925>
- Cano, A., Castaño, J., Corredor, D., García, A., González, M., Lucero, K., Lloreda, O., Ortiz, J., Páez, M., Patiño, L., Pérez, L., Villegas, C., & Zuluaga, A. (2007). Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Inbiomed*, 10 (3), 187-194. Recuperado de: http://www.inbiomed.com/revistas/revista/ver_articulo.php?id_articulo=215-379-1-SM.pdf
- Cardozo, R., Guevara, H., Meertens, L., Narváez, R., Ochoa, O., Ordóñez, M.F., Ortunio, M. & Peña, G. (2011). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer Año de Medicina. *Vitae*, 47, 1-10. doi: [10.1016/S0193-953X\(05\)70218-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70218-5)
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (2002). Body image. A handbook of theory research and clinical practice. Ed. Guilford Press New York - London.
- Castrillón, D., Luna, I., & Aguirre-Acevedo, D. (2007). Validación del Abbreviated Eating Attitudes Test (escala abreviada y modificada de las actitudes alimentarias) EAT-26-M para la población colombiana. En Ferrer, A., Gómez, Y., Evaluación e intervención en niños y adolescentes: investigación y conceptualización, 93-116. Medellín (Colombia): La Carreta Editores.
- Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. *Humanidades Médicas*, 16, 1-22. Recuperado de: <http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf>

- Cruz, V., Inárritu, M.C., & Morán, I. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica de México*, 72 (2), 68-72. doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7689
- Dancygera, I., Fornaria, V., Sciontic, L., Sunday, S., & Wisotsky, W. (2009). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 10(1), 22-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.024>
- Elizathe, L., Murawski, B. y Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Facultad de Psicología – UB.A.* 16: 65-72. Recuperado de: www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a06.pdf
- Erola, A., Toprak, G., & Yazicib, F. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (1), 47-50. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.05.004
- Espelagea, D.E., Hannum, J.W., Lowa, K.D., & Menoa, C.A. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Behaviors*, 9 (1), 91-101. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.06.002
- Espinosa, R., Fandiño, A., Giraldo, S., & Martínez, C. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Revista Colombiana Médica*, 38 (4). Recuperado de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/518/965>
- Fawaz, J. & Soto, P. (2012). Mujer, trabajo y familia. Tensiones, rupturas y continuidades en sectores rurales de Chile central. *La Ventana*, 35 (07), 218 -254. Recuperado de: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventa/venta35/juliafawaz.pdf>
- García, R., Depetris, E. & Rossini, G. (2013). Consumo de alimentos fuera del hogar en Argentina. Relevancia de la composición demográfica y tipología de los hogares. Población y Salud en Mesoamérica. *Revista Electrónica Semestral*, 10 (2). Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>.
- Gempeler, R. J. (2007). La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo – comportamental de los trastornos de la imagen corporal en los TCA: Una reconceptualización. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (3), 451-459. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636305>
- Godart, N., Legleye, S., Huas, C., Coté, S., Choquet, M., Falissard, B., & Touchette, E. (2013). Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents. *Open Journal of Epidemiology*, 3, 53-61. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/ojepi.2013.32009>
- Hernández, L. y Londoño, C. (2013). Percepción de la figura, índice de masa corporal, afrontamiento, depresión y riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29 (3). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>
- Kalarchianb, M., Lilienfeld, L., Marcusb, M. & Ringhamb, R. (2008). A family history study of binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (3), 247-254. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.10.001
- López, C., Molano, J. & Piñeros, S., (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2), 313-328. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60253-5
- Loubat. O.M. (2006). Conductas alimentarias: Un factor de riesgo en la adolescencia, resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 31-37. doi: 10.4067/S0718-48082011000100009
- Ministerio de Protección Social (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Estudio Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de Protección Social (2007). *Encuesta Nacional de Salud Indicadores básicos de salud*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Gender and Mental Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Día Mundial de la salud Mental. Recuperado de: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047&Itemid=325
- Pérez, S. & Romero, G. (2008). Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropológica. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*, 16 (32), 9-32. doi:10.3989/ris.2005.i40.193
- Restrepo, N., Hernández, N., Cardona, L., Arango, D., González, G., Puerta, a., Arias, M.C., Palacio, C., García, J. y Molina, B. (2004). Validación de la escala de involucramiento emocional y criticismo familiar (FEICS) en la población clínica psiquiátrica colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000200002
- Rivarola, M. & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (2), 61-77. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80280205>
- Roberts, M. (2006). Disordered Eating and Obsessive-Compulsive Symptoms in a Sub-clinical Student Population. *New Zealand Journal of Psychology*, 35 (1), 45-54. Recuperado de: <http://www.psychology.org.nz/wp-content/uploads/NZJP-Vol351-2006-6-Roberts.pdf>

(Artículo recibido: 08-09-2015; revisado: 03-02-2016; aceptado: 20-02-2016)