



Original/Otros

Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria

María Rodríguez Lazo¹, Juan Diego Hernández Camacho¹, Patricia Bolaños Ríos¹,
Inmaculada Ruiz-Prieto¹ e Ignacio Jáuregui-Lobera^{1,2}

¹Instituto de Ciencias de la Conducta, Sevilla. ²Área de Nutrición y Bromatología, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla. España.

Resumen

Introducción: los aspectos relacionados con la comida, la figura, el peso y el ejercicio físico, transmitidos de padres a hijos, y los factores socioculturales de índole mediática, como las redes sociales, pueden influir en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Objetivos: analizar la influencia de la alimentación familiar y la percepción de esta sobre la influencia de las redes sociales en el inicio y mantenimiento del TCA.

Método: 30 padres de pacientes con TCA participaron voluntariamente en este estudio cumplimentando una serie de cuestionarios, y recogiendo su peso y talla.

Resultados: se observa una subestimación del peso en casos de sobrepeso (33,33%) y obesidad (25%), ya que ni siquiera se plantean realizar una dieta futura (91,67% y 25%, respectivamente) ($\chi^2 = 11,31$; $p < 0,01$). Destaca un exceso en el consumo de carnes, *snacks* y dulces. Durante el fin de semana hay un incremento en el consumo de kcal y azúcar ($p < 0,01$) y colesterol ($p < 0,05$), disminuyendo la ingesta de fibra, Fe, Zn y Mg ($p < 0,01$). Asimismo, se consume menos agua y pan, aumentando el picoteo ($p < 0,01$) y la frecuencia de aparición de un único plato ($p < 0,05$).

Discusión y conclusiones: los hábitos alimentarios de estos familiares mejoran gracias a la educación nutricional incluida en el tratamiento. Los familiares no perciben adecuadamente el riesgo de las redes sociales en sus hijos, pudiendo contribuir al mantenimiento y a futuras recaídas del TCA.

(Nutr Hosp. 2015;32:1786-1795)

DOI:10.3305/nh.2015.32.4.9635

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Imagen corporal. Alimentación familiar. Redes sociales. Autopercepción del peso.

FAMILY EATING HABITS AND PERCEPTION OF RISK IN EATING DISORDERS

Abstract

Introduction: factors related to food, shape, weight and exercise, transmitted from parents to children, and media sociocultural factors, such as social networks, also influence the development of Eating Disorders (ED).

Objectives: to analyse the influence of family eating habits and the parents perception about the influence of social networks on the development and maintenance of ED.

Method: 30 parents of ED patients participated voluntarily in this study fulfilling a series of questionnaires, as well as reporting their weight and height.

Results: it is observed an underestimation of weight in the case of overweight (33.33%) and obesity (25%) without considering the fact of going on diet in the future ($\chi^2 = 11.31$; $p < 0.01$). It must be noted that it exists an excessive consumption of meats, snacks and sweets. During weekends it is observed an increased intake of calories and sugar ($p < 0.01$) and cholesterol ($p < 0.05$), while the intake of fibre, iron, zinc and magnesium is reduced ($p < 0.01$). In addition, the consumption of water and bread decreases and other habits seem to be more relevant (e.g. snacking, intake of a single dish) ($p < 0.05$).

Discussion and conclusions: eating habits of ED patients' families improve by means of the nutrition education included in the treatment. Relatives do not perceive adequately the risk of the social networks in their children, which might contribute to the maintenance and future relapses of ED.

(Nutr Hosp. 2015;32:1786-1795)

DOI:10.3305/nh.2015.32.4.9635

Key words: Eating disorders. Body image. Family eating habits. Social networks. Weight self-perception.

Correspondencia: Ignacio Jáuregui Lobera.
Fernando IV, 24-26, Sevilla 41011, España.
E-mail: ij@tcsevillla.com

Recibido: 11-VII-2015.

Aceptado: 13-VIII-2015.

Abreviaturas

- AGM: Ácidos Grasos Monoinsaturados.
AGP: Ácidos Grasos Poliinsaturados.
AGS: Ácidos Grasos Saturados.
AN: Anorexia Nerviosa.
BN: Bulimia Nerviosa.
EDI: Eating Disorder Inventory (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria).
EDINE: Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española.
B: subescala de Bulimia del EDI-2.
BD: Body Dissatisfaction (Insatisfacción Corporal), subescala del EDI-2.
DT: Drive for Thinness, subescala del EDI-2.
GHQ: General Health Questionnaire (Cuestionario de Salud General).
CGHQ: síntomas crónicos-GHQ.
CFCA: Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos.
ID: Ingesta Descontrolada, subescala TFEQ-R18-SP.
IE: Ingesta Emocional, subescala TFEQ-R18-SP.
IFBS: Irrational Food Beliefs Scale (Escala de Creencias Irracionales de Alimentos).
IMC: Índice de Masa Corporal (kg/m²).
RC: Restricción Cognitiva, subescala TFEQ-R18-SP.
TA: Trastorno por Atracción.
TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.
TCNE: Trastorno de la Conducta No Especificado.
TFEQ: Three Factor Eating Questionnaire (Cuestionario de los Tres Factores de Alimentación).

Introducción

Existe una marcada influencia del ámbito familiar, donde tiene lugar el aprendizaje y la asimilación de conceptos durante la infancia, en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)¹. Aspectos relacionados con la comida, la figura y el peso se transmiten de padres a hijos, especialmente de madres a hijas^{2,3} siendo factores de riesgo para el desarrollo de TCA: la obesidad en las madres, sus dietas restrictivas, su insistencia para que sus hijas pierdan o controlen su peso, la importancia que conceden a la apariencia y a la figura corporal ideal de la sociedad, sus conductas alimentarias compulsivas y las restricciones alimentarias⁴. En el caso de padres a hijos, la insatisfacción corporal se considera el principal factor de riesgo⁵.

Asimismo, diversos estudios han revelado una estrecha relación entre las experiencias de las madres, el peso de los niños y los conflictos durante las comidas⁶. Es necesario que los padres se esfuercen en crear una atmósfera sosegada durante las comidas⁷. Se ha observado, que mientras la ingesta de frutas y verduras por parte de los progenitores fomenta el consumo en sus hijos, una presión desmedida puede desalentar dicha

ingesta, lo que corrobora la importancia de un contexto adecuado⁸.

Las familias con estructuras inestables y carentes de figuras de autoridad, propician un entorno favorable para la aparición de los TCA. En muchas ocasiones desemboca en una alimentación improvisada fruto del consentimiento y la anarquía en la que se desarrollan dichos hogares⁹.

Es cada vez más frecuente encontrar familias completas que mantienen inadecuados hábitos de alimentación, observándose, además, la desaparición de comidas familiares¹⁰. Sin embargo, los padres y madres de pacientes con TCA presentan mejores estrategias de alimentación que los de hijos sin patologías: preparan más comidas en casa y usan menos comida rápida como comida principal, presentan menos pérdidas de desayunos y almuerzos, menos picoteo y menor frecuencia de sobre-ingesta tras haber perdido alguna comida¹¹.

La recuperación ponderal del paciente no marca el final del tratamiento¹². Dado el riesgo de recaídas, la educación nutricional es fundamental en pacientes y familiares, con el fin de modificar hábitos erróneos hacia patrones más saludables¹⁰.

De la misma manera ocurre con la práctica deportiva. La actitud de los padres activos físicamente influye en los hábitos de sus descendientes¹³.

Otros factores desencadenantes de los TCA son los socioculturales. El medio de comunicación influyente por antonomasia es la publicidad, donde se suele mostrar un estereotipo de la mujer ideal basado en la extrema delgadez que la sociedad persigue para entrar dentro de los cánones establecidos¹⁴. Además, se ha podido observar una asociación entre la exposición a la televisión y mayor interiorización de los ideales de apariencia¹⁵. De manera particular, se ha indicado que la lectura de revistas de moda incrementa la interiorización del ideal de delgadez y la probabilidad de padecer síntomas de TCA¹⁶.

La influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos también ocupa un lugar destacado dentro de la influencia sociocultural. Algunos estudios muestran que las mujeres pueden sentirse presionadas por la simple presencia de otra compañera con la que comparan su figura¹⁷ o bien por la presión directa de amigos y familiares¹⁸. Esta influencia social, que siempre ha existido, se torna hoy más poderosa debido a que pacientes con TCA han encontrado en las redes sociales el lugar propicio para expresarse sin sentirse juzgados, vigilados o ridiculizados, donde encuentran comprensión y admiración de personas que se encuentran transitando el mismo camino. Las redes sociales están actuando, en estos adolescentes, como grupos de autoayuda para seguir transitando el camino de la anorexia y la bulimia¹⁹.

Por lo anterior, los objetivos del presente trabajo fueron analizar:

- a) La influencia de la conducta alimentaria familiar en el inicio y mantenimiento del TCA;

- b) La percepción por parte de la familia de la influencia de las redes sociales en el inicio y mantenimiento del TCA.

Método

El presente estudio es un análisis exploratorio, descriptivo, de contexto clínico y cuya muestra es de conveniencia.

Participantes

Participaron en el estudio un total de 30 padres y madres de pacientes con TCA diagnosticados en función de los criterios del DSM-V²⁰ elegidos de manera intencional no probabilística. El grupo clínico recibía tratamiento en el Instituto de Ciencias de la Conducta de Sevilla, unidad de TCA, donde se llevó a cabo la selección y recogida de datos de la muestra.

De los 30 participantes, 19 eran mujeres (63,3%), y 11 hombres (36,7%), con una edad media de 46,67 ± 4,84. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Instrumentos

Para la evaluación de los participantes se utilizó una batería de cuestionarios conformada por:

1. Entrevista semi-estructurada

Esta entrevista comprendió los siguientes apartados:

1.1. Peso y altura auto-informados

Los participantes indicaron el peso (kg) y la altura (m) que creían tener en ese momento. Con esos datos, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) auto-informado. Se clasificó a los participantes en función del peso en: bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad, según los criterios establecidos por la OMS²¹.

1.2. Peso percibido y forma física percibida

Se evaluó la percepción que los familiares tenían de su peso y forma física. Los participantes indicaban, en primer lugar, si consideraban encontrarse *muy por debajo de su peso, ligeramente por debajo de su peso, más o menos en su peso, ligeramente por encima de su peso o muy por encima del mismo*. Y en segundo lugar, si consideraban que su forma física era *mala, regular, normal, buena o excelente*.

1.3. Historia dietética y hábitos de actividad física

Para conocer la tendencia de los participantes a la realización de dietas, se les preguntó si realizaban algún tipo de dieta en la actualidad (Sí/No), sobre

el motivo de su realización (perder peso, colesterol elevado, alguna enfermedad, intolerancias o alergias, verse mejor, etc.), si dicha dieta había sido por recomendación médica (Sí/No), sobre la procedencia de la dieta (prescrita o auto-impuesta), por el planteamiento de la realización de una dieta futura (Sí/No) así como por el planteamiento de la realización de una dieta para disminuir de peso por razones estéticas (Sí/No).

Por otro lado, para conocer los hábitos de actividad física de los participantes, se les preguntó sobre el tipo de actividad física realizada, los días y horas dedicados a la misma así como por los motivos que les conducían a realizar más o menos actividad.

2. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) basado en las recomendaciones de la pirámide de la alimentación saludable (SENC, 2004)²²

Mediante el CFCA se comprobó el grado de cumplimiento de los participantes con las recomendaciones de la pirámide nutricional de la alimentación saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2004).

3. Recordatorio de 24 horas (3 días)

Para conocer de forma más detallada la ingesta y algunos hábitos de alimentación, los familiares, con la ayuda de una dietista-nutricionista, cumplieron recuentos de 24 horas de tres días (dos días entre semana y un día de fin de semana) detalladamente, incluyendo todo lo que comieron y bebieron a lo largo de cada día, así como las horas de las ingestas. Además anotaron también “otros alimentos o bebidas consumidas a lo largo del día” para evaluar la presencia de picoteo.

Para el análisis de los datos obtenidos se empleó el programa informático online de consulta dietética y confección de dietas “EasyDiet”, con el que fueron analizados el perfil calórico, macro y micronutrientes.

Además, se analizó el número total de ingestas, la regularidad de los horarios, la presencia de picoteo, la ingesta de agua o de otro tipo de bebida así como la ingesta de pan durante las comidas, la estructura de las mismas, y la presencia de postre.

4. Cuestionario de los Tres Factores de Alimentación (TFEQ-R18-SP)²³

Este cuestionario consta de 18 ítems que analizan tres factores de alimentación: restricción cognitiva (RC) ingesta descontrolada (ID) e ingesta emocional (IE).

La consistencia interna del cuestionario se determinó mediante el coeficiente α de Cronbach, con valores que oscilan entre 0,75 y 0,87.

5. Tres subescalas específicas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)²⁴

Este inventario consta de 64 ítems, agrupados en 8 subescalas, utilizándose en este estudio las tres específicamente relacionadas con los TCA: tendencia a la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal.

La consistencia interna de la prueba, y sus subescalas, oscila entre 0,83 y 0,92 en las muestras de pacientes, y entre 0,65 y 0,93 para diferentes muestras no clínicas.

La fiabilidad del test-retest oscila entre 0,41 y 0,97 dependiendo de la muestra.

6. Cuestionario de Creencias Irracionales sobre Alimentación (IFBS)²⁵

El IFBS se empleó para analizar las distorsiones cognitivas, actitudes inapropiadas y creencias sobre los alimentos. La escala consta de 57 ítems, 41 correspondientes a creencias irracionales (CI) y 16 a racionales (CR).

La consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) de la IFBS en su conjunto, de las subescalas irracionales y racionales era 0,86, 0,88 y 0,78, respectivamente.

7. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ)²⁶

El GHQ es una prueba de cribado de trastornos psiquiátricos. Se trata de un cuestionario de 28 ítems, divididos en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Este instrumento es utilizado para detectar problemas de nueva aparición así como problemas crónicos.

Este cuestionario ha demostrado tener una sensibilidad entre 76,90% y 84,60% y una especificidad entre el 82% y el 90,20% en función de los puntos de corte utilizados.

8. Cuestionario sobre Instagram

Este cuestionario *ad hoc* sobre la red social Instagram pretende averiguar, en 20 cuestiones, el conocimiento y conciencia por parte de los familiares de los riesgos que esta red conlleva para sus hijos.

Algunas cuestiones constan de cinco posibles respuestas, en orden decreciente; otras son dicotómicas (Sí/No), incluyendo NS/NC.

Procedimiento

Coincidiendo con las visitas periódicas de los pacientes y sus familiares a la clínica, en tratamiento ambulatorio, se les ofreció a estos últimos participar en este estudio, sin informarles de la finalidad del mismo, para no influir en sus respuestas y sin límite de tiempo en la cumplimentación de los cuestionarios.

El estudio se llevó a cabo en una sala con las condiciones adecuadas de espacio, luminosidad, ruido y de forma individual, para evitar la influencia del cónyuge en la cumplimentación de dichos formularios, y en presencia de una dietista-nutricionista que solventaría sus dudas.

La realización de los cuestionarios tuvo lugar desde el 16 de enero hasta el 16 de marzo de 2015.

Previo al cuestionario de Instagram, se les mostró a los familiares un total de 22 capturas de pantalla de la citada red social, representativas de lo que encontramos en esta red: 9 imágenes sobre cuerpo (40,91%), 7 sobre comida (31,82%) y 6 de textos (27,27%).

Análisis Estadístico

Todos los datos fueron tratados de manera anónima para su evaluación. Se realizaron análisis descriptivos para valorar las características de la muestra. Las diferencias entre variables categóricas se analizaron mediante análisis de proporciones (Chi-cuadrado).

Las diferencias entre las distintas variables se analizaron mediante análisis de varianza (ANOVA), tras haber analizado la normalidad en la distribución de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff. Para todos los análisis se estableció el nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Además, se analizó la diferencia de medias en muestras relacionadas y para aquellas puntuaciones que no seguían una distribución normal se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS. v. 20.0.0.

Resultados

De los 30 padres y madres que participaron en el estudio, el 63,3% eran mujeres y el 36,7% hombres, con una edad media de $46,67 \pm 4,84$ años.

El estado ponderal de los participantes se clasificó según los criterios de la OMS en normopeso (18,5-24,9), sobrepeso (25-29,9) y obesidad (>30). Así, en función del peso y la talla auto-informados, el 46,7% de familiares se encontraba en una situación de normopeso, el 40% de sobrepeso y el 13,3% de obesidad; siendo la media del IMC auto-informado de $25,73 \pm 5,18$. Además, hubo diferencias significativas de género con relación al IMC auto-informado ($\chi^2=5,75$; $p < 0,05$). El 63,16% de las madres se encontraba en

normopeso, el 26,32% en sobrepeso y el 10,53% en obesidad; datos que difieren de los padres, estando el 18,18% en normopeso, el 63,64% en sobrepeso y el 18,18% en obesidad.

Autopercepción del estado ponderal y forma física

Se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 30,67$; $p < 0,001$) en cuanto a la relación del estado ponderal auto-informado y la autopercepción del mismo. Un alto porcentaje de familiares con sobrepeso y obesidad subestimaban su peso (33% y 25% respectivamente). En cuanto a la autopercepción de la forma física de los participantes se observó una distorsión de la realidad ($p < 0,05$). El 50% de familiares con sobrepeso y el 50% de familiares con obesidad sobreestimaban su forma física, considerándola “normal” o “buena” (Tabla I).

Realización de dieta y actividad física

El 100% de los encuestados aseguraba no realizar dieta en el momento del estudio. Sin embargo, se encontró una relación significativa ($\chi^2 = 11,31$; $p < 0,01$) entre los participantes que se planteaban realizarla en un futuro y el IMC de los mismos.

De aquellos familiares en normopeso, el 7,14% se planteaba realizar dieta a corto plazo. De los participantes que se encontraban en sobrepeso solo el 8,33% se planteaba la realización de una dieta futura y el 25% de familiares con obesidad ni siquiera se lo planteaba.

Sin embargo, el 46,7% asegura haberse planteado realizar una dieta para disminuir de peso por razones estéticas, observándose cierta tendencia en las mujeres (52,63%) más que en los hombres (36,36%) a este planteamiento.

Con respecto a la actividad física, el 46,7% de los familiares refería realizarla. El número medio de días que indicaron realizar actividad física a la semana era de $1,63 \pm 2,03$ y el número de horas que dedicaban a la misma $2,33 \pm 4,09$. La actividad que decía realizar la mayoría era andar (20%). En comparación con el

46,7% de familiares que refería realizar actividad física, más de la mitad, el 53,3%, decía no hacer nada, aunque al 70% de estos últimos, le gustaría realizar más actividad. Entre los motivos de no aumentar actividad, el mayoritario (36,7%) era el tratamiento del hijo.

Frecuencia de consumo de alimentos

La mayoría de familiares cumplía con las recomendaciones de fruta, patata, pasta y arroz, legumbres, huevos y agua. Consumían en exceso carnes, snacks, dulces, embutidos, quesos curados y fritos. Destaca el defecto en el consumo de lácteos, cereales, frutos secos, pescado y verduras (Fig. 1).

Análisis cuantitativo y cualitativo de la dieta.

Se observó que el contenido calórico medio de los familiares fue de $2257,67 \pm 579,51$ kcal/día entre semana, incrementándose durante el fin de semana significativamente a $2507,95 \pm 739,51$ Kcal/día ($p < 0,01$). Se incrementaba durante el fin de semana de manera significativa ($p < 0,05$) el consumo de colesterol. La cantidad de azúcar sufrió un cambio significativo el fin de semana ($p < 0,01$), aumentando considerablemente. Al contrario ocurre con la fibra, cuyo consumo medio entre semana disminuía con respecto al fin de semana ($p < 0,001$). Con respecto a los micronutrientes, se analizó el porcentaje de ajuste a la recomendación establecida. Se encontró una disminución significativa en el consumo de Fe ($p < 0,001$) entre semana y el fin de semana. También disminuyó significativamente el consumo de zinc ($p < 0,01$) entre semana y el fin de semana así como el de magnesio ($p < 0,01$) (Tabla II).

Los hombres consumieron más Fe que las mujeres tanto entre semana (158,37% vs 81,38%) como los fines de semana (151,85% vs 75,77%) ($p < 0,01$). Por contra, las mujeres consumieron entre semana más Zn (108,47% vs 80,86%; $p < 0,05$), Mg (103,38% vs 75,54%; $p < 0,05$), Vitamina A (155,44% vs 101,68%; $p < 0,01$) y vitamina C (240,36% vs 169,14%; $p < 0,01$).

Tabla I
Autopercepción del peso corporal y la forma física de los participantes con relación al IMC auto-informado (% del total de cada grupo)

IMC autoinformado	Autopercepción del peso			Autopercepción forma física			
	Subestimación	Autopercepción adecuada	Sobreestimación	Mala	Regular	Normal	Buena
Normopeso: 18.5-24.9	7,14%	78,57%	14,29%	0%	14,29%	57,14%	28,57%
Sobrepeso: 25-29.9	33,33%	66,67%	0%	0%	50%	16,67%	33,33%
Obesidad: >30	25%	75%	0%	25%	25%	25%	25%
	$\chi^2 = 30,67$; $p < 0,001$			$\chi^2 = 12,43$; $p < 0,05$			

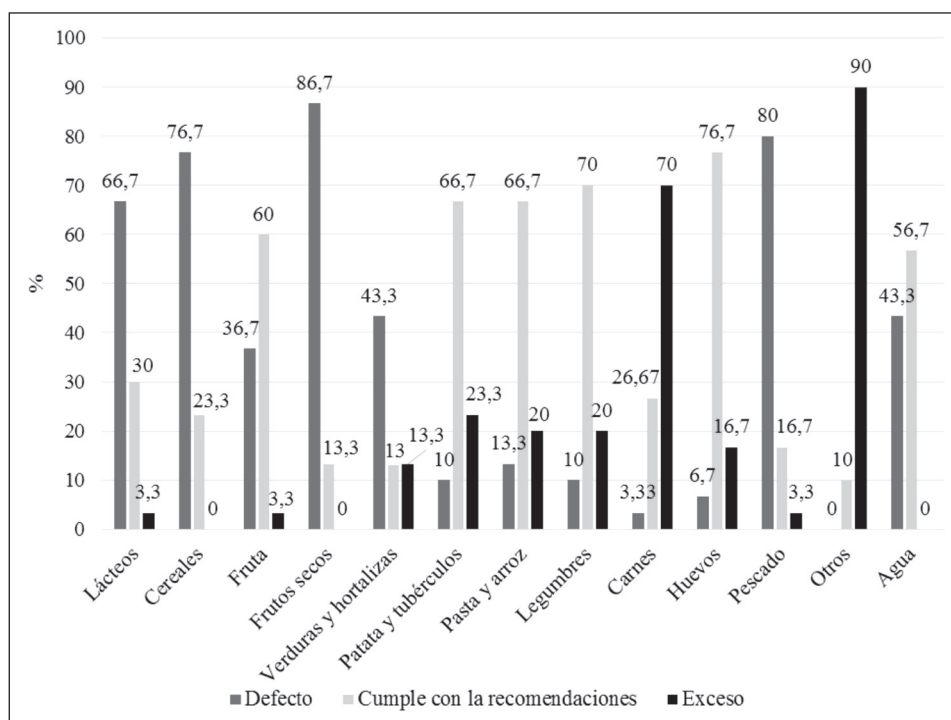


Fig. 1.—Grado de cumplimiento de las recomendaciones de la SENC.

Tabla II
Perfil calórico y de micronutrientes de la dieta. Diferencias entre un día laborable y el fin de semana

	Entre semana	Fin de semana
Energía (Kcal)	2257,67 ± 579,51	2507,95 ± 739,51**
Hidratos de carbono (%)	30,62% - 45,28%	28,19% - 46,59%
Proteínas (%)	14,79% - 22,17%	10,54% - 19,06%
Lípidos (%)	36,68% - 47,5%	36,07% - 47,27%
AGS (%)	9,85% - 15,43%	10,68% - 16,84%
AGP (%)	3,98% - 9,38%	4,15% - 10,99%
AGM (%)	15,38% - 22,22%	12,65% - 20,91%
Colesterol (mg)	367,73 ± 169,69	387,39 ± 204,65*
Fibra (g)	22,72 ± 7,24	16,69 ± 5,07**
Azúcar (g)	95,37 ± 41,64	103,47 ± 46,76**
Ca (%)	55,08% - 111,2%	50,11% - 110,69%
Fe (%)	56,24% - 162,98%	43,98% - 163,34%**
Zn (%)	63,76% - 132,94%	62,23% - 128,59%**
Vit D (%)	-14,22% - 136,68%	-7,92% - 76,98%
Vit B12 (%)	109,41% - 295,75%	87,67% - 560,95%
Vit B9 (%)	61,34% - 124,22%	39,2% - 94,1%
Mg (%)	58,08% - 128,28%	57,51% - 105,75%**
Vit A (%)	83,99% - 187,47%	60,24% - 159,98%
Vit E (%)	45,48% - 116,62%	20,12% - 187,22%
Vit C (%)	123,52% - 304,94%	36,37% - 289,13%

*p < 0.05 **p < 0.01

0,05) que los hombres; también los fines de semana: Zn = 107,3% vs 74,86% ($p < 0,01$); Mg = 88,96% vs 68,95 % ($p < 0,05$); Vit A = 123,39% vs 87,16% ($p < 0,05$) ; Vit C = 194,23% vs 108,38% ($p < 0,05$).

También se analizaron otros hábitos durante las comidas. En cuanto al consumo de otro tipo de bebidas que no fuera agua, el 90% de los familiares bebía 0-1 refresco al día, consumiendo el 10% restante una mayor cantidad diaria (2-3). Todos los familiares se incluían tomaron 0-1 batido al día. El 73,3% bebió 0-1 cerveza o vino al día, el 20% 2-3 y el 6,7% 4-5 cervezas o vinos diarios. Ninguno de los participantes refería consumir bebidas alcohólicas de alta graduación a diario. Además, se analizaron diferencias de hábitos alimentarios entre un día laborable y el fin de semana (Fig. 2).

Hubo diferencias significativas de género ($p < 0,01$) en el número de comidas diarias entre semana (mujeres = $4,26 \pm 0,73$; hombres = $3,36 \pm 0,67$).

Variables psicológicas

En los tres factores de alimentación analizados en el TFEQ, se observó una tendencia en las mujeres a obtener mayores puntuaciones que los hombres en las subescalas RC e ID. Hubo diferencias significativas de género ($p < 0,05$) en la subescala IE, obteniendo las mujeres una mayor puntuación que los hombres. Además, se observó un aumento en la puntuación de la subescala ID a medida que se veía incrementado el IMC de los participantes.

En cuanto al inventario EDI, se encontró una tendencia en las mujeres a mayores puntuaciones en las subescalas B y BD que los hombres. Se encontraron diferencias significativas de género en la subescala DT, puntuando de nuevo las mujeres más alto que los hombres. Hubo además una relación significativa ($p < 0,01$) entre la puntuación DT del EDI y el IMC de los familiares, aumentando las puntuaciones considerablemente a medida que lo hacía el IMC.

En referencia al IFBS, se observó una tendencia en las mujeres a puntuar más alto que los hombres en el caso de las creencias racionales, y viceversa en el caso de creencias irracionales. Se observó que cuanto mayor es el IMC más alto puntuaron en creencias irracionales.

En el GHQ puntuaron más alto las mujeres que los hombres obteniéndose diferencias significativas de género en GHQ severidad ($p < 0,05$) (Tabla III).

Redes sociales (Instagram)

En lo concerniente al cuestionario sobre las redes sociales (Instagram) no se encontraron diferencias significativas en las respuestas en función del género y el IMC. La homogeneidad de los datos reflejó el elevado desconocimiento por parte de los padres, que no supieron qué responder con respecto a la realización de “cheat meal” y de body checking de los hijos así como al tipo de publicaciones que éstos realizaban en redes sociales (comida, su cuerpo semidesnudo, etc).

Discusión

En primer lugar, los resultados obtenidos en los cuestionarios de autopercepción del peso y forma física confirman que una discordancia entre el estado ponderal auto-informado y la autopercepción del mismo, en el caso de personas con sobrepeso y obesidad que subestiman su peso, supone una escasa motivación para perder peso y adoptar conductas saludables. Al no ser conscientes de su peso, tendrían una menor adherencia a la dieta²⁷.

En cuanto a la autopercepción de la forma física, hubo familiares con sobrepeso y obesidad que la sobrestimaban percibiéndola como buena a pesar de la sobrecarga ponderal (33,33% y 25% respectivamente). Como se ha visto en un estudio realizado con adolescentes, este factor podría contribuir a que estas per-

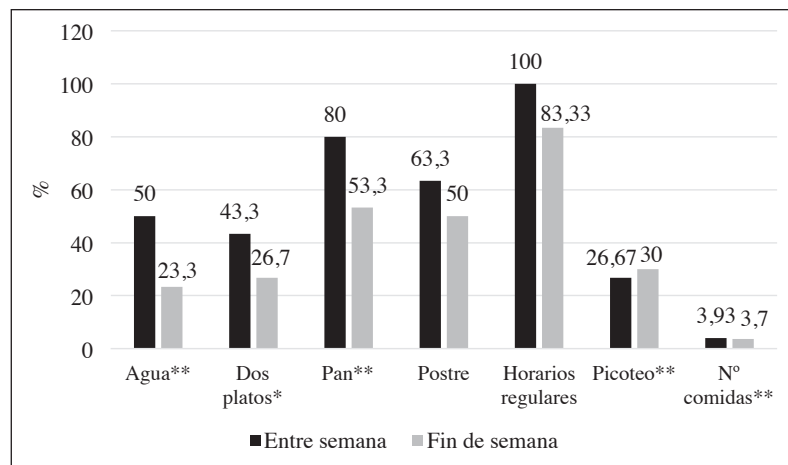


Fig. 2.—Diferencias de hábitos alimentarios entre un día laborable y el fin de semana. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Tabla III
Puntuaciones medias de cada variable psicológica según el sexo y el estado ponderal (IMC)

Cuestionarios	Sexo		P	Estado ponderal (IMC)			P
	Mujer	Hombre		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	
TFEQ							
RC	10,21±4,32	8,45±1,86	NS	9,79±4,42	9,33±3,28	9,50±2,38	NS
ID	13,68±5,12	13,45±2,81	NS	12,93±5,62	13,83±2,69	15,25±3,78	NS
IE	5,16±2,69	3,18±0,60	*	4,36±2,62	4,33±2,19	5,00±2,45	NS
EDI							
DT	1,68±3,76	0,82±1,25	**	0,29±0,61	1,33±2,43	5,25±6,55	**
B	0,21±0,42	0,00±0,00	NS	0,07±0,27	0,08±0,29	0,50±0,58	NS
BD	3,84±6,34	1,09±1,37	NS	2,14±2,18	2,75±5,86	5,50±10,34	NS
IFBS							
CR	49,89±4,82	46,55±4,01	NS	48,93±3,79	47,92±5,40	50,00±6,68	NS
CI	72,79±15,76	77,55±16,66	NS	70,64±17,66	76,75±14,42	81,50±14,11	NS
GHQ							
GHQ severidad	8,05±6,43	3,55±3,45	*	8,64±7,05	4,33±4,08	4,75±3,86	NS
GHQ cronicidad	17,63±5,08	14,55±4,23	NS	17,36±6,34	15,33±3,65	17,00±2,00	NS

*p < 0,05 **p < 0,01

sonas no hagan esfuerzos por aumentar la actividad física ni estén motivadas para ello, ya que consideran que su forma física es adecuada²⁸. Asimismo, no hubo diferencias significativas de género en cuanto a la autopercepción de la forma física de los participantes, lo que contrasta con los resultados obtenidos en el citado estudio donde los chicos tendían a sobreestimar su forma física en mayor medida que las chicas.

Las puntuaciones medias obtenidas en los cuestionarios psicológicos revelaron la inexistencia de psicopatología en los participantes, por lo que se puede concluir que no existe ninguna alteración mental en los familiares que influya en su autopercepción. Sin embargo, el resultado del GHQ en la medición de severidad (GHQ) fue de $6,40 \pm 5,89$, aproximándose al punto de corte establecido (≥ 7), superándolo las mujeres (8,05). Además, se obtuvo una puntuación más alta en la medida de cronicidad ($16,50 \pm 4,95$), superándose también el punto de corte. Por tanto, los familiares de pacientes presentaban un elevado índice de sufrimiento psicológico, lo que podría deberse al estrés que genera la enfermedad y el tratamiento del hijo²⁹.

Ninguno de los participantes dijo realizar dieta en el momento del estudio, ni siquiera los participantes que se encontraban en sobrepeso u obesidad, datos que coinciden con un estudio previo al respecto donde el 70,70% de los participantes que se encontraban en sobrepeso u obesidad no realizaban dieta en el momento del estudio, lo que sugiere una baja conciencia de enfermedad y baja motivación para emprender estrategias saludables de control del peso corporal.³⁰

Además, de los participantes que se encontraban en sobrepeso, el 91,67% no se planteaba la realización de una dieta futura, y de aquellos con obesidad, tampoco lo hacía un 25%, datos que contrastan bastante con los resultados obtenidos en el estudio citado anteriormente, donde el 95% de jóvenes que consideraba su peso como ligeramente o muy por encima del adecuado, sí se planteaba realizar dieta en el futuro³⁰.

Sin embargo, el 46,7%, aseguró haberse planteado realizar una dieta para disminuir de peso por razones estéticas. Esto coincide con el estudio recientemente mencionado donde casi tres cuartas partes de los participantes (71,60%) se planteaba realizar dieta temporalmente por razones estéticas. Además, el 62,40% de los que se planteaban la realización de dieta por razón estética eran mujeres³⁰, lo que coincide con el presente estudio, donde se observó cierta tendencia en la mujer más que en el hombre al planteamiento de la realización de dietas por razones meramente estéticas (52,63% vs 36,36%).

Con respecto a la actividad física, el 53,3% negó realizarla y del 46,7% que sí decía practicarla, la mitad caminaba como única actividad. Si se compara con los hábitos deportivos de la población española, donde el 63% no practica ningún deporte³¹, se extrae que los familiares de pacientes con TCA son un mejor ejemplo para sus hijos que los familiares de hijos sin sintomatología.

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos, la evidencia demuestra una preferencia en los familiares de pacientes con TCA por carnes, embutidos y dulces

en detrimento de cereales, lácteos, frutas y verduras³². En el estudio actual sigue observándose un exceso de carnes y sus derivados así como snacks y dulces y un defecto acusado de lácteos, cereales y verdura, pero el consumo de frutas fue adecuado. Se obtuvo, además, un bajo consumo de frutos secos, pescado, e incluso agua.

Si se comparan los datos de la población española según la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (EDINE)³³, del año 2011, con los participantes del presente estudio se observa que los lácteos, la verdura y cereales que se ven aumentados en la población en general, se encuentran entre los alimentos menos consumidos por los familiares de pacientes. Sí coinciden en que un alto porcentaje consume refrescos y alcohol a diario. Además, la EDINE señala que las mujeres tienen hábitos más saludables que los hombres (consumen más verdura, menos carne, más lácteos y menos bollería aunque con más regularidad). Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con esta evidencia puesto que las CR fueron más elevadas en las mujeres mientras que las CI lo fueron en los hombres, lo que coincide también con otros estudios realizados²⁵.

Análisis cuantitativo y cualitativo de la dieta

Los familiares de pacientes con TCA en tratamiento tienen hábitos alimentarios similares a los de la población en general (dietas hiperproteicas, hiperlipídicas y bajas en hidratos de carbono)³⁴.

La ingesta energética media española es de 2482 Kcal por persona y día, similar a la energía consumida por la población estudiada. El consumo de azúcar y de colesterol sobrepasa las recomendaciones y el de fibra es deficitario. El consumo de Ácidos Grasos Saturados (AGS) de la población española supera el de las recomendaciones, mientras que el de Ácidos Grasos Monoinsaturados (AGM) y Ácidos Grasos Poliinsaturados (AGP) está en el rango recomendado, coincidiendo con los resultados obtenidos en el actual estudio³³.

En otro estudio realizado con familiares de pacientes con TCA, destaca la baja ingesta de calcio, magnesio, zinc, ácido fólico y vitamina D, la mayoría de ellos micronutrientes importantes para una correcta mineralización ósea y dentaria³². En el estudio actual se corrobora el escaso consumo de los mismos. Además, la ingesta de calcio, magnesio y ácido fólico era aún más baja durante el fin de semana.

Además, la mayoría de padres aseguraba comer lo mismo que los hijos, pero esto solo fue cierto en almuerzo y cena. Por tanto, se deduce que los hábitos alimentarios de la familia no son un buen modelo para sus hijos con TCA, aunque sí son mejores modelos alimentarios en comparación con las familias con hijos sin esta patología¹¹, lo que confirma el importante papel que tiene la figura del dietista-nutricionista en el tratamiento interdisciplinar de pacientes con TCA, ejerciendo la educación nutricional no solo en los pacientes sino también en sus familias¹⁰.

En estudios de seguimiento entre 6 meses y 6 años se ha observado un porcentaje de recaídas acusado (30-50%)³⁵, que aumenta cuando los pacientes salen del ambiente terapéutico y los familiares abandonan las pautas del tratamiento¹². Uno de los factores que podría contribuir a la recaída, además de la progresiva indiferencia de los padres, sería la influencia que ejercen las redes sociales (como es Instagram), pues hoy en día actúan como grupos de autoayuda entre los pacientes¹⁹. Y es en este punto donde los padres no perciben el riesgo y, por tanto, no actúan.

Algunas de las limitaciones del presente estudio son la pequeña muestra estudiada, sobre todo de hombres, la disponibilidad de datos auto-informados en lugar de reales y además, no haberse analizado diferencias por grupos de diagnóstico (AN, B, TCNE, TA) ni por tiempo de tratamiento.

Conclusión

Aunque los hábitos alimentarios de la familia no son un buen modelo para sus hijos con TCA, sí son mejores modelos alimentarios en comparación con una población de familias con hijos sin esta patología, siendo esencial la figura del dietista-nutricionista en el tratamiento interdisciplinar de pacientes con TCA, realizando educación nutricional dirigida tanto a pacientes como a sus familias. Además, debido al elevado desconocimiento por parte de los padres del manejo que sus hijos realizan de las redes sociales, sería necesario informarles de la influencia y el riesgo que dichas redes sociales supone para sus hijos, pudiendo formar grupos pro-anorexia/bulimia que contribuyan al inicio, mantenimiento y/o recaída del TCA.

Referencias

1. Twamley EM, Davis MC. The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal attributes and family environment. *J Soc Clin Psychol*. 1999;18:467-489.
2. Gonçalves S, Silva M, Gomes AR, Machado PP. Disordered eating among preadolescent boys and girls: the Relationship with child and maternal variables. *Nutrients*. 2012;4:273-285.
3. Francis LA, Birch LL. Maternal Influences on Daughters' Restrained Eating Behavior. *Health Psychol*. 2005;24:548-554.
4. Bauer KW, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Mother-reported parental weight talk and adolescent girls' emotional health, weight control attempts, and disordered eating behaviors. *J Eat Disord*. 2013;1:45.
5. Rodríguez-Ruiz S, Díaz S, Ortega-Roldán B, Mata JL, Delgado R, Fernández-Santaella MC. La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Annuary of Clinical and Health Psychology*. 2013;9:21-23.
6. Silva-Gutiérrez C, Sánchez-Sosa JJ. Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Mex Psicol*. 2006;23:173-183.
7. Jáuregui I, Bolaños P. Parenting styles and eating disorders. *J Psychiatr Ment Hlt*. 2011;18:728-735.

8. Orlet J. *et al.* Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc.* 2002;102:58-64.
9. Mateos-Agut M. *et al.* Family structure and eating behavior disorders. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42:267-80.
10. Bolaños P. La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastor conducta aliment.* 2009;10:1069-1086.
11. Jáuregui-Lobera I, Ruiz-Prieto I, Bolaños-Ríos P, Garrido-Casals O. Food choices coping strategies of eating disorder patients' parents; what happens when both mother and father work? (2013). *Nutr Hosp.* 2013;28:2188-2193.
12. Almeda B. Tratamiento dietético-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: proceso de progresiva autonomía en el diseño de la dieta adecuada. *Trastor conducta aliment.* 2012;15:1691-1708.
13. Moore LL, Lombardi DA, White MJ, Campbell JL, Oliveria SA *et al.* Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *J Pediatr.* 1991;118:215-9.
14. Becker A, Hamburg P. Culture, the media and eating disorders. *Harvard Rev Psychiat.* 1996;4:163-170.
15. Clark L, Tiggemann M. Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: a prospective study. *Dev Psychol.* 2008;44:1124-1134.
16. Tiggemann M. Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same. *Eur Eat Disord Rev.* 2003;11:418-430.
17. Wasilenko KA, Kulik JA, Wanic RA. Effects of social comparisons with peer son women's body satisfaction and exercise behavior. *Int J Eat Disorder.* 2007;40:740-745.
18. Wilksch, S.M., Tiggemann, M. y Wade, T.D. Impact of interactive school-based media literacy lesson for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *Int J Eat Disorder.* 2006;39:385-393.
19. Deniri ME, Vivero VMA. Adolescencia, anorexia nerviosa y redes sociales. Disponible en: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final053.pdf> consultado el 11 de mayo de 2015.
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
21. World Health Organization (WHO). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series 894; WHO: Geneva, Switzerland, 2000.
22. Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de Alimentación Saludable. Barcelona: SENC; 2004.
23. Jáuregui-Lobera I, García-Cruz P, Carbonero-Carreño R, Magallares A, Ruiz-Prieto I. Psychometric properties of Spanish version of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (Tfeq-Sp) and its relationship with some eating - and body image - related variables. *Nutrients.* 2014;6:5619-5635.
24. Garner, D.M. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria -2. Madrid: TEA Ediciones S.A;1998.
25. Jáuregui I, Bolaños P. Spanish version of the irrational food beliefs scale. *Nutr Hosp.* 2010;25:852-859.
26. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the GeneraHealth Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychol. Med.* 1986;16:135-40.
27. Pasch KE, Klein EG, Laska MN, Velazquez CE, Moe SG, Lytle LA. Weight misperception and health risk behaviors among early adolescents. *Am J Health Behav.* 2011;35:797-806.
28. Jáuregui I, Ezquerro M, Carbonero R, Ruiz I. Weight Misperception, Self-Reported Physical Fitness, Dieting and Some Psychological Variables as Risk Factors for Eating Disorders. *Nutrients.* 2013;5:4486-4502.
29. Jáuregui I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastor conducta aliment.* 2005;2:158-198.
30. Ruiz-Prieto I, Carbonero-Carreño R, Jáuregui-Lobera I. Auto-percepción del estado ponderal y la forma física y su relación con el nivel de actividad física realizado, conductas alimentarias y bienestar psicosocial. *Nutr Hosp.* 2015;31:203-216.
31. García M. Twenty-five years of analysis of the Spanish population sportive behaviour (1980-2005). *Rev Int Sociol.* 2006;64:15-38.
32. Ruiz-Prieto I. Food choice of relatives of eating disorder patients. *Trastor conducta aliment.* 2011;13:1384-1415.
33. AESAN. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española. 2011. Disponible en: http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Presentacion_ENIDE.pdf Consultado el 8 de mayo de 2015.
34. Ruiz-Prieto I, Bolaños-Ríos P, Jáuregui-Lobera I. Diet choice in weight-restored patients with eating disorders; progressive autonomy process by nutritional education. *Nutr Hosp.* 2013;28:1725-1731.
35. Hsu LK, Sobkiewicz TA. Bulimia nervosa: a four- to six-year follow-up study. *Psychol Med.* 1989;19:1035-1038.