



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Caracterización de los estilos parentales percibidos y el riesgo de trastornos de la
conducta alimentaria en adolescentes del Oriente antioqueño**

Manuela Leon Montoya

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesora

Diana Cristina Buitrago Duque, Mg. en Salud Mental

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

El Carmen de Viboral Antioquia, Colombia

2026



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita

(León Montoya, M., 2026)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

León Montoya, M., (2026). *Caracterización de los estilos parentales percibidos y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del oriente antioqueño* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, El Carmen de Viboral, Colombia.



Biblioteca Campus El Carmen de Viboral

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract	9
Planteamiento del Problema	10
Justificación	13
Objetivos	15
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
Marco Teórico	16
Adolescencia	16
Estilos parentales	17
Estilos parentales asociados a los TCA	18
Trastornos de la conducta alimentaria	20
Antecedentes	21
Metodología	27
Población y Muestra	27
Plan de análisis	28
Consideraciones éticas	28
Criterios de inclusión	29

Criterios de exclusión.....	30
Variables	30
Hipótesis.....	30
Hipótesis de investigación (H1): Existe una asociación entre los estilos parentales percibidos por los adolescentes y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.	31
Hipótesis nula (H0): No existe una asociación entre los estilos parentales percibidos por los adolescentes y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.	31
Hipótesis específicas	31
Instrumentos	33
<i>Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel (EAT-26)</i>	33
<i>Cuestionario sociodemográfico y caracterización familiar con énfasis en estilos parentales.....</i>	33
Procedimientos:	35
Resultados	37
Información sociodemográfica.....	37
Prácticas parentales percibidas por los adolescentes del Oriente antioqueño participantes del estudio.	42
Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes evaluados mediante el EAT-26.	45

Prácticas parentales y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.....	48
Discusión.....	54
Conclusiones.....	60
Limitaciones	62
Recomendaciones.....	63
Referencias	64
Anexos.....	71

Lista de tablas

Tabla 1 Resultados de la prueba Chi-cuadrado para la asociación entre estilo parental y riesgo de TCA.....	49
Tabla 2 Distribución del riesgo de desarrollar TCA según el estilo parental percibido.....	50
Tabla 3 Resultados de la prueba Chi-cuadrado para la asociación entre edad y riesgo de TCA	51

Lista de figuras

Figura 1 Distribución de los participantes según la edad	37
Figura 2 Distribución de los participantes según el género.....	38
Figura 3 Distribución de los participantes según escolaridad	39
Figura 4 Distribución de los participantes según cuidador principal	40
Figura 5 Distribución de los participantes según cuidador principal y género	41
Figura 6 Distribución de los participantes según cuidador principal y escolaridad	42
Figura 7 Distribución de los participantes según estilo parental percibido.....	43
Figura 8 Distribución de los participantes según estilo parental y cuidador principal.....	44
Figura 9 Distribución de los participantes según estilo parental percibido y género	45
Figura 10 Clasificación de los participantes según riesgo de TCA.....	46
Figura 11 Clasificación de los participantes según riesgo de TCA y edad	46
Figura 12 Clasificación de los participantes según riesgo de TCA y escolaridad.....	48
Figura 13 Clasificación de los participantes según riesgo de TCA y género.....	52
Figura 14 Clasificación de los participantes según riesgo de TCA y cuidador principal....	53

Abreviaturas

AN	Anorexia nerviosa
BN	Bulimia nerviosa
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EP	Estilos parentales
TA	Trastorno por atracón
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la asociación entre los estilos parentales y los niveles de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del Oriente Antioqueño. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen una problemática de salud pública que afecta principalmente a la población adolescente y se relacionan con alteraciones en la conducta alimentaria y la imagen corporal. Se realizó un estudio cuantitativo de diseño no experimental y alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 214 adolescentes escolarizados entre los 9 y 17 años, seleccionados por conveniencia en una institución educativa del municipio de El Carmen de Viboral. Se aplicó el Eating Attitudes Test (EAT-26) para evaluar el riesgo de TCA y un cuestionario sociodemográfico para caracterizar las prácticas parentales percibidas. Los resultados evidenciaron predominio del estilo parental democrático y una mayor proporción de adolescentes sin riesgo de TCA. Se encontró una asociación significativa entre el estilo parental y el riesgo de TCA, siendo el estilo democrático un posible factor protector. No se hallaron asociaciones significativas con el género ni con el cuidador principal.

Se concluye que los estilos parentales pueden influir en el riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo en la adolescencia, resaltando la importancia de fortalecer estrategias de prevención en el ámbito familiar y escolar.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, estilos parentales, adolescencia.

Abstract

The objective of this study was to analyze the association between parenting styles and the risk of developing eating disorders among adolescents in the Eastern Antioquia region. Eating disorders constitute a public health problem that primarily affects the adolescent population and is associated with disturbances in eating behavior and body image. A quantitative study with a non-experimental design and correlational scope was conducted. The sample consisted of 214 school-aged adolescents between the ages of 9 and 17, selected by convenience from an educational institution in the municipality of El Carmen de Viboral. The Eating Attitudes Test (EAT-26) was administered to assess the risk of eating disorder, and a sociodemographic questionnaire was used to characterize perceived parenting practices. The results showed a predominance of the democratic parenting style and a higher proportion of adolescents at no risk for EDs. A significant association was found between parenting style and the risk of EDs, with the democratic style acting as a possible protective factor. No significant associations were found with gender or with the primary caregiver.

It is concluded that parenting styles may influence the risk of developing risky eating behaviors in adolescence, highlighting the importance of strengthening prevention strategies in family and school settings.

Keywords: eating disorders, parenting styles, adolescence.

Planteamiento del Problema

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) representan un problema de salud pública en aumento, especialmente en adolescentes, debido a su impacto en el bienestar físico y psicológico (Duarte & Mendieta, 2019). Estos trastornos se caracterizan por patrones inadecuados y desadaptativos en la alimentación acompañados de una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, lo que puede derivar en conductas como la restricción extrema de alimentos, atracones o purgas. Entre los TCA más comunes se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. La prevalencia de la anorexia nerviosa es del 1.4% en mujeres y del 0.2% en hombres; la bulimia nerviosa afecta al 1.9% de las mujeres y al 0.6% de los hombres; mientras que el trastorno por atracón presenta una prevalencia del 2.8% en mujeres frente al 1% en hombres (Galmiche et al., 2019), esto no solo impacta en el crecimiento biológico, psicológico y social de los jóvenes, sino que también puede desencadenar graves problemas médicos e incluso el fallecimiento. En Medellín, el índice de mortalidad relacionado con los TCA llega al 25%, lo que la convierte en la ciudad con la mayor prevalencia de estos trastornos en el país según lo reportado por Gempeler (2019, como se citó en Semillero Psicología Clínica y Salud Mental, 2023).

El desarrollo de los TCA está influenciado por el entorno familiar por lo cual los estilos parentales pueden desempeñar un papel fundamental en su aparición y mantenimiento, en este sentido, los estilos parentales (EP) son patrones de comportamiento que los padres utilizan para educar, influir y guiar a sus hijos en su desarrollo social.

Los EP pueden clasificarse en diferentes categorías según el grado de exigencia y apoyo emocional que ofrecen, entre ellos se encuentran el autoritario, negligente, permisivo y democrático, también conocido como autoritativo. Este estudio se enfocará principalmente en los tres primeros, ya que se han asociado con un mayor riesgo de insatisfacción corporal, baja autoestima y problemas emocionales.

El estilo autoritario se caracteriza por un control excesivo, comunicación limitada, altas exigencias y escaso reconocimiento emocional. El estilo negligente, por su parte, refleja una baja implicación afectiva y poca supervisión. En contraste, el estilo permisivo se distingue por ofrecer alta afectividad y comunicación con los hijos, pero con poca exigencia o ausencia de normas. Finalmente, el estilo democrático se considera protector, ya que equilibra altos niveles de afecto y comunicación con límites adecuados que respetan las necesidades emocionales del hijo (Losada et al., 2020). En este sentido, aunque no se explicita directamente en los textos se infiere en los resultados que la ausencia de apoyo emocional, las exigencias excesivas, la falta de límites y la invalidación de emociones pueden potenciar factores de riesgo que predisponen al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Pérez y Rodríguez, 2023), (Escamilla et al., 2024), (Losada et al., 2020)

Sin embargo, a pesar de la problemática de los TCA, se evidencia que mayormente los estudios de TCA en relación con los EP han sido enfocados en población universitaria. Por lo tanto, es fundamental investigar esta relación en adolescentes, ya que es una etapa crítica para su desarrollo, puesto que durante esta etapa del desarrollo se configuran aspectos clave de la identidad personal y de la percepción corporal. En este sentido, es

esencial estudiar la influencia del EP en el desarrollo de TCA, considerando que los adolescentes son especialmente sensibles a la presión parental.

Debido a la escasez de estudios sobre la influencia de los estilos parentales en adolescentes, es fundamental examinar cómo estos estilos pueden impactar en el riesgo de desarrollar TCA. Esta investigación pretende generar conocimiento que contribuya a la identificación de EP que puedan influir en la aparición de estos trastornos, proporcionando herramientas para fortalecer las estrategias de prevención temprana orientadas a reducir la vulnerabilidad y promover un entorno familiar más protector y saludable en los adolescentes.

En este sentido, la presente investigación surge en el marco del desarrollo de prácticas profesionales dentro de una institución educativa del Oriente antioqueño, lo cual facilitó el acceso directo a la población adolescente objeto de estudio. Asimismo, durante el proceso de atención individual a estudiantes, se identificaron diversas problemáticas relacionadas con la alimentación, tales como preocupaciones excesivas por el peso, conductas restrictivas y patrones inadecuados de ingesta. Estas observaciones evidenciaron la pertinencia de abordar esta problemática desde un enfoque investigativo, permitiendo no solo profundizar en la comprensión del fenómeno, sino también aportar a la detección temprana de factores de riesgo en este contexto específico.

Para esto, en este trabajo se responderá la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre los estilos parentales y el riesgo de desarrollar TCA en los adolescentes del Oriente antioqueño?

Justificación

Debido a la creciente prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria a nivel mundial, diversos estudios han identificado estos trastornos como una problemática de salud pública. Esta situación ha generado un interés creciente por comprender los factores que influyen en su aparición, entre ellos los estilos parentales.

En este contexto, este estudio surge a partir del interrogante sobre cuál es la relación entre los estilos parentales y el riesgo de desarrollar TCA en adolescentes del Oriente Antioqueño y busca aportar al campo investigativo mediante la generación de evidencia que permita suplir vacíos de conocimiento específicos sobre la población adolescente. Esta focalización resulta pertinente, especialmente si se considera la escasez de estudios centrados en adolescentes, pese a que esta etapa del desarrollo se caracteriza por una mayor sensibilidad a la presión parental, si bien gran parte de la literatura se centra en población universitaria, es necesario adoptar una aproximación más temprana que permita reconocer de forma oportuna los factores de riesgo que pueden surgir durante la adolescencia.

Desde la pertinencia formativa, esta investigación se enmarca en el proceso de formación profesional en psicología, favoreciendo el desarrollo de competencias investigativas como la formulación de problemas, el análisis crítico de la literatura y la aplicación de instrumentos de recolección de información. Asimismo, permite fortalecer la capacidad de comprender fenómenos psicosociales desde una perspectiva contextualizada, articulando los conocimientos teóricos con su aplicación en escenarios reales.

Además, se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a futuras investigaciones en la región, proporcionando un mapeo preliminar sobre la caracterización

de los TCA y los EP. Esta información podría servir como base para la identificación y focalización de puntos estratégicos en las acciones de prevención y promoción de la salud mental en adolescentes.

Por tanto, este estudio no solo busca aportar al cuerpo teórico existente, sino también generar insumos relevantes para el diseño de estrategias de intervención temprana. Al visibilizar las prácticas parentales percibidas y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, se espera que los hallazgos orienten acciones concretas en el ámbito clínico, educativo y comunitario, que respondan a las particularidades del contexto local.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la asociación entre los estilos parentales y los niveles de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del Oriente Antioqueño.

Objetivos Específicos

- Caracterizar las prácticas parentales percibidas por los adolescentes del Oriente antioqueño participantes del estudio.
- Identificar el nivel de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes evaluados mediante el EAT-26.
- Examinar la asociación entre las prácticas parentales percibidas y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes participantes.

Marco Teórico

A continuación, se abordarán algunos aspectos relevantes de la adolescencia como etapa del desarrollo humano, teniendo en cuenta las características y cambios propios de este periodo.

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la adolescencia es la etapa de la vida comprendida entre la niñez y la adultez, abarcando el periodo entre los 10 y los 19 años. Esta fase representa un momento fundamental del desarrollo humano, caracterizado por importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales que influyen en la manera en que los adolescentes sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno. Asimismo, durante esta etapa se consolidan conductas relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la sexualidad, las cuales pueden actuar como factores protectores o de riesgo para la salud presente y futura (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.).

En este sentido, la adolescencia constituye una etapa de especial vulnerabilidad frente al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que los cambios propios de este periodo pueden influir en la percepción corporal y en las conductas relacionadas con la alimentación.

Durante la adolescencia intervienen diversos factores que pueden influir en el desarrollo y bienestar de los individuos. Entre ellos, la forma en que los padres se relacionan, educan y establecen normas con sus hijos cumple un papel importante en su

desarrollo emocional y conductual. En este sentido, resulta relevante abordar el concepto de estilos parentales y su posible influencia en los adolescentes.

Estilos parentales

Los estilos parentales (EP) son comportamientos de los padres destinados a educar, influir y orientar a sus hijos, promoviendo su desarrollo y adaptación social. Según Baumrind (1966), se fundamentan en dos dimensiones clave: afecto y control, que a su vez dan lugar a cuatro estilos parentales distintos.

Autoritario: Se caracteriza por control estricto, baja calidez y poca comunicación emocional, priorizando la obediencia. Los hijos criados bajo este estilo suelen ser muy sensibles a la presión parental.

Negligente: Refleja una ausencia tanto de normas como de afecto, con mínima implicación parental, su comunicación es prácticamente inexistente.

Permisivo: Alta expresión afectiva y comunicación, pero sin establecer límites claros ni normas que regulen el comportamiento de los hijos

Democrático: Combina comunicación, afecto, control y exigencias de madurez, promoviendo empatía y flexibilidad sin descuidar la disciplina.

La forma en que los padres ejercen la crianza influye significativamente en el desarrollo emocional y conductual de los adolescentes. En este sentido, los estilos parentales han sido relacionados con diferentes factores de riesgo y protección frente al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, debido a que las dinámicas familiares,

las prácticas de crianza y los modelos de comportamiento transmitidos en el hogar pueden influir en la percepción corporal, la regulación emocional y las conductas alimentarias de los hijos. Por ello, resulta relevante comprender cómo cada estilo parental puede asociarse de manera distinta con la aparición o prevención de estas conductas.

Estilos parentales asociados a los TCA

Los estilos parentales desempeñan un papel crucial en el desarrollo emocional de los adolescentes y pueden actuar como factores de riesgo o protección frente a los TCA. Diferentes investigaciones han evidenciado que aquellos jóvenes que perciben estilos parentales autoritarios, negligentes o permisivos presentan mayor vulnerabilidad ante los TCA. (Rodríguez & Perdomo, 2023)

El estilo autoritario se asocia con insatisfacción corporal y patrones restrictivos de alimentación, típicos de la anorexia nerviosa. La presión por cumplir expectativas estrictas de imagen o rendimiento puede promover pensamientos obsesivos sobre el cuerpo y la comida. Por otro lado, el estilo negligente, se asocia con el uso de técnicas de purga, puesto que la ausencia de apoyo emocional y supervisión dificulta el desarrollo de estrategias de regulación adecuadas, recurriendo a conductas extremas para controlar su cuerpo. (Ahn & Danfei, 2019)

Por su parte, el estilo permisivo, se asocia con conductas de atracón-purgas. La falta de estructura hace que el adolescente no aprenda a autorregularse, lo que puede llevar a perder sus propios límites también en la alimentación. En contraste, el estilo democrático se asocia como un factor protector ya que promueve un ambiente afectivo y estructurado que

favorece la regulación emocional y una relación saludable con la alimentación. (Losada & Charro, 2018).

Así, los estilos parentales no solo influyen por lo que permiten o limitan, sino también por lo que muestran. A través de la observación cotidiana, los hijos incorporan estas prácticas como guías de comportamiento, lo que se puede entender desde el concepto de automodelación, la cual es un aprendizaje desde la observación del comportamiento de otros. Existe una agregación familiar en el comportamiento alimentario y el control del peso. Sus miembros comparten el mismo ambiente, realizan actividades semejantes y modelan y reafirman un comportamiento idéntico. Los hijos hacen la misma dieta que los padres, especialmente la de la madre (Brañas, s.f.)

Este proceso refleja cómo las prácticas alimentarias se naturalizan dentro del entorno familiar, convirtiéndose en referentes internos para los hijos. Desde la teoría de Bandura (1986), la automodelación permite que el individuo adopte y mantenga conductas observadas en su entorno, que luego reproduce sobre sí mismo como forma de autoevaluación y regulación. Cuando en la familia se promueve la preocupación por el peso, el uso de dietas o el control estricto de la comida, los adolescentes no solo replican estos comportamientos, sino que también los integran como parte de su identidad y valor personal.

En este sentido, el entorno familiar funciona como un espejo continuo, donde las acciones de los padres, especialmente las maternas, no solo son visibles, sino también internalizadas y repetidas. Así, la automodelación puede convertirse en un canal mediante el cual se mantienen o refuerzan conductas alimentarias desadaptativas. Sin embargo, si el

modelo familiar promueve una relación saludable con el cuerpo y la alimentación, este mismo proceso puede facilitar el desarrollo de hábitos positivos y una autoimagen equilibrada. (Brañas, s.f.)

Ahora bien, para comprender de qué manera los diferentes estilos parentales pueden influir como factores de riesgo o protección, resulta importante abordar el concepto de trastornos de la conducta alimentaria, así como algunas de las principales manifestaciones que pueden presentarse durante la adolescencia.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA, son definidos como “una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, [DSM-5], 2014, p. 329).

En la actualidad, los TCA más prevalentes y en los que se centrará el presente trabajo son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA).

Anorexia nerviosa: Se caracteriza por restricción alimentaria persistente, miedo intenso a subir de peso e imagen corporal distorsionada. Las personas tienden a mantener un peso corporal bajo respecto a su edad y estatura, y se autoevalúan según su silueta y peso. Afecta especialmente a adolescentes o adultos jóvenes (etapas con presión social,

conflictos familiares, baja autoestima y cambios hormonales). Existen dos subtipos: restrictivo (dieta, ayuno, ejercicio excesivo) y purgativo (vómitos o laxantes).

Bulimia nerviosa: Se manifiesta en episodios recurrentes de ingesta excesiva e incontrolable, seguidos por culpa y vergüenza. Para compensar, se emplean conductas purgativas (vómito) o no purgativas (ayuno o ejercicio excesivo). A diferencia de la AN, el peso suele mantenerse en rangos normales.

Trastorno por atracón: Implica eventos de consumo excesivo de alimentos sin conductas compensatorias, generando sentimientos de culpa y falta de control. Estos patrones deben ocurrir con frecuencia durante un período específico para ser diagnosticados según el DSM-5 (Navarro-Falcón et al., 2020).

Antecedentes

Si bien la relación entre el riesgo de desarrollar TCA y los estilos parentales (EP) no ha sido ampliamente explorada, algunos estudios han aportado hallazgos que permiten avanzar en la comprensión de esta asociación

Inicialmente, es importante resaltar la relevancia de los estilos parentales durante la adolescencia, dado que constituyen un factor determinante en el desarrollo emocional, social y conductual de los jóvenes. De acuerdo con Losada et al. (2020), los diferentes estilos de crianza se asocian con resultados específicos en el ajuste psicológico de los adolescentes. En este sentido, el estilo autoritario puede propiciar una baja autoestima y una mayor sensibilidad a la presión ejercida por los padres. Por su parte, el estilo permisivo se relaciona con niveles más elevados de conducta antisocial y un menor grado de madurez.

Asimismo, el estilo negligente se ha asociado con problemas emocionales y conductuales, dificultades en la adaptación social, impulsividad y una mayor probabilidad de presentar conductas delictivas. En contraste, el estilo democrático favorece una autoestima más saludable, un mejor ajuste emocional y comportamental, así como un mayor rendimiento académico.

En consecuencia, los estilos parentales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo integral de los adolescentes, ya que pueden favorecer o dificultar su adaptación emocional, social y conductual.

Resultados previos de Pérez Rodríguez y Rodríguez Perdomo (2023) respaldan la idea de que “el funcionamiento familiar juega un papel importante en el desarrollo, curso y evolución de los trastornos de la alimentación” (p. 15). En particular, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los estilos parentales autoritarios y permisivos y el aumento del riesgo de desarrollar estos trastornos, mientras que la percepción de un estilo democrático parece actuar como un factor protector. También plantean que, a pesar de la importancia del entorno familiar, son pocos los estudios actuales que abordan directamente la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los estilos parentales a pesar de que la interacción entre padres e hijos es un factor clave en el desarrollo de estas patologías.

De igual forma, Marmo (2014) señala que, a medida que aumenta la disfunción familiar, también se incrementa el reporte de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de forma inespecífica. Los adolescentes, en estos contextos familiares impredecibles o inseguros, pueden restringir su ingesta de alimentos como un intento de mantener cierto

control sobre su entorno. Los factores de riesgo clave incluyen las actitudes críticas de la familia hacia el peso corporal, la falta de definición de límites, la rigidez y la confusión de roles familiares, así como la propia disfuncionalidad familiar. Además, se ha observado que los estilos parentales autoritarios incrementan la sensibilidad de los adolescentes a la presión parental, lo que los hace más vulnerables al desarrollo de TCA. En este sentido, la franja etaria entre los 15 y 19 años se reconoce como un factor de riesgo

Estudios previos en la ciudad de Medellín (Deossa et al., 2015) permiten situar esta problemática en el contexto local, esta investigación realizada en Medellín en población universitaria destaca que la búsqueda de la delgadez como ideal de éxito y belleza está asociada con actitudes y comportamientos de riesgo para el desarrollo de TCA, especialmente en mujeres jóvenes. Los autores subrayan la importancia de detectar conductas de riesgo a tiempo en adolescentes, dada su vulnerabilidad durante los cambios corporales, lo que puede prevenir complicaciones de salud a corto, mediano y largo plazo.

Según Gempeler (2019), en Colombia se han identificado incrementos significativos en los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre los años 2014 y 2019, particularmente en población infantil y adolescente. En este período, se ha evidenciado una mayor presencia de estos trastornos en edades tempranas, especialmente entre los 7 y 12 años

En esta misma línea, Cristancho et al. (2015) evidenciaron que el rango de edad con mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria se encuentra entre los 11 y 13 años, etapa que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde a la adolescencia temprana. Asimismo, la OMS ha señalado que los trastornos

de la conducta alimentaria (TCA) se ubican entre las enfermedades mentales prioritarias en población infantil y adolescente, debido al alto riesgo que representan para la salud física y mental.

En concordancia con lo anterior, Carolina et al. (2011) indican que el diagnóstico más frecuente en adolescentes corresponde al Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE), seguido de la anorexia nerviosa y, en menor proporción, la bulimia nerviosa. Adicionalmente, se ha observado que una gran parte de las adolescentes con estos trastornos no consulta de manera voluntaria, debido a la baja conciencia de enfermedad y a una limitada motivación para el cambio. En consecuencia, suelen ser detectadas por padres, docentes o pares, quienes en muchos casos son los encargados de facilitar el acceso a la atención profesional.

Diversas investigaciones han evidenciado una mayor prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población femenina. En este sentido, Anaya (2004) señala que entre el 90 % y el 95 % de las personas afectadas por algún TCA son mujeres adolescentes. De manera similar, Gaete et al. (2012) afirman que estos trastornos afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Asimismo, Ruiz Zapata y Gómez Carvajal (2023) encontraron que las mujeres presentan una probabilidad 16,93 veces mayor de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en comparación con los hombres. Estos hallazgos sugieren que el género constituye un factor relevante en la comprensión y el estudio de los TCA.

Robertson (2020) indica que las prácticas de crianza controladoras, como los comentarios sobre el peso y la figura, la promoción de dietas restrictivas o la imposición de

porciones no saludables, tienden a enfocar la atención del niño en la imagen corporal y las cantidades de comida, en lugar de en su salud general.

Complementando esta perspectiva, Losada et al. (2020) señalan que no se encuentra suficiente bibliografía que relacione los estilos parentales percibidos con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aunque se postula que la relación entre ambos factores genere una predisposición al desarrollo de la patología. La presión tanto de los padres como del entorno, incluyendo amigos y familiares, puede influir negativamente en la construcción de una imagen corporal de los adolescentes, lo que aumenta el riesgo de desarrollar conductas perjudiciales para la salud, como es el caso de la anorexia nerviosa.

La evidencia sugiere que la familia, y particularmente la figura materna, desempeña un papel importante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, Rodgers y Chabrol (2009) señalan que la influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijas puede ejercerse a través del modelamiento de comportamientos, de la importancia que atribuyen a la apariencia física y a la alimentación, así como de la presión que pueden ejercer para promover la pérdida o el control del peso. De manera complementaria, Vázquez Velázquez y Reidl Martínez (2013) afirman que las actitudes y comportamientos maternos frente a la comida pueden influir en la forma en que los hijos expresan conflictos emocionales y psicológicos, manifestándose en conductas asociadas a la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o la obesidad. Asimismo, Brañas (s. f.) destaca el papel de la automodelación, entendida como el aprendizaje derivado de la observación del comportamiento de otros. Desde esta perspectiva, existe una agregación familiar en las conductas alimentarias y en las prácticas de control del peso, ya que los

miembros de la familia comparten entornos, hábitos y comportamientos similares, siendo frecuente que los hijos reproduzcan las conductas alimentarias de sus padres, especialmente las de la madre.

En este mismo contexto (Mejía y Montoya, 2022), encontraron una relación entre los estilos parentales y el riesgo de desarrollar TCA, señalando que en la población con mayor riesgo predomina el estilo parental autoritario, caracterizado por un alto control y baja expresión de afecto por parte de los cuidadores. Por el contrario, un estilo que equilibra el afecto y el control como el estilo democrático se asocia con un menor riesgo de desarrollar TCA, funcionando como un posible factor protector.

Finalmente, en Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental incluyó dentro de sus módulos de evaluación ítems derivados del Eating Attitudes Test-26 para la exploración de conductas alimentarias de riesgo en la población, lo que evidencia la consideración de este instrumento como referente para el abordaje epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 157).

Metodología

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro del enfoque cuantitativo, empírico-analítico; este enfoque permitió caracterizar, describir y comparar la relación de las variables, es de tipo no experimental y tiene un diseño transversal, en tanto no se manipularon las variables y los participantes son evaluados una sola vez en el tiempo (Alto y Vallejo, 2015). El alcance es correlacional, ya que buscó analizar la relación entre los distintos niveles de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en una muestra de adolescentes escolarizados.

Población y Muestra

La población objetivo de este estudio está conformada por adolescentes escolarizados, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años, que residen en municipios del Oriente Antioqueño.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que la selección de los participantes dependió del acceso a la institución educativas y de la autorización por parte de esta para participar en la investigación. Hernández Sampieri et al. (2014). En este sentido, los adolescentes fueron reclutados únicamente en aquellas instituciones del Oriente Antioqueño que acepte colaborar con el estudio, lo cual limitó la aleatoriedad del proceso, el tamaño de la muestra se determinó a partir de un análisis a priori del poder estadístico. Se utilizó el *software G* Power 3.1.9.4*. para obtener el número mínimo de personas a incluir en el estudio para alcanzar un poder estadístico del 80% asumiendo un valor de Alpha de 0.05. Teniendo en cuenta que se buscó probar la hipótesis estadística de asociación entre las

variables se asumió un tamaño de efecto mínimo de 0.3. De acuerdo con los resultados del análisis, el tamaño mínimo de muestra requerido es de 110 participantes.

Plan de análisis

Inicialmente, se construyó una base de datos en Microsoft Excel, en la cual se transcribió la información obtenida a través de los cuestionarios aplicados a los estudiantes participantes. Con el fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información, a cada participante se le asignó un código alfanumérico, evitando el registro de datos personales identificables en la base de datos.

Posteriormente, se realizó la calificación de los instrumentos aplicados, permitiendo identificar la presencia o ausencia de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en los participantes.

Finalmente, la información recolectada fue analizada mediante el software JASP, versión 0.96.00. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas y, posteriormente, se evaluaron las asociaciones entre variables mediante la prueba estadística de chi cuadrado.

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo de la investigación se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información suministrada por los participantes. Para ello, a cada estudiante se le asignó un código alfanumérico, evitando registrar datos personales identificables en la base de datos utilizada para el análisis de la información.

Asimismo, debido a que la investigación abordó variables relacionadas con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, se estableció una ruta de actuación para aquellos casos en los que se evidenciaron indicadores de riesgo. En estos casos, se elaboró un formato de remisión psicológica y se realizó una reunión con los padres de familia y acudientes, con el propósito de informar los hallazgos encontrados y orientar sobre la importancia de recibir atención profesional. (Ver anexo 1)

En aquellos casos en los que los acudientes no pudieron asistir a la reunión programada, las remisiones fueron entregadas de manera sellada a los docentes encargados, quienes realizaron la entrega durante la jornada de notas, procurando mantener la privacidad y confidencialidad de la información.

De igual manera, la participación en el estudio fue voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado por parte de los acudientes, debido a que los participantes eran menores de edad. Asimismo, se respetaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y confidencialidad durante todo el proceso investigativo. (Ver anexo 2)

Criterios de inclusión

Se consideraron voluntarios aquellos que cumplieran con las siguientes condiciones:

- Adolescentes entre 12 y 17 años.
- Residir actualmente en el Oriente Antioqueño.
- Estar matriculados en una institución educativa.
- Aceptar participar voluntariamente mediante firma de

consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Por otro lado, los participantes que presenten alguna de las siguientes condiciones serán excluidos del estudio:

- Adolescentes con algún tipo de discapacidad cognitiva severa que impida la comprensión de los cuestionarios.
- Participantes que no completen completamente los instrumentos (EAT-26 o Cuestionario sociodemográfico y de caracterización familiar).

Variables

Las variables incluidas en el presente estudio fueron seleccionadas de acuerdo con los objetivos de investigación y los instrumentos de evaluación aplicados.

V1: Estilos parentales

Variable evaluada mediante el cuestionario Sociodemográfico

V2: Riesgo de desarrollar TCA

Variable evaluada mediante el EAT-26.

Hipótesis

En concordancia con el problema de investigación y los objetivos establecidos, se formularon las siguientes hipótesis con el fin de analizar la relación entre los estilos parentales y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del Oriente Antioqueño.

Hipótesis de investigación (H1): Existe una asociación entre los estilos parentales percibidos por los adolescentes y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Hipótesis nula (H0): No existe una asociación entre los estilos parentales percibidos por los adolescentes y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Hipótesis específicas

- H1: Existe una asociación entre el género y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

H0: No existe una asociación entre el género y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

- H1: Existe una asociación entre el cuidador principal y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

H0: No existe una asociación entre el cuidador principal y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

- H1: Los adolescentes que perciben estilos parentales autoritario, negligente y permisivo presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en comparación con aquellos que perciben un estilo parental democrático.

H0: No existen diferencias en el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria según el estilo parental percibido por los adolescentes.

Instrumentos

La recolección de información se llevó a cabo mediante cuestionarios de autorreporte, específicamente:

Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel (EAT-26)

El EAT-26 es una versión abreviada del cuestionario EAT-40, cuya versión original, de 40 ítems (Pike et al., 2008; Garfinkel & Newman, 2001). Se trata de una herramienta que se emplea para detectar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en poblaciones en riesgo. Evalúa cuatro dimensiones: bulimia, control dietario, preocupación por los alimentos y control oral. Su aplicación es autoadministrada y tiene una duración estimada de 10 a 15 minutos, lo cual lo convierte en un instrumento ágil para contextos escolares o comunitarios. El EAT-26 ha sido validado en población colombiana, particularmente en la ciudad de Medellín, mostrando altos niveles de confiabilidad (α Mujeres = 0.92; α Hombres = 0.89) (Constaín et al., 2014; Constaín et al., 2016). En relación con la validez de constructo del instrumento, estudios previos han reportado evidencias favorables mediante análisis factoriales. Además, el resultado obtenido permite clasificar a los participantes como población en riesgo o no en riesgo. (Ver anexo 3)

Cuestionario sociodemográfico y caracterización familiar con énfasis en estilos parentales

Se diseñó un cuestionario sociodemográfico con el propósito de recopilar información general de los participantes y explorar aspectos relacionados con la dinámica y las prácticas parentales percibidas en el contexto familiar. Este instrumento incluye ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y

siempre), orientados a indagar la percepción de los adolescentes sobre la presencia de normas en el hogar, la comunicación con los padres o cuidadores, el establecimiento de límites, las formas de corrección, el grado de supervisión parental y la expresión emocional dentro del entorno familiar. El cuestionario permite describir características de la dinámica familiar y de las prácticas parentales percibidas por los adolescentes, aportando información relevante para la caracterización del contexto familiar de los participantes.

(Ver anexo 4)

En relación con el sistema de calificación, los ítems del cuestionario se estructuran mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 corresponde a “nunca” y 5 a “siempre”, lo que permite una valoración cuantitativa de las prácticas parentales percibidas. La organización y el análisis de los ítems se realizan de forma análoga al Parental Authority Questionnaire (PAQ), diseñado para evaluar la percepción de los adolescentes sobre los estilos de crianza y desarrollado por John Buri (1991).

No obstante, se introduce una diferencia metodológica relevante en el constructo operativo: mientras que el PAQ discrimina las respuestas en función de cada cuidador (padre y madre), en el cuestionario sociodemográfico se evalúa al cuidador principal sin realizar dicha distinción. En este sentido, las respuestas se agrupan según los estilos parentales evaluados, lo que permite obtener una puntuación específica para cada uno de ellos. El estilo con mayor puntaje se considera predominante en la percepción del participante. Este procedimiento favorece la comparabilidad de los resultados y aporta coherencia metodológica entre los instrumentos empleados en la investigación.

La selección de los instrumentos responde a la necesidad de evaluar aspectos relacionados con las prácticas parentales percibidas y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes participantes. Para la exploración de las prácticas parentales se diseñó un cuestionario sociodemográfico y de caracterización familiar, dado que no se identificaron instrumentos validados en Colombia que permitieran evaluar este constructo de manera específica en la población objetivo del estudio. Aunque inicialmente se consideraron algunos instrumentos internacionales, estos se encontraban en idioma inglés, no contaban con adaptaciones validadas al contexto colombiano o presentaban restricciones de acceso por tratarse de instrumentos de uso privado.

Para la identificación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria se utilizó el **EAT-26**, instrumento ampliamente empleado en la investigación clínica y epidemiológica para la detección de actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Este instrumento cuenta con validación en población colombiana y es uno de los más utilizados para la detección temprana de síntomas asociados a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y población general.

Procedimientos:

La aplicación de los instrumentos se realizó en una institución educativa del Oriente antioqueño que haya autorizado la participación en el estudio. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se coordinó con la institución el desarrollo de las actividades de recolección de datos. Estas se llevaron a cabo en espacios asignados por la institución, procurando condiciones adecuadas de comodidad y confidencialidad. Se estima que cada sesión dure aproximadamente 30 minutos, en las cuales se incluyó la entrega de

instrucciones, la solución de dudas y la aplicación de los instrumentos. Se obtuvo una participación activa y voluntaria por parte de los adolescentes, quienes completaron los cuestionarios en su totalidad. Los datos recolectados fueron organizados y resguardados bajo estricta confidencialidad, garantizando el anonimato y la protección de la información suministrada.

Resultados

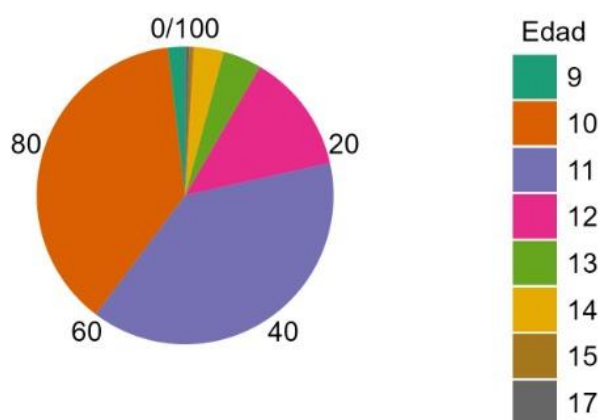
Los resultados se presentan en cuatro apartados, organizados de manera que permitan caracterizar la población participante y responder a los objetivos de investigación planteados. En primer lugar, se realiza la descripción de la muestra; en segundo lugar, se caracterizan las prácticas parentales percibidas por los adolescentes participantes; en tercer lugar, se describe el nivel de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; y, finalmente, se analiza la relación entre ambas variables.

Información sociodemográfica

La muestra pertenece a una institución educativa pública ubicada en el municipio de El Carmen de Viboral y estuvo conformada por 214 estudiantes, con edades comprendidas entre los 9 y 17 años. La edad promedio fue de 11 años ($DE = 1.14$), con una edad mínima de 9 y máxima de 17 años. (Ver Figura 1)

Figura 1

Distribución de los participantes según la edad

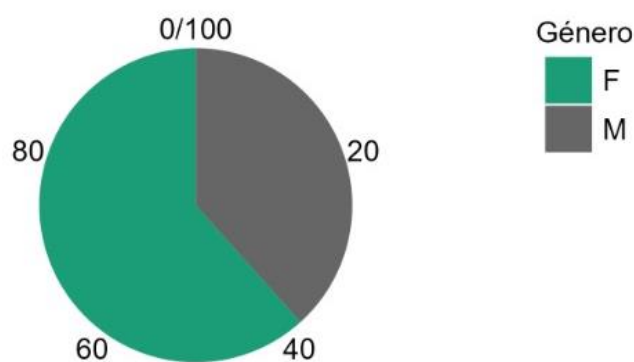


Nota. Elaboración propia.

En cuanto al género, se observó una mayor proporción de participantes de sexo femenino, con 132 estudiantes (61.68%), en comparación con 82 estudiantes de sexo masculino (38.32%). (Ver Figura 2)

Figura 2

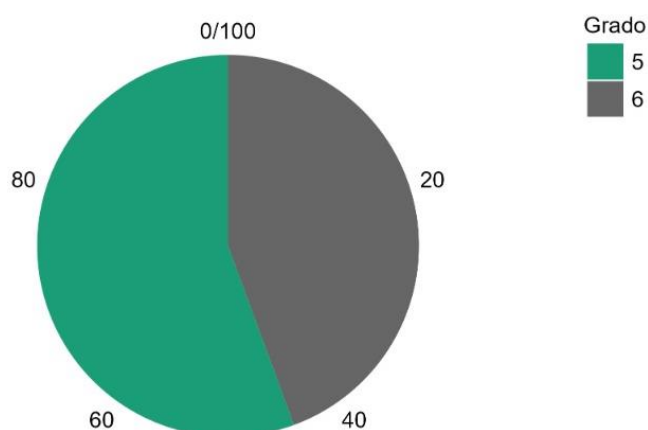
Distribución de los participantes según el género



Nota. Elaboración

propia.

Respecto al nivel escolar, los participantes se encontraban cursando los grados quinto y sexto de educación básica. Del total, 119 estudiantes (55.6%) pertenecían al grado quinto, mientras que 95 estudiantes (44.4%) cursaban grado sexto. (ver figura 3)

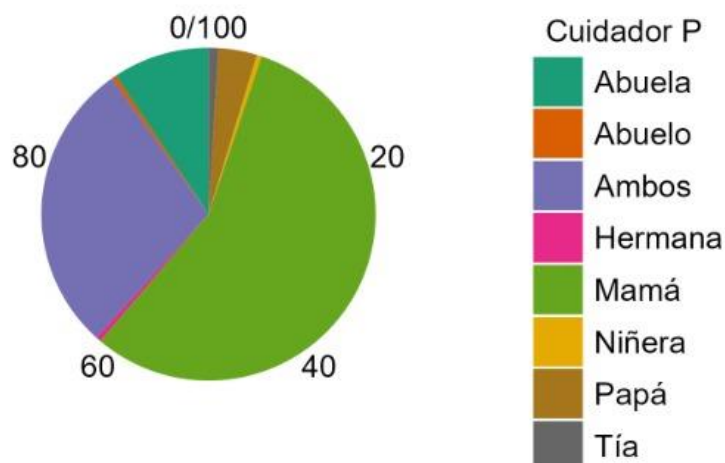
Figura 3*Distribución de los participantes según escolaridad*

Nota. Elaboración propia.

Por otra parte, en relación con el cuidador principal, la mayoría de los estudiantes identificó a la madre como figura principal de cuidado, Por otra parte, en relación con el cuidador principal, la mayoría de los estudiantes identificó a la madre como figura principal de cuidado, con 120 respuestas (56.1%), seguida de aquellos que reportaron a ambos padres, con 61 respuestas (28.5%). En menor proporción, se identificaron cuidadores como la abuela, con 20 respuestas (9.3%); el padre, con 8 respuestas (3.7%); y la tía, con 2 respuestas (0.9%). Asimismo, se reportaron otras figuras menos frecuentes, entre ellas el abuelo, la niñera y la hermana, con 1 caso cada uno (0.5%, respectivamente). (ver Figura 4)

Figura 4

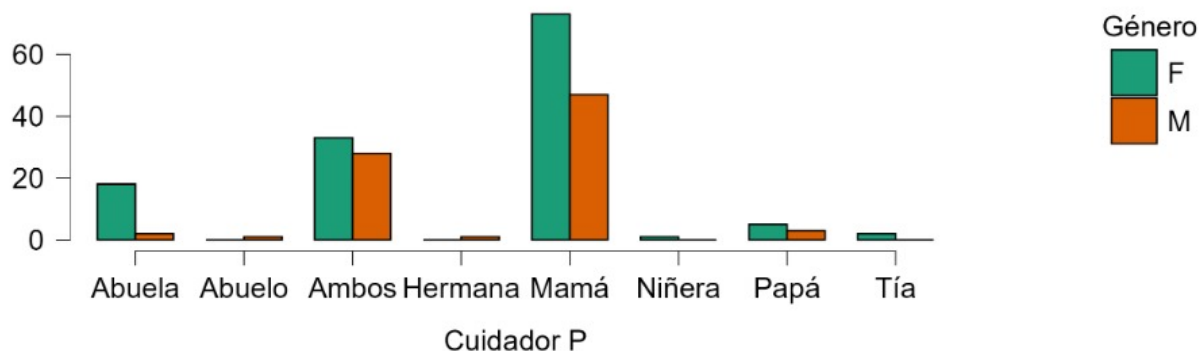
Distribución de los participantes según Cuidador principal



Nota. Elaboración propia.

En relación con la figura de cuidado principal según el género de los participantes, se observa que, tanto en mujeres como en hombres, la madre es la principal cuidadora reportada. En el caso de las mujeres, 73 participantes (55.3%) señalaron a la madre como cuidadora principal, seguidas por la opción de ambos padres (33 participantes; 25.0%) y la abuela (18 participantes; 13.6%). Otras figuras de cuidado se presentan en menor proporción, incluyendo el padre (3.8%), la tía (1.5%) y la niñera (0.8%).

En cuanto a los hombres, también se evidencia un predominio de la madre como cuidadora principal (47 participantes; 57.3%), seguida de ambos padres (28 participantes; 34.1%). Las demás figuras aparecen con frecuencias considerablemente menores, como la abuela (2.4%), el abuelo (1.2%), la hermana (1.2%) y el padre (3.7%). No se reportan casos de cuidadores ausentes en ninguno de los grupos. (Ver Figura 5)

Figura 5*Distribución de los participantes según cuidador principal y género***Nota.** Elaboración propia.

En continuidad con el análisis anterior, la distribución del cuidador principal según la edad evidencia que la madre se mantiene como la principal figura de cuidado en la mayoría de los rangos etarios, con mayor concentración en los 10 y 11 años (38.3% y 36.7%), seguida por los 12 años (14.2%). La corresponsabilidad de ambos padres también se concentra principalmente en los 10 y 11 años (42.6% y 37.7%), mientras que la abuela presenta mayor frecuencia en estas mismas edades (40.0% y 45.0%).

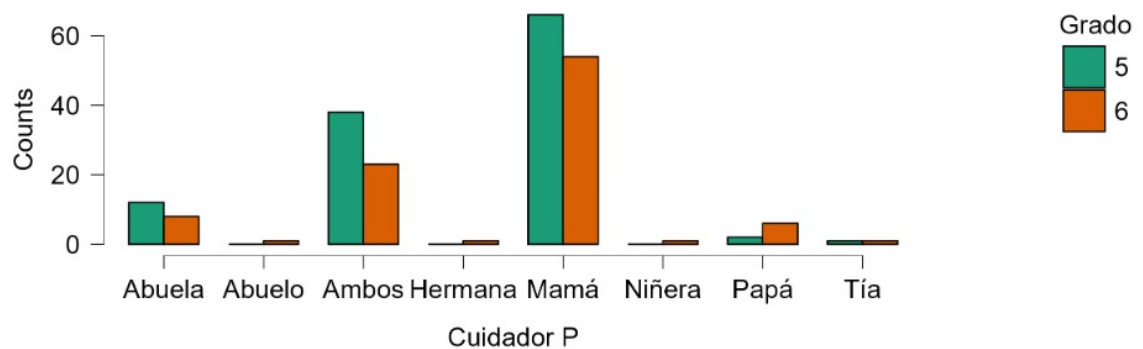
Otros cuidadores, como el padre, la tía, la hermana o la niñera, se reportan en proporciones considerablemente menores y se concentran principalmente entre los 10 y 12 años. En conjunto, se observa una mayor concentración de las figuras de cuidado en los primeros años de la adolescencia, con predominio de la madre y de ambos padres como principales responsables del cuidado.

En relación con el grado escolar, se observó que tanto en quinto como en sexto grado predominó la madre como principal figura de cuidado. En quinto grado ($n = 119$), la

madre representó el 55,5% de los casos, seguida de ambos padres con un 31,9%. De manera similar, en sexto grado (n = 95), la madre alcanzó el 56,8%, mientras que ambos padres representaron el 24,2%. La participación de otros cuidadores, como abuela, padre, tíos u otros familiares, fue considerablemente menor en ambos grados. En general, los resultados evidencian que la madre constituye la principal figura cuidadora independientemente del grado escolar evaluado. (ver Figura 6)

Figura 6

Distribución de los participantes según cuidador principal y escolaridad



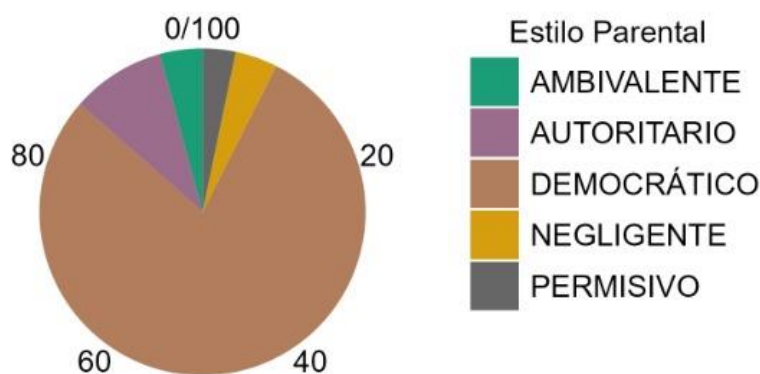
Nota. Elaboración propia.

Prácticas parentales percibidas por los adolescentes del Oriente antioqueño participantes del estudio.

En relación con las prácticas parentales percibidas por los adolescentes participantes, se encontró un predominio del estilo parental democrático, reportado por 169 estudiantes (79.0%). En menor proporción, se identificaron otros estilos parentales, entre ellos el autoritario (20 estudiantes; 9.3%), el negligente (9 estudiantes; 4.2%), el ambivalente (9 estudiantes; 4.2%) y el permisivo (7 estudiantes; 3.3%). (Ver Figura 7)

Figura 7

Distribución de los participantes según estilo parental percibido



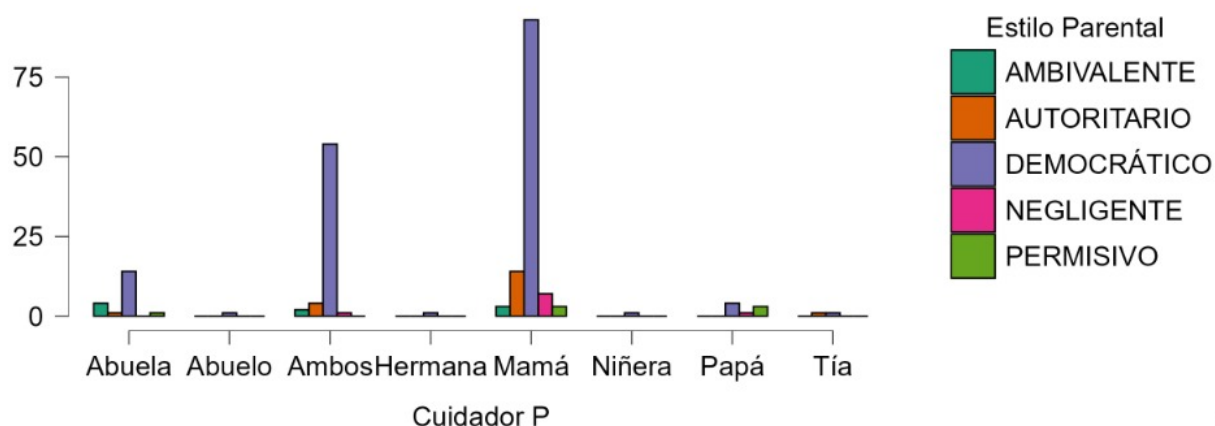
Nota. Elaboración propia.

La distribución del estilo parental según el cuidador principal evidenció que el estilo democrático fue el más frecuente ($n = 169$), predominando la madre como cuidadora principal (55,0%), seguida de ambos padres (32,0%).

En el estilo autoritario ($n = 20$), la madre también presentó la mayor frecuencia como cuidadora principal (70,0%). Asimismo, en el estilo negligente ($n = 9$), la madre predominó con un 77,8% de los casos. Por otro lado, en el estilo ambivalente ($n = 9$), la abuela fue el cuidador principal más frecuente (44,4%), seguida de la madre (33,3%). Finalmente, en el estilo permisivo ($n = 7$), tanto la madre como el padre representaron la misma proporción como cuidadores principales (42,9% cada uno). (Ver Figura 8)

Figura 8

Distribución de los participantes según estilo parental percibido y cuidador principal

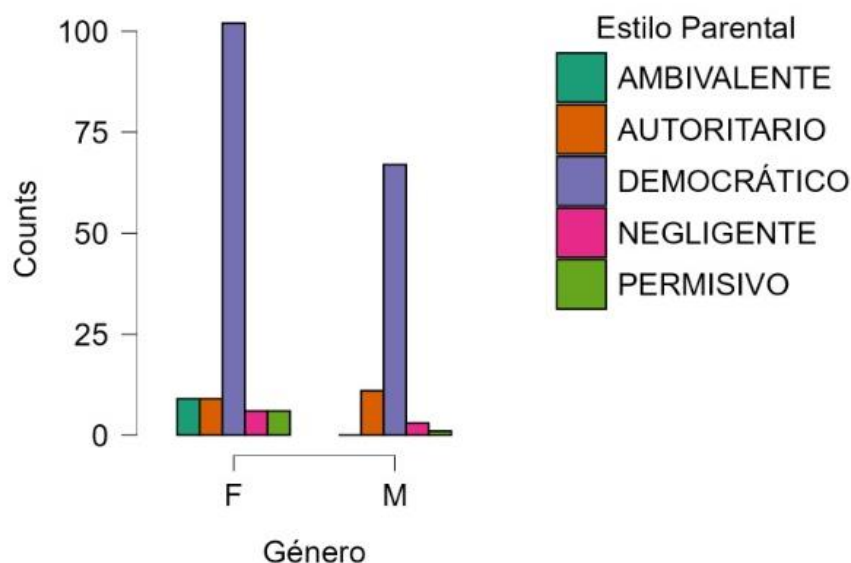


Nota. Elaboración propia.

En general, la madre se identificó como la principal figura cuidadora en la mayoría de los estilos parentales evaluados. En relación con la distribución del estilo parental según el género de los estudiantes, se observó que el estilo democrático predominó tanto en el género femenino como masculino. En las estudiantes mujeres ($n = 132$), el estilo democrático representó el 77,3% de los casos, seguido de los estilos ambivalente y autoritario, ambos con 6,8%. Asimismo, los estilos negligente y permisivo registraron un 4,5% cada uno. Por otro lado, en los estudiantes varones ($n = 82$), el estilo democrático alcanzó el 81,7%, seguido del estilo autoritario con un 13,4%. Los estilos negligente y permisivo presentaron porcentajes menores, con 3,7% y 1,2%, respectivamente, mientras que no se registraron casos del estilo ambivalente. (Ver Figura 9)

Figura 9

Distribución de los participantes según estilo parental percibido y género



Nota. Elaboración propia.

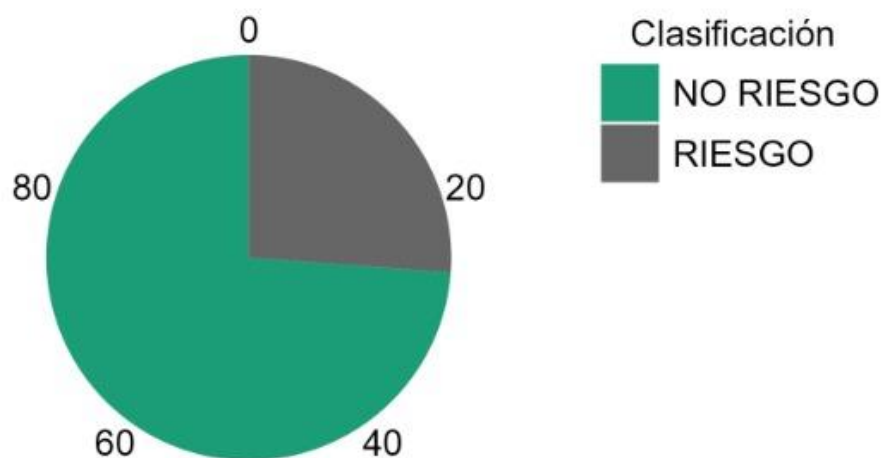
En general, los resultados evidencian un predominio del estilo parental democrático en ambos géneros.

Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes evaluados mediante el EAT-26.

En cuanto a las variables principales del estudio, en relación con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, evaluado mediante el instrumento aplicado, se encontró que la mayoría de los participantes no presenta riesgo, con un total de 158 estudiantes (73.8%), mientras que 56 estudiantes (26.2%) se ubicaron en la categoría de riesgo. (Ver Figura 10)

Figura 10

Clasificación de los participantes según riesgo de trastornos de la conducta alimentaria



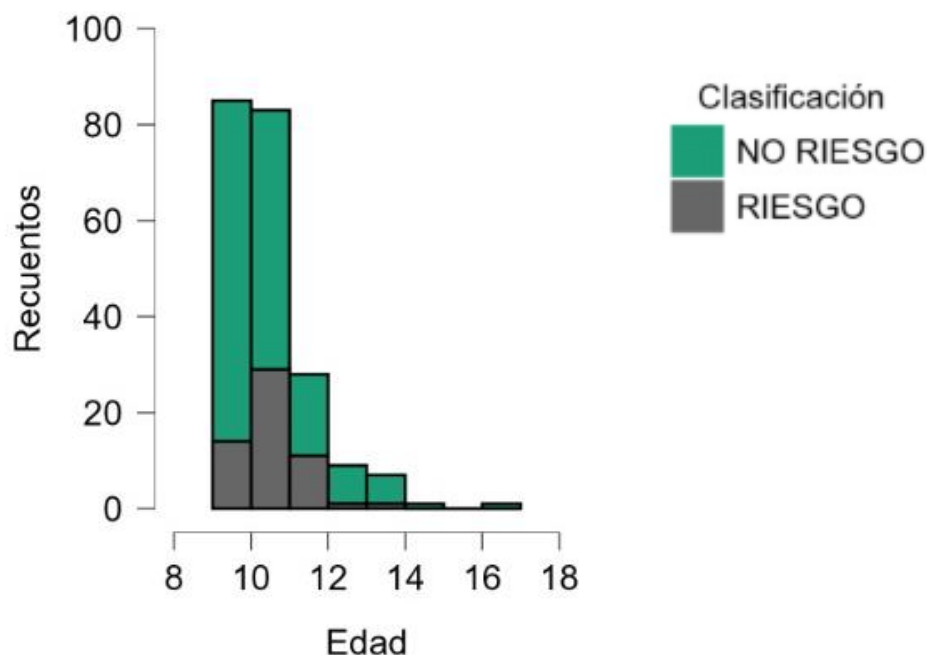
Nota. Elaboración propia.

En relación con la edad, se observó que la mayoría de los estudiantes clasificados en “no riesgo” de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria se concentró en las edades de 10 años (43,7%) y 11 años (34,2%). En menor medida se encontraron estudiantes de 12 años (10,8%), 13 años (5,1%) y 14 años (3,8%).

Por otro lado, en el grupo clasificado con “riesgo”, predominó la edad de 11 años, representando el 51,8% de los casos, seguida de los 10 años con un 21,4% y los 12 años con un 19,6%. Las demás edades presentaron porcentajes mínimos. (Ver Figura 11)

Figura 11

Clasificación de los participantes según el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y la edad



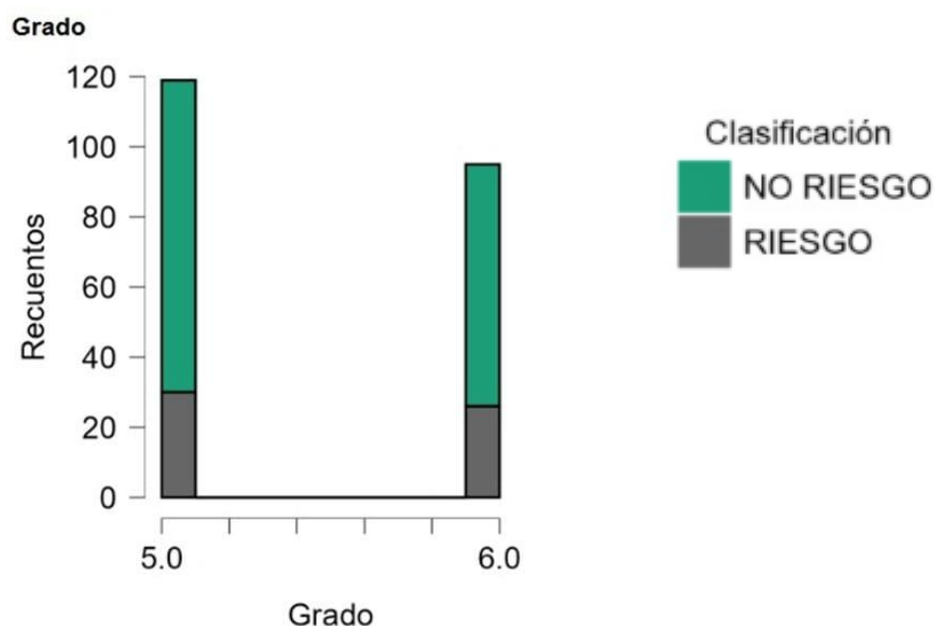
Nota. Elaboración propia.

En general, los resultados evidencian una mayor concentración de estudiantes de 11 años en ambas clasificaciones, lo que podría estar relacionado con una mayor representación de esta edad dentro de la muestra evaluada.

En relación con el grado escolar, se observó que en quinto grado predominó la clasificación “no riesgo” de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, representando el 74,8% de los casos, mientras que el 25,2% fue clasificado en “riesgo”. De manera similar, en sexto grado también predominó la categoría “no riesgo” con un 72,6%, mientras que el 27,4% de los estudiantes presentó riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. (Ver Figura 12)

Figura 12

Clasificación de los participantes según el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y escolaridad



Nota. Elaboración propia.

En general, los resultados evidencian que en ambos grados la mayoría de los estudiantes se ubicó en la categoría “no riesgo”, aunque el porcentaje de riesgo fue ligeramente mayor en sexto grado.

Prácticas parentales y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria

A continuación, se presentan las variables que mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, de acuerdo con los resultados de la prueba chi-cuadrado. ($p < .05$)

En relación con el estilo parental, se encontró una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, $\chi^2(4) =$

13.64, $p = .008$, con un tamaño del efecto de magnitud pequeña a moderada (V de Cramer = .253). (Ver tabla 1)

Tabla 1

Resultados de la prueba Chi-cuadrado para la asociación entre estilo parental y riesgo de TCA

Contrastes Chi-cuadrado ▼

	Valor	gl	p
X^2	13.6414	4	.0085
N	214		

Nota. La corrección de continuidad solo está disponible para tablas 2x2.

En cuanto a la distribución de los porcentajes dentro de cada estilo parental, en el estilo autoritario el 60.0% de los adolescentes no presentó riesgo, mientras que el 40.0% se ubicó en la categoría de riesgo. En el estilo democrático, el 79.3% no presentó riesgo y el 20.7% presentó riesgo. Para el estilo negligente, el 55.6% correspondió a no riesgo y el 44.4% a riesgo. De manera similar, en el estilo ambivalente el 44.4% no presentó riesgo y el 55.6% se clasificó en riesgo. Finalmente, en el estilo permisivo, el 42.9% no presentó riesgo y el 57.1% se clasificó en riesgo. (Ver tabla 2)

Tabla 2

Distribución del riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria según el estilo parental percibido

Tablas de Contingencia

Clasificación		Edad								Total
		9	10	11	12	13	14	15	17	
NO RIESGO	Recuento	2.00	69.00	54.00	17.00	8.00	6.00	1.00	1.00	158.0
	% dentro de la fila	1.27 %	43.67 %	34.18 %	10.76 %	5.06 %	3.80 %	0.63 %	0.63 %	100.00 %
	% dentro de la columna	50.00 %	85.19 %	65.06 %	60.71 %	88.89 %	85.71 %	100.00 %	100.00 %	73.83 %
RIESGO	Recuento	2.00	12.00	29.00	11.00	1.00	1.00	0.00	0.00	56.00
	% dentro de la fila	3.57 %	21.43 %	51.79 %	19.64 %	1.79 %	1.79 %	0.00 %	0.00 %	100.00 %
	% dentro de la columna	50.00 %	14.81 %	34.94 %	39.29 %	11.11 %	14.29 %	0.00 %	0.00 %	26.17 %
Total	Recuento	4.00	81.00	83.00	28.00	9.00	7.00	1.00	1.00	214.0
	% dentro de la fila	1.87 %	37.85 %	38.79 %	13.08 %	4.21 %	3.27 %	0.47 %	0.47 %	100.00 %
	% dentro de la columna	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %

Es importante señalar que los estilos parentales negligente ($n = 9$), ambivalente ($n = 9$) y permisivo ($n = 7$) presentan tamaños muestrales considerablemente menores en comparación con los estilos autoritario ($n = 20$) y democrático ($n = 169$), lo cual podría influir en la estabilidad de los porcentajes observados en estas categorías.

Por otro lado, también se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, $\chi^2(7) = 14.66$, $p = .041$. El tamaño del efecto, estimado mediante la V de Cramer, fue de .26, lo que sugiere una asociación de magnitud pequeña a moderada. (Ver Tabla 3)

Tabla 3

Resultados de la prueba Chi-cuadrado para la asociación entre edad y riesgo de TCA

Contrastes Chi-cuadrado ▼

	Valor	gl	p
X ²	14.66	7	.041
N	214		

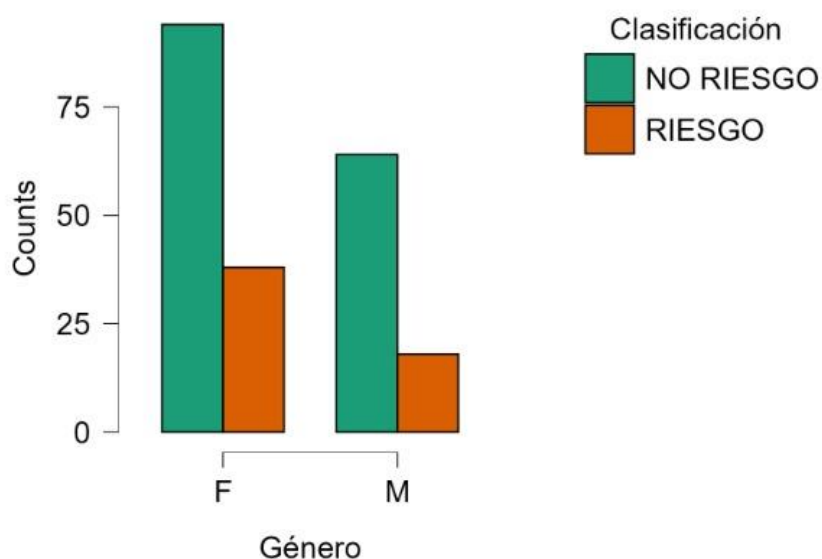
Nota. La corrección de continuidad solo está disponible para tablas 2x2.

En cuanto a las demás variables analizadas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria ($p > .05$).

En relación con el género, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, $\chi^2(1) = 1.22$, $p = .269$. El tamaño del efecto, estimado mediante la V de Cramer, fue de .076, lo que indica una asociación de magnitud muy débil. Se observó que en la clasificación “no riesgo” predominó el sexo femenino, representando el 59,5% de los casos, mientras que el sexo masculino alcanzó el 40,5%. De igual manera, en la clasificación “riesgo” también predominó el sexo femenino con un 67,9%, en comparación con el sexo masculino, que representó el 32,1%. (Ver Figura 13)

Figura 13

Clasificación de los participantes según el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y género



Nota. Elaboración propia.

En general, los resultados evidencian una mayor presencia de estudiantes del género femenino tanto en la categoría de “riesgo” como de “no riesgo” para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

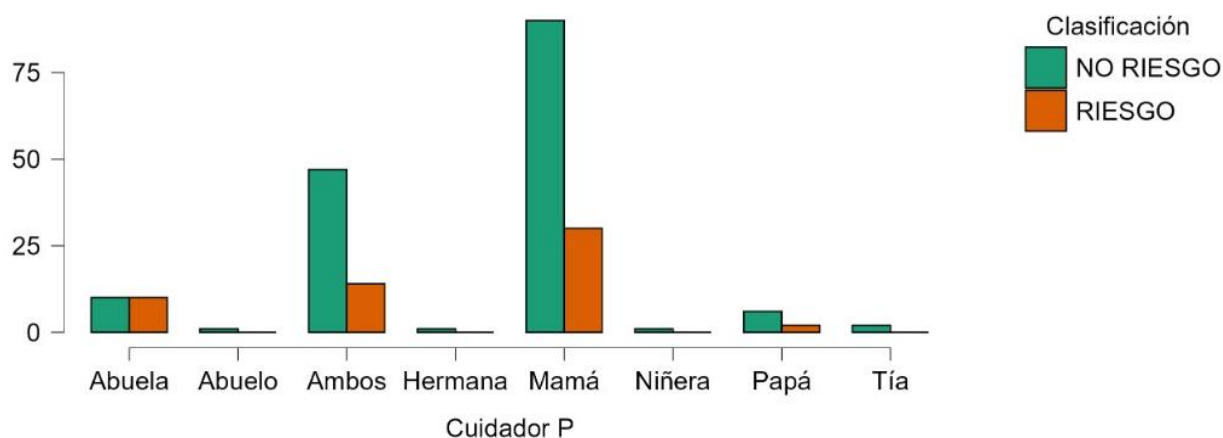
En relación con el cuidador principal del estudiante, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

En los adolescentes que reportan a la madre como cuidadora principal, el 75.0% se clasifica en no riesgo y el 25.0% en riesgo. De manera similar, en aquellos con presencia de

ambos padres como cuidadores, el 77.0% se encuentra en no riesgo y el 23.0% en riesgo. En el caso de los participantes cuyo cuidador principal es el padre, el 75.0% se ubica en no riesgo y el 25.0% en riesgo. Por su parte, cuando la abuela es la cuidadora principal, se observa una distribución balanceada entre no riesgo y riesgo (50.0% en cada categoría). Finalmente, en los casos donde el cuidador principal corresponde a la tía, la hermana o la niñera, la totalidad de los participantes se clasifica en la categoría de no riesgo. (Ver Figura 14)

Figura 14

Clasificación de los participantes según el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el cuidador principal



Nota. Elaboración propia.

En conjunto, los resultados evidencian diferencias en la distribución del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria según variables como la edad y el estilo parental, mientras que no se observaron asociaciones significativas con el género ni el cuidador principal.

Discusión

En el presente estudio, en relación con los estilos parentales percibidos por los adolescentes participantes, se evidenció un predominio del estilo parental democrático, seguido de los estilos autoritario, negligente, ambivalente y permisivo. Asimismo, respecto al cuidador principal asociado a dichos estilos parentales, se encontró que la madre representó la principal figura cuidadora en la mayoría de los casos, seguida de ambos padres.

Por otro lado, en el estilo ambivalente —denominado de esta manera debido a que los puntajes obtenidos correspondían de forma similar a varios estilos parentales— la abuela fue identificada con mayor frecuencia como cuidadora principal, seguida de la madre. En términos generales, los resultados evidencian que la madre fue reconocida como la principal figura de cuidado en la mayoría de los estilos parentales evaluados.

En cuanto a la distribución del estilo parental según el género, se observó que el estilo democrático predominó tanto en hombres como en mujeres, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Lo anterior sugiere una predominancia del estilo parental democrático independientemente del género de los participantes. Este hallazgo podría sugerir que las prácticas parentales percibidas por los adolescentes se mantienen relativamente estables independientemente del género, favoreciendo en ambos casos contextos familiares caracterizados por el equilibrio entre afecto y supervisión. Durante la adolescencia, estas características adquieren especial relevancia debido a la necesidad progresiva de autonomía propia de esta etapa del desarrollo, la cual requiere simultáneamente acompañamiento emocional y establecimiento de límites adecuados.

En relación con la edad, se observó una mayor concentración de estudiantes de 11 años tanto en la categoría de riesgo como de no riesgo. No obstante, este hallazgo podría estar influenciado por la mayor representación de esta edad dentro de la muestra evaluada, por lo que no necesariamente implica una relación directa entre la edad y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Estos resultados guardan similitud con lo reportado por Cristancho Alfonso et al. (2015), quienes encontraron que el rango de edad con mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo se ubicó entre los 11 y 13 años.

Respecto al grado escolar, tanto en quinto como en sexto predominó la clasificación de “no riesgo”. Sin embargo, se identificó una proporción de estudiantes en riesgo en ambos grados, lo cual evidencia la presencia de conductas alimentarias de riesgo desde etapas tempranas de la adolescencia. De manera similar, Cristancho Alfonso et al. (2015) reportaron presencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes pertenecientes a grados escolares equivalentes, incluyendo quinto de primaria y sexto de bachillerato, lo que respalda la importancia de fortalecer estrategias preventivas desde etapas escolares tempranas. Aunque predominó la categoría de no riesgo, la presencia de adolescentes en riesgo desde estos grados escolares resulta relevante si se considera que la transición entre la niñez y la adolescencia suele estar acompañada de cambios corporales, emocionales y sociales que pueden incrementar la preocupación por la imagen corporal y la aceptación social. En este sentido, la identificación temprana de conductas alimentarias de riesgo constituye una oportunidad para implementar estrategias preventivas antes de que dichas conductas se consoliden.

Adicionalmente, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, evidenciando

además un tamaño del efecto muy débil. Aunque tanto en la categoría “riesgo” como “no riesgo” predominó el sexo femenino, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Ojeda-Martín et al. (2021) quienes tampoco encontraron diferencias significativas entre el género y el riesgo de TCA en población joven. Sin embargo, los resultados difieren de investigaciones desarrolladas por L. D. Ruiz Zapata y V. Gómez Carvajal (2023), así como por Cristancho Alfonso et al. (2015), quienes sí evidenciaron diferencias de género asociadas al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias en las características sociodemográficas de las muestras, los contextos socioculturales, los rangos de edad evaluados o los instrumentos utilizados para medir el riesgo de TCA. Asimismo, aunque históricamente los TCA han sido asociados con mayor frecuencia al sexo femenino, en la actualidad se reconoce una mayor presencia de estas problemáticas en población masculina, lo que podría contribuir a que las diferencias entre géneros sean menos marcadas en algunos estudios.

Por otra parte, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el cuidador principal del estudiante y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Aunque la mayoría de los adolescentes identificó a la madre como cuidadora principal, seguida de ambos padres, las proporciones de riesgo y no riesgo fueron similares entre los distintos grupos.

Estos resultados contrastan parcialmente con lo expuesto por Domínguez-Vásquez et al. (2008) quienes plantean que la madre constituye una figura fundamental en la transmisión de hábitos saludables y conductas alimentarias hacia los hijos. De igual manera, Gonçalves et al. (2017) señaló que determinadas conductas maternas, como la realización frecuente de dietas, pueden influir en la aparición de problemas alimentarios en los hijos. En esta misma línea, L. Á. Amor, M. J. A. Roldán y M. E. Cabrera (2014) destacan la influencia del entorno familiar en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

No obstante, en el presente estudio, el hecho de identificar a una figura cuidadora específica no se relacionó significativamente con el riesgo de TCA, lo que sugiere la posible influencia de otros factores familiares y contextuales más complejos, como la calidad del vínculo afectivo, las dinámicas de comunicación o las prácticas parentales percibidas por los adolescentes. Lo anterior podría indicar que la influencia familiar sobre el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria no depende exclusivamente de quién ejerce el rol de cuidador principal, sino de la calidad de las interacciones establecidas con dicha figura. Aspectos como la comunicación, el apoyo emocional, la validación afectiva y las estrategias de acompañamiento podrían tener un papel más relevante que la composición familiar en sí misma.

Finalmente, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estilo parental y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ($\chi^2(4) = 13.64$, $p = .008$), con un tamaño del efecto de magnitud pequeña a moderada (V de Cramer = .253). En cuanto a la distribución de los porcentajes, se observó que el estilo democrático presentó la mayor proporción de adolescentes clasificados en “no riesgo” (79.3%). Por el contrario, los estilos

permisivo, ambivalente y autoritario presentaron proporciones más elevadas de adolescentes clasificados en la categoría de riesgo. Desde una perspectiva evolutiva, estos resultados pueden comprenderse a partir de las necesidades propias de la adolescencia. Durante esta etapa, los jóvenes atraviesan procesos de construcción de identidad, desarrollo de la autoestima y búsqueda de autonomía, los cuales se ven influenciados por las dinámicas familiares. En este contexto, el estilo democrático podría funcionar como un factor protector al proporcionar simultáneamente apoyo emocional, comunicación abierta y supervisión adecuada, favoreciendo recursos personales para afrontar las presiones asociadas a la imagen corporal y la aceptación social. Por el contrario, estilos caracterizados por un exceso de control, inconsistencia o escasa implicación afectiva podrían dificultar el desarrollo de estrategias adaptativas de regulación emocional, aumentando la vulnerabilidad frente a conductas alimentarias de riesgo.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Pérez y Rodríguez (2023), quienes identificaron los estilos autoritario y permisivo como factores asociados a un mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que el estilo democrático fue descrito como un factor protector. De igual manera, los planteamientos de J. Marmo (2014) permiten comprender cómo los estilos parentales pueden actuar como factores protectores o de riesgo en el desarrollo emocional de los adolescentes. En este sentido, el estilo democrático favorece el afecto, la comunicación y el acompañamiento adecuado, promoviendo una mejor autoestima y ajuste emocional. Por el contrario, estilos como el autoritario y el negligente pueden asociarse con mayores dificultades emocionales y conductuales debido al exceso de control, la escasa expresión afectiva o la falta de

supervisión parental, aspectos que podrían incrementar la vulnerabilidad frente al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (Marmo, 2014).

No obstante, es importante considerar que algunos estilos parentales, especialmente el negligente, ambivalente y permisivo, presentaron una menor representación dentro de la muestra, por lo que los resultados relacionados con estas categorías deben interpretarse con cautela. En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer prácticas parentales caracterizadas por el afecto, la comunicación y el acompañamiento emocional como posibles factores protectores frente al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en la adolescencia.

En conjunto, los hallazgos sugieren que el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia no puede explicarse únicamente por variables individuales, sino que debe comprenderse dentro de un contexto relacional más amplio. La familia constituye uno de los principales escenarios de socialización durante esta etapa, por lo que las prácticas parentales basadas en el afecto, la comunicación y el acompañamiento podrían desempeñar un papel relevante en la promoción de la salud mental y la prevención de conductas alimentarias de riesgo.

Conclusiones

En cuanto al cumplimiento del objetivo general, la presente investigación permitió identificar y caracterizar los estilos parentales y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la institución educativa seleccionada del municipio de El Carmen de Viboral, Antioquia. Entre los principales hallazgos, se evidenció la existencia de una asociación significativa entre el estilo parental percibido y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, destacándose el estilo democrático como un posible factor protector frente a estas conductas de riesgo.

En relación con las hipótesis planteadas, los resultados permitieron confirmar parcialmente las hipótesis formuladas en la investigación. Respecto a la hipótesis general, se confirmó la existencia de una asociación entre los estilos parentales y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Asimismo, la tercera hipótesis específica fue aceptada, dado que los resultados evidenciaron que el estilo parental democrático se relaciona con una menor presencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que los estilos autoritario, negligente y permisivo mostraron una mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo en comparación con el estilo democrático.

Por otro lado, la primera hipótesis específica fue rechazada, debido a que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. De igual manera, la segunda hipótesis específica fue rechazada, ya que no se evidenció una asociación significativa entre el cuidador principal y el riesgo de desarrollar TCA.

Asimismo, este estudio aporta una caracterización inicial de los estilos parentales y las conductas alimentarias de riesgo en población adolescente del contexto evaluado, contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento sobre esta problemática en el Oriente Antioqueño. De igual manera, los hallazgos resaltan la importancia de continuar investigando los trastornos de la conducta alimentaria desde la influencia de las dinámicas familiares y los estilos parentales, considerando que estos pueden constituir factores relevantes en la prevención o vulnerabilidad frente al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en etapas tempranas de la adolescencia.

Adicionalmente, los resultados obtenidos podrían ser utilizados como base para el desarrollo de programas de promoción y prevención en salud mental dirigidos a adolescentes, padres y cuidadores, orientados al fortalecimiento de prácticas parentales saludables y al acompañamiento emocional. Asimismo, estos hallazgos podrían implementarse en escuelas de familia dentro de las instituciones educativas, con el fin de favorecer el bienestar integral de los estudiantes y promover estrategias de crianza protectoras frente a conductas alimentarias de riesgo. De igual manera, la información obtenida podría servir como apoyo para el diseño de acciones preventivas desde las áreas de salud mental de las alcaldías y entidades territoriales, fortaleciendo el trabajo comunitario y la atención temprana en población adolescente.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones de la presente investigación, se encuentra el uso de un cuestionario sociodemográfico y de caracterización de prácticas parentales elaborado por la investigadora el cual fue construido tomando como referencia aspectos teóricos y estructurales del PAQ. Sin embargo, al tratarse de un instrumento diseñado específicamente para esta investigación, no contó con un proceso formal de validación ni de confiabilidad, aspecto que podría influir en la precisión y consistencia de la información recolectada.

Asimismo, otra limitación importante corresponde a la distribución desigual de los estilos parentales dentro de la muestra, ya que algunos estilos, como el permisivo, negligente y ambivalente, presentaron una menor representación en comparación con el estilo democrático. Esta diferencia en el tamaño de los grupos podría influir en la estabilidad de los resultados y limitar la generalización de los hallazgos relacionados con dichas categorías.

Recomendaciones

Como recomendación para futuras investigaciones, se sugiere el diseño y validación de instrumentos psicométricos dirigidos a población colombiana infantil y adolescente que permitan evaluar de manera válida y confiable los estilos parentales percibidos. Esto permitiría contar con herramientas adaptadas al contexto sociocultural y a las características evolutivas de la población evaluada, favoreciendo una mayor precisión en los resultados obtenidos.

Asimismo, se recomienda continuar profundizando en el estudio de la relación entre los estilos parentales y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, considerando que continúa siendo una temática poco explorada en el contexto colombiano, especialmente en población adolescente. En este sentido, sería pertinente ampliar el análisis incluyendo variables familiares, emocionales y socioculturales que puedan influir en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

Finalmente, se recomienda que en futuras investigaciones se realice una evaluación preliminar de los estilos parentales con el fin de garantizar una distribución más equilibrada entre las diferentes categorías parentales dentro de la muestra. Esto permitiría contar con una representación más homogénea de los estilos democrático, autoritario, permisivo y negligente, favoreciendo una mayor estabilidad en los análisis y una mejor comparación entre los grupos evaluados.

Referencias

- Alfaro Inuma, D. I., & Alvarez Calderon, Y. Y. Violencia familiar y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la ciudad de Trujillo.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Amor, L. Á., Roldán, M. J. A., & Cabrera, M. E. (2014). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (19), 2051-2069.
- Anaya, F. (2004). El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. *Enfermería clínica*, 14(4), 230-234.
- Ángel, L. A., Martínez, L. M., & Gómez, M. T. (2008). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(3), 193-210.
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria*, 39(SPE2), 8-15.
- Ato García, M., Benavente Reche, A. P., & Vallejo Seco, G. (2015). Diseños de investigación en psicología: documento de prácticas.
- Baumrind, D. (2010). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Revista Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development*, 37(4), 887-907.

- Behar, R., & Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas (os). *Revista chilena de pediatría*, 85(6), 731-739.
- Brañas, P., & de Adolescentes, J. D. L. S. Prevención de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).
- Bravo Rodríguez, M., Pérez Hernández, A. & Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: Características y síntomas. *Rev cubana pediatr*, 72(4), 300-305.
- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Castañeda, T; & Restrepo, J. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 1-8.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafa, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 305-312.
- Chiappori Vizcarra, R. M., & Portal Velasquez, F. (2023). Estilos de crianza parental y Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA): una revisión aplicada.

Colombia. Congreso de la República. (2006). *Ley 1090 de 2006 (6 de septiembre): por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario oficial.

Constaín, G. A., de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, M., Jiménez, G. A. R., Vásquez, G. M. G., Cardona, L. M., & Vélez, J. C. (2017). Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 49(4), 206-213.

Constaín, G. A., Ramírez, C. R., de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, M., Gómez, M. Á., Múnera, C. M., & Acosta, C. A. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 46(6), 283-289.

Cristancho, P. C., Lopez, S. P., & Liévano, M. C. (2015). Conductas Alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años de un colegio privado, Chía, Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 8(1), 17-26.

Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B., & Le Grange, D. (2017). Exploring types of family environments in youth with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 389-396.

Deossa Restrepo, G. C., Restrepo Betancur, L. F., & Velásquez Vargas, J. E. (2015). Actitudes y comportamientos de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes universitarios, Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(1), 67-82.

- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 249-255.
- Escamilla-Gutiérrez, M. L., Cruz-Ramírez, N., Ramos-Hernández, B. K., Ramírez-Reséndiz, R. G., Arrieta-Villarreal, J. L., Guzmán-Saldaña, R., & Bosques-Brugada, L. E. (2024). Risk Eating Behavior, Family Functioning, Parental Practices and Parenting Styles Dyad Mother-Children. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 14(1), 65-75.
- Fajardo, E; Méndez, C; & Jauregui, A. (2017). Prevalencia Del Riesgo De Trastornos De La Conducta Alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57.
- Gaete, V., López, C., Matamala, M., & Raimann, X. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista médica clínica Condes*, 23(5), 566-578.
- Gómez Maquet, Y., Vallejo Zapata, V. J., Villada Zapata, J. A., & Zambrano Cruz, R. (2010). *Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín, Colombia*. *Pensando Psicología*, 6(11), 65–73.
- Gómez-Restrepo, C., & de Santacruz, C. (2016). *La Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM 2015*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(Suppl. 1).

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Kenny, M. E., & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 521.
- La Comida, M. H. D. Trastornos de la conducta Alimentaria-TCA.
- Losada, A. V., Germano, G., & Adrio, M. L. (2020). Estilo parental percibido en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178.
- Mejía Escobar, S. Y., & Rodas Cataño, I. T. (2022). Percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021.
- Mejía Terreros, P., & Montoya Ceballos, A. (2022). Incidencia de los esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales de acompañamiento en los trastornos de la conducta alimentaria.
- Ojeda-Martín, Á., López-Morales, M., Jáuregui-Lobera, I., & Herrero-Martín, G. (2021). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *Journal of negative and no positive results*, 6(10), 1289-1307.

- Pérez Rodríguez, N., & Rodríguez Perdomo, C. (2023). Trastornos de la conducta alimentaria y el maltrato en la infancia.
- Piñeros Ortíz, S., Molano Caro, J., & López de Mesa, C. (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.
- Quirama, L. T. C., Ceballos, A. M., & Terreros, P. M. (2021). Incidencia De Los Esquemas Mal Adaptativos Tempranos En El Comportamiento Alimentario. *Poliantea*, 16(29), 88-91.
- Reyes Soriano, R. (2024). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la escuela.
- Robertson, J. (2020). The parent behind the eating disorder: how parenting styles affect eating disorders in adolescents. *Family Perspectives*, 2(1), 3.
- Rocafuerte, A. (2017). Estilos parentales y su relación con las conductas alimentarias de riesgo de adolescente. Repositorio UTA. [Tesis posgrado].
- Rodgers, R., & Chabrol, H. (2009). *Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review*. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 137–151.
- Ruiz Zapata, L. D., & Carvajal Gómez, V. (2023). Insatisfacción corporal como mediador en la relación entre redes sociales y trastornos de la conducta alimentaria, [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Torío López, S., Peña Calvo, J. V., & Rodríguez Menéndez, M. D. C. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica.

Velázquez, V. V., & Martínez, L. M. R. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y salud*, 23(1), 15-24.

Vicario, M. H., Fierro, M. C. G., & Hidalgo, M. G. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(61), 3579-3587.

Anexos

Anexo 1. Formato utilizado para remisiones a EPS de estudiantes identificados con riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.



REMISIÓN A SERVICIOS DE SALUD (EPS)
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRAY JULIO TOBÓN BETANCUR
Área de Convivencia Escolar – Orientación escolar

Señores:Entidad Prestadora de Salud – EPS

Asunto: Remisión para valoración por medicina general

Por medio de la presente, desde el servicio de Psicoorientación Escolar de la Institución Educativa Fray Julio Tobón, se realiza remisión del estudiante

TI: , con el fin de que sea valorado por el servicio de medicina general en su entidad de salud. Lo anterior se fundamenta en los resultados obtenidos a partir de la aplicación de instrumentos de tamizaje en el contexto escolar, en los cuales se identificaron indicadores que sugieren un posible riesgo asociado al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Es importante aclarar que estos resultados no constituyen un diagnóstico clínico, ni implican la presencia confirmada de un trastorno, sino que corresponden a indicadores de alerta que requieren valoración profesional complementaria para su adecuada interpretación.

Además es pertinente, tener en cuenta que los resultados obtenidos pueden estar influenciados por diversos factores propios del proceso de diligenciamiento de los instrumentos. Entre ellos se encuentran posibles errores al momento de responder, dificultades en la comprensión de algunos ítems, respuestas marcadas de forma apresurada o por confusión, así como la interpretación individual que cada estudiante puede hacer del contenido de las preguntas, lo cual puede generar variaciones en las respuestas. No obstante, es relevante señalar que el instrumento empleado cuenta con un adecuado respaldo teórico y psicométrico, siendo ampliamente utilizado y validado en población similar para la identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria, lo que lo convierte en una herramienta útil y confiable para la detección temprana y la orientación de acciones preventivas.

En este sentido, se recomienda que el estudiante sea valorado inicialmente por medicina general, con el fin de realizar una evaluación integral del estado de salud. En caso de que el profesional lo considere pertinente, se sugiere la remisión a servicios de psicología y/o nutrición, para una valoración más específica e interdisciplinaria.

La presente remisión se emite con fines preventivos, en el marco de la promoción de la salud y el bienestar integral del estudiante, Agradecemos la atención prestada a la presente.

Anexo 2. Consentimiento informado para la participación de estudiantes menores de

edad.



CONSENTIMIENTO LIBRE, PREVIO E INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN MENORES DE EDAD

El propósito de este consentimiento es solicitar su autorización para que su hijo/hija participe en una investigación que realizarán estudiantes de Psicología de la Universidad de Antioquia con el fin de optar al título como psicóloga.

Nombre del padre/madre/acudiente: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Grado: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: *Relación entre los Estilos parentales y el riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes del Oriente antioqueño*

Procedimiento: Se aplicarán dos instrumentos a su hijo/hija: un cuestionario psicológico para identificar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y un cuestionario sociodemográfico y de caracterización familiar para conocer su percepción sobre las prácticas parentales en el hogar.

Riesgos e incomodidades: La participación de su hijo/hija en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico, ni psicológico para él o ella.

Derecho a retirarse de la investigación: La participación es voluntaria. Usted puede decidir que su hijo/a no participe o retirarlo en cualquier momento. Si tiene preguntas, puede comunicarse con los investigadores al número indicado al final del documento. Este estudio puede no generar beneficios directos, pero sus resultados contribuirán al conocimiento sobre el tema.

Información médica no prevista: Durante la investigación podría identificarse información relevante sobre el bienestar o la salud mental del participante. De ser necesario, se informará a la familia y se sugerirá acudir a un profesional o servicio especializado. Los costos de esta atención no serán cubiertos por el proyecto.

Confidencialidad: La información recolectada de su hijo/a será utilizada únicamente para fines de esta investigación, se garantizará el anonimato de los participantes, sin incluir nombres ni datos que permitan su identificación. La información será almacenada en un archivo protegido para asegurar la confidencialidad de los datos.

Yo _____, en calidad de padre/madre/representante legal del menor _____ con base en lo expuesto en el presente documento:

1. Declaro que al firmar este documento ACEPTO que mi hijo/hija participe voluntariamente en esta investigación la cual es conducida por el Investigador y estudiantes.
2. Declaro que yo y mi hijo/hija/ hemos sido informados(as) sobre el objetivo de este estudio de forma escrita, que me han indicado que mi hijo/hija/ tendrá que responder cuestionarios y el tiempo que tomará realizar esto.
3. Reconozco que la información brindada por mi hijo/hija será confidencial y usada solo para esta investigación. Sé que puedo hacer preguntas o retirar su participación en cualquier momento sin ningún perjuicio. Para cualquier duda puedes contactar al investigador encargado del proyecto.

Nombre de la Estudiante Responsable	Manuela Leon Montoya
Correo electrónico	manuela.leonm@udea.edu.co
Número celular	3214664918

4. En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven para mi hijo/hija, por lo que al firmar expreso mi autorización de la participación de mi hijo/hija en este estudio.

Nombre, firma y documento de identificación – Padre/madre/representante de familia

Nombre _____ Cédula de ciudadanía _____

Firma _____

Nombre, firma y documento de identificación del investigador

Anexo 3. Instrumento EAT-26.



CUESTIONARIO RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



Este cuestionario **NO** es un examen, **NO** hay respuestas buenas ni malas.

si el ítem describe tu actitud desde hace tres meses hasta el día de hoy, marque con una X en el recuadro

	Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Me angustia la idea de estar demasiado gord@	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
2	Procuro no comer cuando tengo hambre	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
3	La comida es para mí una preocupación frecuente	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
4	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
5	Corto mis alimentos en pequeños trozos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como (Aparecen en las etiquetas)	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
9	Vomito después de comer	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
10	Me siento muy culpable después de comer	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
11	Me obsesiona el deseo de estar más delgad@	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
12	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgad@	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis (piel con hoyitos, como la cáscara de una naranja)	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
15	Tardo más tiempo que los demás en comer	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
17	Como alimentos dietéticos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
19	Demuestro autocontrol cuando se trata de comida.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
21	Paso demasiado tiempo pensando en la comida	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
22	No me siento bien después de haber comido dulces	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
23	Estoy haciendo dieta para bajar de peso	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
24	Me gusta tener el estómago vacío	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
25	Disfruto probar alimentos nuevos y ricos en calorías	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

Anexo 4. Cuestionario sociodemográfico y caracterización familiar con énfasis en estilos parentales

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y CARACTERIZACIÓN FAMILIAR

Este cuestionario NO es un examen, NO hay respuestas buenas ni malas.



Nombre _____ Edad _____ Soy: Hombre __ Mujer __ Salón _____

¿Aceptas participar voluntariamente en el estudio?: SÍ __ NO __

Vivo con: Mamá __ Papá __ Ambos __ Otros __ ¿Quiénes? _____

En qué trabajan mis cuidadores _____

Cuál es mi cuidador(a) principal: Mamá __ Papá __ Ambos __ Otros __ ¿Quiénes? _____

	Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	En mi casa existen normas claras sobre lo que puedo y no puedo hacer.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
2	Mis padres o cuidadores me explican las razones de las normas.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
3	Cuando cometo un error, mis padres o cuidadores me ayudan a entender cómo mejorar.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
4	Cuando en mi casa se toman decisiones, mis padres o cuidadores tienen en cuenta mi opinión	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
5	En mi casa puedo hablar con mis padres o cuidadores cuando algo me preocupa.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
6	En mi casa se espera que obedezca las normas sin preguntar.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
7	Cuando no cumplo una norma, recibo una corrección o castigo inmediato.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
8	Mis padres o cuidadores se enojan si pregunto sobre sus decisiones.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
9	En mi casa las reglas se deben cumplir sin importar lo que yo piense.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
10	Mis padres o cuidadores son muy estrictos con las normas.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
11	Mis padres o cuidadores me dejan decidir la mayoría de las cosas por mí mismo/a.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
12	En mi casa cuando incumplo una norma, mis padres o cuidadores actúan como si nada hubiera pasado.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
13	En mi casa puedo hacer lo que quiero porque casi no hay reglas.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
14	Mis padres o cuidadores prefieren evitar discutir conmigo cuando hago algo incorrecto.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
15	Mis padres o cuidadores suelen darme permiso cuando insisto mucho en algo.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
16	A mis padres o cuidadores les importa poco si cumplo o no las normas.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
17	En mi casa las normas cambian con frecuencia o no son claras.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
18	Mis padres o cuidadores prestan poca atención a lo que hago en mi tiempo libre.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
19	En mi casa hablamos poco sobre cómo me siento o lo que me pasa.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
20	A veces siento que mis padres o cuidadores están demasiado ocupados para prestarme atención.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre