

TFM INES DELAS VIGO NICOLAU

por Inés de Delás-Vigo Nicolau

ARCHIVO	86994_INES_DE_DELAS-VIGO_NICOLAU_TFM_INES_DELAS_VIGO_NICOLAU_1651689_213262373.PDF (452.3K)		
HORA DE LA ENTREGA	08-MAY.-2020 05:19P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	12417
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1319501409	SUMA DE CARACTERES	68625

Inés
Delás-Vigo
Nicolau



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

**INFLUENCIA ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON LA
AUTOESTIMA Y VARIABLES DE LOS ESTILOS PARENTALES**

INFLUENCIA ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON LA AUTOESTIMA Y VARIABLES DE LOS ESTILOS PARENTALES

Autor/a: Inés Delás-Vigo Nicolau
Director/a Profesional: Elisa Hormaechea García
Director/a Metodológico/a: María Cortés Rodríguez



MADRID | Mayo 2020

Resumen

El objetivo de este estudio fue examinar cómo influyen en los jóvenes el rechazo, la sobreprotección y la calidez emocional que reciben de sus padres, así como el factor autoestima en la presencia de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria. Para ello se realizó un estudio ex post-facto, con una muestra no clínica de 204 sujetos (24.5% hombres y 75.5% mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y 27 años. A todos ellos se les aplicó los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y Short-EMBU (S-EMBU). A resultados del estudio, se concluye, por un lado, la existencia de una relación inversa entre la autoestima y la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria. Por otro lado, los resultados señalan que a mayor rechazo y sobreprotección percibida, menor será la autoestima y mayor la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, no se ha encontrado evidencia empírica que indique que una mayor calidez emocional percibida, afecte en la autoestima ni en la presencia de la clínica de los trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Sintomatología, Autoestima, Rechazo Sobreprotección, Calidez Emocional.

Abstract

The aim of this study was to examine how rejection, overprotection and emotional warmth from parents influence young people, as well as self-esteem in the existence of symptoms of eating disorders. To do so, an ex post-facto study was carried out with a non-clinical sample of 204 subjects (24.5% were male and 75.5% were female) between 18 and 27 years of age. The following instruments were applied to the sample: Sociodemographic Questionnaire, Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES) and Short-EMBU (S-EMBU). The study concludes that, on one hand, there is an inverse relationship between self-esteem and symptoms of eating disorders. On the other hand, the results indicate that the greater the rejection and perceived overprotection, the lower the self-esteem and the greater the symptoms of eating disorders. However, no empirical evidence has been found that indicates that increased perceived emotional warmth affects self-esteem or the existence of eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, Symptomatology, Self-esteem, Overprotection, Rejection, Emotional Warmth.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), tal y como proponen López y Treasure (2011), son enfermedades de salud mental multicausadas, las cuales representan, a nivel psicológico, la tercera enfermedad crónica. Un dato objetivo es que dichos trastornos son eminentemente femeninos en la proporción 10:1, siendo las adolescentes y mujeres jóvenes las más afectadas, con una incidencia del 5%. Además, Sullivan (1995 como se citó en Ductor, 2005) refiere una tasa de mortalidad de estos pacientes en un 5,9% superior a la de la población en general, incluso superior a los que están ingresados en centros psiquiátricos. Debido a la gravedad de estas patologías, la American Psychiatric Association (APA, 2004), recomienda un tratamiento multimodal e interdisciplinar que aborde una rehabilitación nutricional, psicofarmacológica y psicosocial. Por ello, como menciona Carrasco (2004 como se citó en Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008), surge la necesidad de dar importancia y abordar estos trastornos de una manera más efectiva teniendo en cuenta a la familia, que puede ser la “causante”, la que se “adapta” a la enfermedad o la que “padece” sus consecuencias, dificultando o facilitando el tratamiento.

Los trastornos de la conducta alimentaria son de etiología desconocida. Se han postulado diversas teorías para identificar su origen y posibles tratamientos (López y Treasure, 2011). A pesar de ello, existen unos factores comunes que plantean todos los autores. Amén de la cronicidad, las recaídas provocadas por disfuncionalidades psicosociales de los afectados y entorno familiar, puede conducir a un empeoramiento con trascendencia de morbilidad médica y psiquiátrica que en ocasiones conducen a la autolisis (López y Treasure, 2011; Hudson, Hiripi, Pope, Kessler, 2007; Steinhausen, 2009; Harris y Barraclough, 1998 como se citó en Méndez, Vázquez y García, 2008). De hecho, aproximadamente un 10% de dicha mortalidad, viene dada por inanición, suicidio o desequilibrios electrolíticos tal y como refleja el DSM IV-TR (2000 como se citó en Jáuregui, 2009).

En 1994 tal y como indica en el DSM-IV (APA, 1994), surgen importantes cambios en el área de los entonces llamados trastornos de la conducta alimentaria, representados por modificaciones graves de la conducta alimentaria. Siendo el espectro del diagnóstico la infancia y principios de la adolescencia, están divididos en *específicos* como son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) y los *no específicos* o TCANE, los cuales se refieren a episodios subclínicos y al Trastorno por Atracón. Aún prevaleciendo mayoritariamente en adolescentes y adultas jóvenes, también se pueden presentar en niños en edad escolar (Peláez-Fernández, Raich, y Labrador, 2010; Nicholls, Lynn, y Viner, 2010).

En el año 2013, fueron revisados los criterios para mejorar el diagnóstico con el DSM-V que asigna a los Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos con el número F50.89,

definiéndola como “*una alteración persistente en la alimentación o 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*” (American Psychiatric Association, 2014). Esta nueva concepción más amplia, integra alteraciones en el comportamiento alimentario y también en la ingesta, observando áreas con daños relevantes, extendiendo el rango del diagnóstico a cualquier edad.

No obstante, y a pesar de las múltiples definiciones, algunos autores refieren que, lo que determina y comparten los cuadros diagnósticos son la preocupación por la imagen corporal y el miedo a engordar, ocasionando ansiedad (Marín, 2002 como se citó en Cruzat et al., 2010).

Así pues, es de suma importancia indicar que, en algunos casos, tanto el peso como las conductas alimentarias pueden variar de expresión dentro del mismo sujeto. Por ejemplo, los adolescentes con obesidad notable y sus diferentes demandas ante una solución, acaban llevando a cabo comportamientos alimentarios purgativos severos, que producen una disminución de peso y generan un cuadro clínico coincidente totalmente con la bulimia nerviosa (Méndez et al., 2008). Estas sobreposiciones en los trastornos de las conductas alimentarias, que se pueden dar a lo largo del tiempo en un mismo individuo, requieren tener una perspectiva más global y flexible para entender y tratar mejor a estos pacientes siempre teniendo presentes las diferencias clínicas de los distintos TCA (Méndez et al., 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera los trastornos de la conducta alimentaria como el segundo diagnóstico más común entre adolescentes, la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa en este orden (Golden et al., 2003). Estos trastornos engloban componentes biológicos, psicológicos y socioculturales que derivan en un deterioro notable del bienestar físico y psicosocial (Striege-More y Bulik, 2007; Hudson et al., 2007; Steinhausen, 2009; Harris y Barraclough, 1998 como se citó en Méndez et al., 2008).

No ha sido hasta mediados de los años 90 cuando se inician estudios epidemiológicos en España sobre TCA. Peláez-Fernández, Raich, y Labrador (2004), señalan que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en las tres últimas décadas, alcanzando entre el 1 y 3% en población adolescente y joven de ambos sexos y en torno al 4 y 5% en mujeres jóvenes y adolescentes, cifras similares a las obtenidas en otros países desarrollados, siendo la tercera enfermedad crónica entre la población femenina y juvenil en las sociedades occidentales y avanzadas. En países orientales, también se ha detectado un incremento constante en estos últimos años (Makino, Tsuboi y Dennerstein, 2004). No sólo existe un aumento de la prevalencia, sino de la población de riesgo a padecer un TCA (Peláez-Fernández et al., 2010). Según Gandarillas-Grande y Febrel (2000 como se citó en Peláez-

Fernández et al., 2004), el 15,3% de las mujeres y el 2,2% de los hombres figuran como una población de riesgo de padecer un TCA.

La clasificación y explicación de los Trastornos de conducta alimentaria sigue siendo objeto de discusión (López y Treasure, 2011). Sin embargo, hoy en día Marfil, Sánchez, Herrero-Martín y Jáuregui-Lobera (2019), ponen el acento en que la etiología de estas patologías es multicausal, surgida de una interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Las diferentes teorías se complementan recogiendo la trascendencia desempeñada por estos distintos factores (culturales, ambientales y genéticos), (Méndez et al., 2008). Es decir, son trastornos multideterminados e individualizados pues según cada persona acoplan, sin una causa, de forma única y distinta, los diversos factores. Si bien, el sexo femenino y el período de adolescencia son las variables que conllevan una mayor probabilidad a padecer un TCA, se pueden desarrollar durante toda la vida (Losada y Whittingslow, 2013). En concordancia con esto, Lewinsohn, Striegel-Moore y Seeley (2000), remarcan que, en ocasiones, esta patología se manifiesta también en la adultez.

Por lo que se refiere a la comorbilidad, tal y como señalan Méndez et al., (2008), los trastornos de la conducta alimentaria muestran una gran pluralidad de signos y síntomas que repetidamente se relacionan con el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión, ansiedad y abuso de sustancias produciéndose un daño en el funcionamiento social.

Tal y como se ha indicado anteriormente, existe un porcentaje elevado con población de riesgo a padecer un TCA (Gandarillas-Grande y Frebrel, 2000 como se citó en Peláez-Fernández et al., 2004).

Los factores de riesgo causales de los TCA, al surgir de acciones recíprocas de factores físicos, psicológicos y socioculturales dificultan la interpretación de su etiología (American Psychiatric Association, [APA], 2000). De hecho, una manera de conocer estos factores es examinando los Comportamientos de Riesgo Alimentario (CRA), considerado en ocasiones desencadenantes de los trastornos de la conducta alimentaria pese a que no todos los comportamientos de riesgo alimentarios tienen porqué terminar en un TCA (Ávila y Jáuregui, 2015 como se citó en Marfil et al., 2019). Es decir, un factor de riesgo no implica que desarrolle el trastorno, pero lo idóneo es limitarlos para evitar, en la medida de lo posible, el desarrollo de algún desajuste. Para Marmo (2014), los Comportamientos de Riesgo Alimentarios se pueden definir teniendo en cuenta los síntomas del TCA explicados en la Guía de consulta de los criterios de diagnóstico DSM-5.

Los componentes que agudizan el peligro a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria serían los siguientes: los *factores biológicos* que abarcan la genética, el papel de la

pubertad, el sobrepeso y la obesidad, entre otros; los *factores socio-culturales* como son las presiones sobre el peso, las influencia de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales así como los aspectos transculturales. Por último, los *factores psicológicos* tales como la preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez, la importancia de la insatisfacción con la imagen corporal, perfeccionismo, autoexigencia, sensación de pérdida de control de la vida, afecto negativo y una baja autoestima (Losada y Whittingslow, 2013; Portela, Costa, Mora y Raich, 2012).

Tal y como se ha mencionado, la autoestima es una variable psicológica que puede determinar a sufrir un TCA. La autoestima es un rasgo del autoconcepto que incluye un componente de valoración, aprecio o consideración que uno tiene sobre sí mismo (Brown y Marshall, 2006 como se citó en Zeigler-Hill, 2011). Moreno y Ortiz (2009) concluyen en su análisis que, cuanto mayor sea la sintomatología en los trastornos de conducta alimentaria menor es la autoestima de las personas que lo padecen, siendo esta una correlación inversa. Varias investigaciones apoyan dichos resultados (Peris, 2018; Gual et al., 2002; Jacobi et al., 2004; Peck y Lightsey, 2008 como se citó en Bardone-Cone et al., 2010). Asimismo, Button, Sonuga - Barke y Thopson (1996) refieren que tener una baja autoestima es un factor susceptible a padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Por el contrario, una elevada autoestima se considera un factor protector para los problemas relacionados con el peso en el sexo femenino (Dianne et al., 2007), e incluso para ambos sexos (Nichollis y Viner, 2009). Se sabe que, a nivel emocional, los pacientes que sufren trastornos de la conducta alimentaria fluctúan desde la obsesión y perfeccionismo hasta el descontrol e inestabilidad (Cruzat et al., 2010). Por lo tanto, reconocer y comprender esta ambivalencia resulta útil para el tratamiento pues, entre otros elementos fundamentales, ayuda a mejorar la autoestima (Treasure y Ward, 1997; Vanderlinden, Buis, Pieters y Probst, 2007 como se citó en Cruzat et al., 2010).

Por otro lado, recuperando la influencia de las relaciones interpersonales como uno de los factores socioculturales, existen estudios con opiniones distintas en cuanto quiénes son los que ejercen más influencia en los jóvenes. A pesar de que está ampliamente aceptada la existencia de dicha influencia, determinados autores consideran que es la familia el factor de riesgo más grande en cuanto a la alimentación, insatisfacción corporal, pérdida de peso del niño, adolescente y joven, así como sus medidas y su figura del cuerpo (McCabe y Ricciarelli, 2005; Mellor, Cabe, Ricciardelli y Merino, 2008). Por el contrario, autores como Blodgett y Gondoli (2011), consideran los amigos y medios de comunicación los que tienen un papel más importante en las fases intermedias y finales de la adolescencia.

Siendo la familia el núcleo social más próximo a la persona, y a su vez el encargado de la

difusión de costumbres, rutinas y valores es de suma importancia observar el funcionamiento de ésta para la posible aparición de algún miembro con trastorno de la conducta alimentaria, ya que la mayoría de los valores, actitudes y creencias que una persona tiene, proviene del ambiente sociocultural en el que crece (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006).

No obstante, no hay que dejar de lado los factores individuales que, tal y como se ha indicado anteriormente, también influyen en la manera en que se valora el propio cuerpo (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006). Es más, los resultados del estudio de Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) sugieren mediante valores de correlación absoluta entre cada variable, que el factor más relevante es la importancia física (.85), seguido por la disciplina y la alimentación (.67), relación con la madre (.62), ambiente proveedor de seguridad y respeto (.56), siendo el papel del padre la variable que menor peso adquiere (.46).

Según Marmo (2014), esta influencia de la familia tanto a nivel emocional como en la vida personal influye a lo largo de la vida. No sólo proporciona aprecio, estima, soporte del bienestar psicológico, autoestima, sensación de pertinencia y seguridad, entre otros, sino que fomenta las estrategias de afrontamiento, aporta las primeras identificaciones, normas, creencias y adquiere una función organizadora y reguladora de la personalidad (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001 como se citó en Marmo, 2014). Cabe reafirmar la familia como intermediario de socialización, al ser crucial a la hora de difundir y conseguir las responsabilidades domésticas pues, tal y como explica Zafra (2015), actúa como agente de socialización, siendo clave en la transmisión y adquisición de las responsabilidades domésticas. Ello, no implica únicamente aprender a cómo comer y sus respectivos hábitos, sino que actúa de manera abismal a nivel de desarrollo psicosocial. Dicho en otras palabras, gracias a las experiencias significativas entre padres e hijos aprendemos a reconocernos y a relacionarnos con los demás y con nosotros mismos (autoestima, autovaloración, etc.).

Dado que es en el ámbito de la familia y en su entorno donde se generan vivencias y experiencias de todo tipo, es también en donde pueden tanto generarse manifestaciones de una enfermedad como conductas y medidas protectoras de las mismas (Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, López-Aguilar, Álvarez-Rayón y Tena-Suck, 2010).

Enlazándolo con la comorbilidad, los trastornos que se han contemplado afiliados en las familias con TCA son (por parte de uno o ambos padres), trastornos de afectividad, ansiedad, fobias y exceso de alcohol (Mateos, 2012 como se citó en Marfil et al., 2019). Se resalta la importancia de valorar las particularidades del temperamento y enfermedades de los progenitores, siendo el origen o resultado de la afección que padece su hijo en un trastorno de la conducta alimentaria (Losada y Charro, 2018). No obstante, Valdanha-Ornelas (2016 como

se citó en Marfil et al., 2019), afirman que, a pesar de considerar a los TCA como la manifestación de la transmisión psíquica entre generaciones, aclaran que la herencia intergeneracional no justifica la aparición de un trastorno, pero sí establece una de las partes.

Para Losada y Charro (2018), el funcionamiento familiar influye en gran medida en su desarrollo, curso y evolución. Estudios como el de Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, Viladrichy Halley (2013), consideran que familias con trastornos de la conducta alimentaria presentan una predisposición mayor a padecer disfuncionalidad familiar que familias con control. De acuerdo con esto, Osorio- Murillo y Amaya-Rey (2011), consideran que los trastornos de la conducta alimentaria son el reflejo de un síntoma de disfunción familiar, siendo más grave a mayor disfunción, pues la familia es quien tiene un peso en los asentimientos, selección, y a su vez, compra y crea las normas del comportamiento de los alimentos (Cruz et al., 2008). Marmo (2014) añade que, no sólo dicho funcionamiento está más deteriorado en familias con TCA, sino que también su calidad de vida se ve afectada. Además, considera oportuno valorar su grado de cohesión, pues una alta cohesión y una cercanía emocional protegen de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Elfhag y Linné (2005), comparan, por un lado, el poder que ejercen los padres y los medios de comunicación y por el otro, las madres y amigas en cuanto a la modificación de las conductas de cambio de peso, siendo éstas últimas quienes ejercen una mayor influencia. En concordancia con esto, se ha visto que las conductas más restrictivas son más propensas en los casos en que las madres son de edad avanzada, mientras que las madres más jóvenes están más inclinadas a distribuir actitudes hacia el cuerpo de sus hijas (Jaffe y Worobey, 2006 como se citó en Méndez et al., 2008). En la mayoría de los casos, estas familias y, en especial, por parte de la madre, otorgan mucha relevancia a la imagen externa y el éxito sobre la construcción de uno mismo, desempeñando más influencia sobre la imagen corporal y las prácticas alimentarias, vigilando el peso e instaurando una comunicación estresante durante las comidas (Marfil, Sánchez, Herrero-Martín y Jáuregui-Lobera, 2019).

Dentro de una familia, *“el miembro enfermo es el vocero de una situación patológica implícita que se está viviendo en esa familia, es el depositario de la ansiedad del grupo”* (Riviere, 1970 como se citó en Losada y Charro, 2018). Merino, (1996 como se citó en Méndez et al., 2008) aporta que ya sean positivas o no, las modificaciones que se dan en el sujeto identificado como “enfermo”, desempeñan consecuencias en toda la familia física y psíquicamente. De manera que las interacciones que se dan en familias con TCA, se rigen por los síntomas del hijo/a, siendo una distracción del auténtico conflicto subyacente, consiguiendo

entonces que la enfermedad mantenga el equilibrio familiar (Cutting, Fisher, Grimm-Thomas y Birch, 1999).

Así pues, se encuentra una relación entre las diversas posturas de los padres, las dispares formas que las familias tienen de comportarse y el aumento de psicopatologías en edades más avanzadas como la neurastenia, depresión y los trastornos de la conducta alimentaria (Merino, 1996 como se citó en Méndez et al., 2008). De igual forma, destaca la trascendencia de las relaciones con los padres, principalmente la de la madre, a lo largo de la infancia y adolescencia para el consecutivo desarrollo tanto social como psicológico (Méndez et al., 2008). Cabe indicar que, de esta manera, todas las alteraciones o cambios que existen en una familia, en su estructura y dinámica, probablemente tengan impacto en los estilos parentales de educación y, en consecuencia, sobre el desarrollo socioafectivo de sus hijos (Cuervo, 2010). Por tanto, el estilo de crianza también juega un papel considerable para el desarrollo, curso y resultado de los trastornos que puedan presentarse en la familia (Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren, 2005 como se citó en Losada y Charro, 2018). Atendiendo a las prácticas educativas familiares, Henao, Ramírez y Ramírez (2007) añaden que, en función de éstas, se puede llegar a interpretar la dinámica de dicha familia, ya que el propósito de los padres en cuanto a la norma, autoridad, comunicación, afecto, control, entre otros, tiene un gran impacto en sus hijos y en las relaciones entre ellos.

Los estilos parentales (EP) son pautas de crianza que explican la forma en que son distribuidas las normas de socialización, contribuyendo en el crecimiento y distinguiendo la educación de los hijos, ya sea de manera cuidadosa por parte de los padres a sus hijos, como el control relacionado con las tareas y conductas (Marmo, 2014). El comportamiento de los padres es, por lo tanto, sustancial para la salud mental de una familia (Londoño-Pérez, 2017). Ante las respuestas que dan los hijos a situaciones cotidianas, los padres influyen en sus respuestas guiándolos hacia una determinada dirección. Se les denomina “estilos”, pues permanecen en el tiempo y mantienen cierto equilibrio (Coll, Miras, Onrubia y Solé, 1998 como se citó en Losada y Charro, 2018). Asimismo, dichos estilos de crianza se ciñen y desarrollan dentro de la familia, y son usados por los padres con el propósito de instruir, apoyar y dirigir a sus hijos para que puedan formar parte de la sociedad e infundiéndoles valores y normas (Ramírez, 2005). El niño toma como modelo a sus padres y aprende a actuar y responder en atención a ellos, pues es la familia del propio individuo quien fomenta e impulsa las diferentes maniobras durante esta etapa y define positiva o negativamente su capacidad, para así interactuar en diferentes tipos de relaciones en su adultez (Jackson, 1971 como se citó en Losada y Charro, 2018). Es decir, la estructura familiar, como son las características del

individuo y de sus progenitores, así como el contexto en el que se lleva a cabo la interacción entre ellos, determina las prácticas educativas parentales (Ramírez, 2005).

Marmo (2014) sugiere que dichas prácticas educativas presentan dos matices: de contenido y de forma. El contenido implica los valores establecidos en la familia, mientras que el relativo a la forma recae sobre las habilidades y estrategias que usan los padres para emitir esos contenidos. Y, según su ambiente, demandas, ayudas y dinámica en la que se encuentran, la familia apropia un determinado estilo de crianza (Cuervo, 2010). Estos estilos de crianza no sólo están vinculados con la imaginación, temperamento y comportamiento de la persona, sino que tienen un impacto en los recursos de afrontamiento, locus de control, apoyo social y confianza interpersonal (Richaud de Minzi, 2002).

Los factores que pronostican una adecuada forma didáctica y calidad del vínculo entre padres e hijos son la participación eficiente de los dos padres en la enseñanza y cuidado, bien ejercitada de forma común o separadamente, al ser éstos el soporte de la enseñanza, la estima, el dominio y la cooperación en la instrucción (Mestre, Tur, Samper, Nácher y Cortés, 2007). No obstante, según Richaud de Minzi (2002), la representación que un individuo presenta respecto a la práctica de su madre o padre influye más sobre la disposición de adaptación que el comportamiento “real” de sus progenitores (Richaud de Minzi, 2002).

Baumrind (1973 como se citó en Losada y Charro, 2018), diferencia cuatro estilos de crianza. Por un lado, el *estilo autoritario* caracterizado por un exceso de normas y exigencias severas basadas en patrones rígidos preestablecidos, con dificultad de desplazarse de ellos. Además, los padres ejercen un estricto control, así como un alto nivel de madurez sumándose a una comunicación y expresión emocional escasa. En caso del no cumplimiento de las normas, emplean el castigo sin dar pie al diálogo, pues en este estilo prevalece la obediencia de las normas.

Por otro lado, refiere el *estilo democrático* en aquellos padres que muestran elevados niveles de comunicación, control y estima, así como exigencias de madurez. Son más empáticos y flexibles, pues tienen en cuenta los sentimientos y necesidades de sus hijos a pesar de ejercer control sobre ellos. Aunque orientan a sus hijos poniendo límites, están habilitados a escucharlos y llegar a un pacto mutuo, pues dan explicaciones de sus comportamientos y demandas. Este estilo otorga habilidades comunicacionales y de socialización en los hijos ofreciéndoles protección y confianza en ellos mismos, fomentando así el desarrollo de su personalidad (Baumrind, 1973 como se citó en Losada y Charro, 2018).

También considera el *estilo permisivo*, en el cual los progenitores tienen un elevado nivel de afecto y comunicación (a diferencia de los estilos autoritarios). Además, ejercen poco

control y presentan bajas exigencias de madurez. Estos padres aceptan el comportamiento de su hijo sin ponerle límites o castigos, pues prima el “dejar hacer”. De esta manera, los padres rechazan el poder y control sobre el hijo consultándole las decisiones. En resumen, no existen normas que estructuran la vida del niño (Baumrind, 1973 como se citó en Losada y Charro, 2018).

Por último, Baumrind (1973 como se citó en Losada y Charro, 2018) sugiere que el *estilo indiferente* incorpora a los padres negligentes, es decir, aquellos que ofrecen a sus hijos tan poco como lo que les exigen. Actúan de manera indiferente ante sus hijos, sin ser exigentes ni receptivos, dejando a sus hijos a la deriva. No ejercen ningún tipo de exigencias de madurez y de control. Asimismo, los niveles de afecto y comunicación son muy bajos.

Fue más adelante, cuando Maccoby y Martin (1983 como se citó en Marmo, 2014) postularon la clasificación más difundida en las investigaciones científicas de hoy incorporando a esos cuatro estilos, los factores de petición y resolución: el autoritario (elevada petición y pequeña resolución), el permisivo (pequeña petición y elevada resolución), el negligente (pequeña petición y resolución) y el autoritativo (elevada petición y resolución). Además, se incluyó el estilo sobreprotector, caracterizado por una alta demanda y elevada respuesta parental (Schaefer, 1997 como se citó en De la Iglesia, Ongarato, y Fernández, 2011).

Tal y como señala Cuervo (2010), es ineludible reconocer los factores de riesgo y protección, puesto que hay múltiples factores biopsicosociales que influyen en los estilos de crianza y, en consecuencia, con las interacciones de sus hijos. Uno de los factores de riesgo son los estilos de crianza inapropiados durante la infancia, pues dan lugar a dificultades cognoscitivas y socioafectivas. Es por ello, que se deben dar espacios para desarrollar competencias sociales y actividades prosociales como estrategias de prevención dirigidas a las familias. Marmo (2014), afirma que estos factores de riesgo son eventos que inclinan a un sujeto a sufrir un desorden.

Marmo (2014) sostiene también que en el caso de las familias con algún miembro con trastorno de la conducta alimentaria no prevalece representativamente ningún estilo parental, pero sí se pueden observar factores de riesgo, como padres vulnerables y poco afectuosos y expresivos, lo que mueve a los hijos a conductas inapropiadas y a una mayor inseguridad. Sin embargo, existen estudios que refuerzan la idea de que uno de los aspectos a considerar para la producción de TCA es la sobreprotección y un exceso de normas y exigencias rígidas por parte de los padres, que dificultan e imposibilitan la emancipación de sus hijos, provocando conflictos entre padres e hijos, generando en éstos que el único control que puedan tener sobre sus vidas sea mediante su cuerpo (Silva-Gutiérrez et al., 2006). De hecho, según el modelo

teórico multifactorial de Perris (1988), la aparición de los trastornos psicopatológicos se explica en función de determinados estilos de crianza disfuncionales. Propone que las variables de dicho modelo son: el rechazo (críticas, conductas punitivas y abusivas, hostilidad física y verbal, entre otras); la calidez emocional (muestras de afecto, confianza y apoyo sin intrusismo respeto de las opiniones y punto de vista de los hijos, etc); y sobreprotección (excesiva preocupación, control de las conductas de los hijos, chantaje emocional y normas estrictas, entre otras). En esta línea, otros estudios apoyan dicha relación: los jóvenes diagnosticados de TCA, recuerdan a sus padres con menos calor emocional y más sobreprotección y rechazo (Cava, Rojo y Livianos, 2003 como se citó en Herraiz, et al., 2015).

En resumen, la salud mental de los hijos está intensamente vinculada con la manera en que sus progenitores se relacionan con ellos (Espina, Ochoa de Alda y Ortega, 2007), pues, cuando los padres poseen un apropiado modelo de atención sobre sus hijos, éstos tienen más posibilidad de presentar una menor sintomatología de TCA. Por el contrario, cuando prevalece la sobreprotección, el rechazo y poca calidez emocional, existe una mayor tendencia a adquirir algún tipo de trastorno mental, siendo los progenitores fundamentales para el crecimiento y desarrollo de sus hijos (Espina et al., 2007; Turchi y Gago, 2010; Espina, 2005; Musitu y Cava, 2003). Estas familias “psicosomáticas” presentan como características principales una elevada implicación interpersonal, sobreprotección, rigidez y una excesiva evitación de conflictos (Cutting, Fisher, Grimm-Thomas y Birch, 1999).

Estudios como el de Méndez et al., (2008), refuerzan la idea de un tratamiento interdisciplinario pues se trata de una enfermedad grave con ausencia de tratamiento específico. Resaltan la importancia de basarse en programas más o menos estructurados que incluyan psicoterapia (cognitivo-conductual, psicoanalítica, familiar), junto con programas psicoeducativos para un mayor entendimiento del sufrimiento tanto del paciente como de sus familias. Se requiere de un procedimiento progresivo de meses o incluso años de intervenciones interdisciplinarias debido a la dificultad y diversidad que presentan los individuos (Losada, 2011).

La familia, como grupo o sistema formado por individuos (subsistema), que a su vez pertenecen a un sistema mayor (la sociedad), es la encargada de sustentar las primeras bases del ser humano. Por ello, deviene de gran importancia el estudio y aprendizaje de la familia desde un enfoque sistémico (Ortiz, 1999). Las disfuncionalidades en el entorno familiar deben ser valoradas como disfunciones en la interacción entre sus miembros y, la enfermedad focalizada en uno de ellos nos orienta a un posible fallo en la dinámica familiar (Ortiz, 1999). Y, al considerar al grupo como un sistema o una unidad con interacciones que da lugar a una

totalidad, el problema requiere un abordaje teniendo en cuenta esta perspectiva (Ortiz, 1999). Desde esta visión, la existencia de una enfermedad en un miembro necesita que todo el sistema familiar cambie su dinámica para cuidarle, ya que cualquier variación en alguno de los individuos afecta y repercute necesariamente en los otros, así como en el funcionamiento total del grupo. Es por ello recomendable la intervención, tanto a nivel individual como familiar durante el tratamiento (Ortiz, 1999), pues resulta muy difícil una mejora en psicoterapia de un individuo en concreto si no se tiene en cuenta al resto de miembros (Jackson, 1971 como se citó en Losada y Charro, 2018).

En un primer momento, el modelo sistémico contemplaba la patología como consecuencia de diversas peculiaridades disfuncionales en las familias, a las cuales nombraron “familias psicósomáticas o anorexígenas” contemplado desde diferentes modelos: modelo estructural Salvador Minuchin (1974) y estratégico Selvini-Palazzoli (1974). Ambos consideraron aspectos específicos comunes en estos sistemas familiares de los pacientes con TCA (Cook-Darzens et al., 2005 como se citó en Losada y Charro, 2018). Más adelante, Rodríguez (1996) introdujo la importancia del proceso de individuación en estas familias, pues los padres de hijos con TCA están arraigados a su familia de origen, sin saber diferenciarse de ella de manera conveniente y sana. Siguiendo en la misma línea, algunos autores consideran que estos padres idealizan a los suyos sin reconocer sus debilidades, negando así los fracasos y carencias que padecieron en sus respectivas familias de origen (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999 como se citó en Losada y Charro, 2018). A su vez, otorgan más tiempo al trabajo que a estar con sus hijos tanto física como emocionalmente, añadiendo evitar la comunicación con su pareja (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999 como se citó en Losada y Charro, 2018). Pues tal y como recoge Espina (2005), ellos – los padres – en sus propias infancias, adquirieron una responsabilidad temprana y una escasa atención emocional.

No obstante, existen limitaciones en los abordajes sistémicos como en el caso de considerar el origen restrictivo con variables exclusivamente familiares, o centrarse sólo en los patrones disfuncionales o desadaptados, menospreciando los posibles recursos de los miembros de la familia (Cook-Darzens et al., 2005 como se citó en Losada y Charro, 2018). Selvini (2002), puntualiza y destaca la importancia de la subjetividad individual, las condiciones contextuales y la historia familiar particular. Además, se resalta la trascendencia de lograr un buen vínculo con cada uno de los miembros de la familia y no sólo con el paciente (Kog, Vandereycken y Vertommen, 1985; Selvini, 2002 como se citó en Losada y Whittingslow, 2013). De acuerdo con esto, se sugiere el cambio del término “disfunción familiar” por valorar a que las familias se hallan en una etapa del ciclo vital indefenso, que sobrepone a la familia, teniendo que pedir

ayuda externa, debido a los elevados requerimientos y exigencias que se manifiestan por causa del trastorno (Cook et al., 2005 como se citó en Losada y Charro, 2018).

Para planificar el tratamiento y determinar el tipo de interacción familiar como terapeuta, es de suma importancia observar la comunicación interfamiliar (Jackson, 1971 como se citó en Losada y Charro, 2018) y con ello, es conveniente adecuar las herramientas al paciente pues hay que tener en cuenta que, la aplicación rígida de las técnicas en caso de patologías como el TCA, limita la imaginación, originalidad y espontaneidad (Rodríguez y Watzlawick, 1998 como se citó en Losada y Whittingslow, 2013). Todo ello requiere, por parte del terapeuta, generar un buen vínculo con la familia para trabajar conjuntamente con cada uno de los miembros y hacerlos coterapeutas en el tratamiento. En este sentido, resulta sumamente importante ofrecer soporte a los padres, ya que han actuado bajo sus mejores posibilidades (Vandereycken, 1987 como se citó en Losada y Whittingslow, 2013), por lo que no tienen que sentirse juzgados (Espina et al., 2007).

En resumen, esta perspectiva pretende trabajar con la familia en vez de en contra de ella, pues considera que puede estar pasando una crisis evolutiva y no tiene por qué ser una familia disfuncional (Losada y Whittingslow, 2013). De esta manera trabajar desde un enfoque multidisciplinario, flexible, donde haya cabida tanto al tratamiento individual y familiar, así como biológico-nutricional e integrador sin dejar a lado la individualidad, sería el abordaje más idóneo (Losada y Whittingslow, 2013).

A la vista de todo lo descrito anteriormente, queda reflejado la necesidad de estudiar con mayor profundidad la relación e influencia entre los diferentes componentes de los estilos parentales en la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria. Al tomar consciencia de esta influencia, interesaría poder desarrollar planes de prevención y tratamiento orientado a las familias pues existen terapias, como las que se refieren en el estudio de Celis y Roca (2011), que no tienen en cuenta la percepción de los padres, centrándose en el paciente.

Por lo anterior, el propósito de la presente investigación es analizar cómo influyen las diferentes dimensiones de los estilos de crianza percibidos (Sobreprotección, Calidez Emocional y Rechazo) y la Autoestima en la aparición de la Sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La hipótesis planteada es que, tanto los factores de Sobreprotección, Calidez Emocional y Rechazo como la Autoestima, influyen en la sintomatología de TCA. Los objetivos secundarios que se proponen son:

- Identificar si existe una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y la sintomatología de TCA.

- Examinar si los sujetos que presentan una mayor sintomatología de TCA, presentan una menor autoestima.
- Analizar si la sintomatología de TCA correlaciona con las dimensiones de los Estilos Parentales (Rechazo, Sobreprotección y Calidez Emocional).
- Analizar si la autoestima puede estar influida por los componentes de los estilos parentales percibidos (Rechazo, Sobreprotección, Calidez emocional).

En cuanto a las hipótesis, este estudio plantea las siguientes:

- Hipótesis 1: Los sujetos con mayores índices de sintomatología de TCA presentarán menores puntuaciones en la autoestima.
- Hipótesis 2: Los hijos que perciben un mayor rechazo y sobreprotección y una menor calidez emocional por parte de sus padres, presentarán menores puntuaciones en su autoestima.
- Hipótesis 3: Los sujetos con mayor sintomatología de TCA estará asociada a mayores puntuaciones de sobreprotección y rechazo y a menores índices de calidez emocional.
- Hipótesis 4: Las madres ejercerán más sobreprotección sobre sus hijos que los padres.
- Hipótesis 5: Los sujetos con mayores puntuaciones de rechazo, presentarán menores puntuaciones en calidez emocional percibida.

Método

Participantes

Los objetivos de la investigación tuvieron que ser aprobados por la jefatura de la Universidad Pontificia de Comillas. Para la obtención de la muestra se llevó a cabo un muestreo no probabilístico incidental a través de redes sociales. A cada uno de los miembros de este estudio se les explicó en qué consistía esta investigación y se les pasó el consentimiento informado, con el fin de corroborar su intención y comprensión de participar en él, siendo voluntario. Para ello, no se trabajó con personas de carácter vulnerable y fueron ellos mismos los que decidieron participar, o no en la investigación.

La muestra seleccionada estuvo compuesta por 203 sujetos, de los cuales 50 son varones (24.5%), 154 mujeres (75.5%). El estudio estuvo dirigido a una población no clínica de jóvenes adultos estudiantes, comprendidos entre las edades de 18 y 27 años con una edad media de 23.95 ($DT = 2.01$), siendo estos los criterios de inclusión.

Respecto al estado civil, el 49.5% de los jóvenes han indicado estar solteros, el 46.1% con pareja, el 2.5% en una relación sentimental, un 0.5% refiere estar casado y sin especificar su tipo de relación un 1.5%.

En cuanto al tipo de convivencia que los participantes mantienen, un 40.7% indican vivir con ambos progenitores, mientras que un 2.5% sólo con el padre y un 7.8% sólo con la madre. Un 37.3% refieren vivir con compañeros o amigos y el resto (11.8%), sólo.

Instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron para el estudio son los explicados a continuación. Todos ellos fueron autoadministrados a partir de la plataforma Google Forms.

- **Cuestionario Sociodemográfico**

Previamente a realizar las diferentes pruebas psicométricas, se les pasó un cuestionario sociodemográfico diseñado específicamente para este trabajo, con el fin de evaluar distintas variables sociodemográficas como son: el sexo, la edad, estado civil (soltero, con pareja, casado u otro tipo de relación sentimental), núcleo familiar actual (vive sólo, con sus padres, con uno de sus progenitores o con amigos), número de hermanos y nivel de escolaridad (escolar, bachillerato, universitario o trabajo).

Variable dependiente: sintomatología TCA

- **Eating Attitude Test (EAT -26)**

El Eating Attitude Test (EAT -26), es un instrumento adaptado por Gandarillas, Zorilla, Muñoz, Sepúlveda, Galan y León (2002), validado en la población española por Castro, Toro, Salamero, y Guimará (1991 como se citó en Veloso et al., 2010) quienes encontraron un nivel adecuado de consistencia interna (alpha de Cronbach = 0.93), y un punto de corte de 28 para la sensibilidad del 83% y una especificidad del 91%. Es la versión corta del EAT-40, elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979 (como se citó en Veloso et al., 2010). Esta escala, tiene como objetivo identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos de la conducta alimentaria en muestras no clínicas. Está compuesto por tres subescalas: la de Dieta, que evalúa la preocupación por la comida, con una fiabilidad (alpha de Cronbach) del 0.76; la de Bulimia y Preocupación por la Comida con un 0.89, la cual evalúa las conductas bulímicas y pensamientos acerca de la comida y, por último, la escala la de Control Oral (0.82), que

evalúa el autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso (Constan, Rodríguez, Ricardo-Ramírez y Ligia, 2014).

Los 26 reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert, con los siguientes extremos: 1 = Nunca y 6 = Siempre. La Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2009) sugiere como punto de corte para identificar a los individuos con algún TCA, más de 20 puntos en el EAT-26.

Variable independiente: autoestima

- **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)**

Se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), traducida al castellano en Rosenberg (1973), creada por el mismo autor en 1965 (como se citó en Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Tal y como refieren Vázquez, et al., (2004), señalan una fiabilidad con alpha de Cronbach del 0.87 y una validez de constructo de 0.55. Dicha escala es unidimensional de tipo Likert y consta de 10 ítems, cinco enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa. Este instrumento permite responder señalando la opción con la que cada individuo se identifica, teniendo cuatro posibles respuestas (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo). Los resultados obtenidos permiten obtener un perfil sintomatológico, así como tres índices globales de malestar.

Variable independiente: dimensiones de los estilos parentales

- **Short-EMBU (S-EMBU)**

El cuestionario Short-EMBU (S-EMBU) fue creado por Arrindel et al., (1999). Se trata de una versión reducida del cuestionario Egna Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU) de Perris, Jacobson, Lindstrom, Von Knorring y Perris, (1980 como se citó en Arrindel et al., 2004) que también se ha aplicado a población española y ha mostrado una buena fiabilidad y validez (Arrindel et al., 2004). Evalúa los recuerdos del hijo adulto sobre la crianza recibida durante la infancia de cada uno de los padres por separado. Está formado por 23 ítems tipo Likert de cuatro puntos (desde 1 “no, nunca” hasta 4 “si siempre”). Evalúa tres escalas: la de Rechazo (con un alpha de Cronbach = 0.75), que evalúa la presencia de hostilidad física o verbal, conductas punitivas, agresión y expectativas rígidas con respecto a los logros en el niños; la

escala de Sobreprotección (0.71), que hace referencia a la excesiva preocupación por la seguridad del hijo; y por último, la escala de Calidez Emocional (0.87), que evalúa las expresiones de aceptación, confianza, apoyo y consuelo ante la adversidad en función al punto de vista del evaluado. El porcentaje de varianza en España (Arrindel et al., 2004), fue de 17.91% en mujeres y 19.70% en hombres en la escala de Rechazo, 14.22% en mujeres y 15.09% en hombres para Sobreprotección, y 19.78% en mujeres y 18.39% en hombres para la Calidez Emocional.

Procedimiento

Para llevarlo a cabo, se usó un formato electrónico utilizando la herramienta de Google Forms para facilitar la difusión de las pruebas e instrumentos.

Se realizó el procedimiento de acuerdo con el consentimiento informado, para garantizar la voluntariedad de la participación de todos los sujetos. Todos los pacientes fueron informados de las características del estudio y se les aseguró la confidencialidad de los datos, así como se les agradeció su participación en el estudio. Posteriormente, los sujetos realizaron los diferentes test psicológicos seleccionados, que quedan todos ellos incluidos como un único cuestionario, contestando primero a las preguntas que tienen que ver con las variables sociodemográficas, seguidas del resto de instrumentos. En contemplar todas estas preguntas se tardaba un total de 15-20 minutos.

Los participantes recibieron estas pruebas psicométricas y, respondieron a ellas de forma on-line a través del enlace del cuestionario enviado mediante Whatsapp, Facebook, Instagram o su correo electrónico. Las respuestas de los participantes se almacenaron automáticamente en una hoja de Excel para su posterior tratamiento y análisis. La recogida de todos los datos se realizó durante el mes de enero de 2020.

Diseño

Esta investigación se compone de una variable dependiente (Sintomatología Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y dos variables independientes (Autoestima y los componentes de los Estilos parentales: Rechazo, Sobreprotección y Calidez Emocional). Se trata de un estudio correlacional ex post-facto donde se trató de analizar las correlaciones entre dichas variables con el fin de conocer cómo se influyen mutuamente.

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 26.

En un primer momento, se realizó un análisis descriptivo (frecuencias y porcentajes) sobre las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, núcleo familiar actual, entre otras).

Para examinar como correlacionan cada una de las variables del estudio (sintomatología TCA, Calidez Emocional, Rechazo, Sobreprotección y Autoestima), se realizó la prueba R de Pearson. Posteriormente, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes con el objetivo de analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre padres y madres en la variable sobreprotección.

Por último, se calculó el tamaño del efecto para aquellas diferencias significativas. Para todos los análisis, el nivel de confianza empleado fue del 95%.

Resultados

El siguiente estudio tiene como objetivo general analizar si la autoestima y los diferentes componentes de los estilos parentales (Rechazo, Calidez Emocional y Sobreprotección), influyen de manera significativa con la sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Para examinar si los sujetos que presentan una mayor sintomatología de TCA presentan una menor autoestima y, si existe una relación estadísticamente significativa entre los sujetos con una menor autoestima y una mayor sintomatología de TCA, se ha realizado el análisis de correlación de Pearson.

Según los resultados obtenidos, se comprueba que sí existe una correlación estadísticamente significativa negativa entre una menor autoestima y una mayor sintomatología de TCA ($r(202) = -.30; r^2 = .09; p < .00$), siendo en este caso la relación moderada, queriendo decir que, a mayor sintomatología de TCA, menor autoestima.

Con el fin de analizar si la autoestima puede estar influida por los componentes de los estilos parentales recibidos (Rechazo, Calidez emocional, Sobreprotección), se llevaron a cabo distintos análisis de correlación de Pearson.

Según los resultados obtenidos, se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa negativa entre el rechazo percibido de sus padres y una baja autoestima ($r(202) = -.30; r^2 = .09, p < .00$), siendo en este caso una relación moderada, es decir, a mayor rechazo percibido por los jóvenes de sus padres, más baja será autoestima.

También se ha encontrado que existe una relación estadísticamente significativa entre la sobreprotección y la autoestima ($r(202) = -.22; r^2 = .04; p < .05$), siendo en este caso, una relación baja. Lo que significa que, a mayor percepción de sobreprotección por parte de sus padres, menor será su autoestima.

No obstante, no se ha podido encontrar una relación estadísticamente significativa entre la calidez emocional y la autoestima ($p > .05$).

Con respecto a examinar si la sintomatología de TCA correlaciona de manera significativa con las dimensiones de los Estilos Parentales (Rechazo, Sobreprotección y Calidez Emocional), se llevaron a cabo distintos análisis de correlación de Pearson.

En cuanto a los resultados obtenidos (véase Tabla 1), en la dimensión de rechazo con la sintomatología de TCA, observamos que existe una relación estadísticamente significativa, siendo esta baja, es decir, aquellos sujetos con puntuaciones altas de sintomatología de TCA, han percibido un mayor rechazo por parte de sus padres.

También querríamos comprobar si existe relación estadísticamente significativa entre la sobreprotección que perciben los jóvenes con la sintomatología de TCA. En este caso, los resultados, (véase Tabla 1), indican que no se ha podido encontrar una relación estadísticamente significativa entre la sobreprotección recibida por los padres y la sintomatología de TCA.

Sin embargo, (véase Tabla 1), se ha encontrado una relación estadísticamente significativa en la sobreprotección que perciben los hombres respecto a sus padres y la sintomatología de TCA, siendo esta relación moderada. Lo que significa que los hombres que han percibido más control por parte de sus padres presentan una mayor sintomatología de TCA.

Además, no sólo existe relación estadísticamente significativa en función del sexo del hijo, sino que también en función del sexo del progenitor, donde se han podido encontrar diferencias estadísticamente significativas ($t(198) = 9.19; p < .05$), siendo la media de sobreprotección de las madres ($M = 18.53; DT = 4.05$), mayor que la ejercida por los padres ($M = 16.47; DT = 3.42$).

Por último, los resultados obtenidos en la dimensión de calidez emocional, se puede concluir que no se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el nivel de calidez emocional percibida por los jóvenes y la sintomatología de TCA ($p > .05$).

Tabla 1.

Correlaciones entre la Sintomatología de los TCA y la Autoestima y las diferentes dimensiones de los Estilos Parentales.

Sintomatología de TCA	Rechazo			Calidez Emocional			Sobreprotección			
	gl	r	p	r ²	r	p	r ²	r	p	r ²
Todos	202	-.27	p<.00	.07	-.10	p>.05	.01	-.09	p>.05	.01
Hombres	48	.32	p<.05	.10	-.16	p>.05	.02	.37	p<.05	.14
Mujeres	151	.27	p<.00	.07	-.15	p>.05	.03	.01	p>.05	.00

Nota. La correlación es significativa en el nivel < .05

Para saber si existe relación estadísticamente significativa entre el rechazo y calidez emocional, hemos utilizado el análisis de correlación de Pearson.

Por último, según los resultados obtenidos, se ha podido encontrar una relación estadísticamente significativa negativa entre la calidez emocional y el rechazo ($r(202) = -.41$; $r^2 = .17$; $p < .00$), siendo esta relación moderada. Ello implica que, a mayor rechazo, menos calidez emocional percibida.

Discusión

El objeto de este estudio ha sido examinar cómo influyen en los jóvenes el rechazo, la sobreprotección y la calidez emocional que reciben de sus padres, así como el factor autoestima en la presencia de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria. A tal efecto, se ha estudiado como se relacionan entre sí, para así observar si existen relaciones estadísticamente significativas entre ellas.

Una primera aproximación como hipótesis, nos orienta a la existencia de una relación entre la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria y la autoestima, siendo los jóvenes que presentan una mayor sintomatología de TCA, los que mostrarán una menor autoestima. En este sentido, los resultados ($r(202) = -.30$; $r^2 = .09$; $p < .00$), coinciden con las conclusiones de algunos autores (Toro, 1996 y Rosen y Ramírez, 1998 como se citó en Moreno y Ortiz, 2009), que apuntan cómo la baja autoestima aparece como sintomatología recurrente en las personas con trastornos de la conducta alimentaria. Estas afirmaciones coinciden con los obtenidos por las distintas investigaciones, que concluyen que sí existe una relación entre la

autoestima y la presencia de sintomatología de TCA, siendo aquellos con una menor autoestima los que presentan una mayor sintomatología de TCA (Peris, 2018; Gual et al., 2002; Jacobi et al., 2004; Moreno y Ortiz, 2009).

En segundo lugar, varios estudios indican que existe una relación entre la autoestima y el estilo educativo parental señalando que, aquellos jóvenes que aseguran sentirse ayudados, protegidos, respaldados y apreciados por sus padres, serán los que presenten mayores niveles de autoestima (Ash y Huebner, 2001, Lee, Daniels, y Kissinger, 2006 como se citó en Reina, Oliva y Parra, 2010). Por ello, es de gran utilidad la segunda hipótesis trabajada en este estudio, que pasa por observar la interrelación entre los diferentes componentes de los estilos educativos (rechazo, sobreprotección y calidez emocional) y su afectación en la autoestima.

En esta segunda hipótesis, los resultados corroboran que los jóvenes que han percibido un mayor rechazo, son los que presentarán una menor autoestima ($r(202) = -.30; r^2 = .09, p < .00$). A la misma conclusión llegan Gracia, Lila y Musitu (2005) quienes encontraron una relación entre el rechazo de los progenitores percibido por los hijos con conductas internalizadas, entre ellas una baja autoestima. Sin embargo, estos resultados fueron cuestionados por los estudios realizados por Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006), que pusieron el acento en factores individuales siendo entre ellos el más relevante, la valoración que los sujetos hacen de sí mismos respecto a su propio aspecto físico. A pesar de las divergencias, la mayoría de los estudios parecen coincidir en que las personas que han percibido un mayor rechazo por parte de sus padres, son las que muestran menor confianza en su propia aceptación y estima (Gracia, Lila y Musitu, 2005; Torío, Peña e Inda, 2008; Rohner y Carrasco, 2014), dándose la relación a la inversa pues los hijos con buena autoestima han gozado del afecto, del control y disciplina positiva de sus padres (Pons y Berjano 1997, como se citó en León, Felipe-Castaño, Polo y Fajardo, 2015; Torío et al., 2008).

Siguiendo en esta segunda hipótesis, también se encontraron relaciones entre la autoestima y la sobreprotección percibida por los jóvenes ($r(202) = -.22; r^2 = .04; p < .05$). Estos resultados coinciden con los de Smith (2018), que tras su estudio concluye que los jóvenes que presentan un mayor nivel de sobreprotección muestran un menor nivel de autoestima, mientras que los que perciben menos sobreprotección mostrarán una mayor autoestima. Son varias las investigaciones que refuerzan que la sobreprotección, exceso de normas y una excesiva preocupación son aspectos vinculados a la autoestima, es decir, a mayor control conductual y excesiva preocupación, menor autoestima (Silva-Gutiérrez et al., 2006; Gracia et al., 2005; Hasebe et al., 2004, Kerr y Stattin, 2000 y Oliva et al., 2007 como se citó en Rosa-Alcázar, Parada-Navas y Rosa-Alcázar, 2014), quedando nuestra hipótesis confirmada.

Cada vez son más los autores que hacen hincapié en la buena comunicación y afecto paternofamiliar, en donde prevalece el respeto y la confianza generadora de un mayor bienestar emocional, satisfacción y autoestima (Gray y Steinberg, 1999 y Steinberg et al., 1994 como se citó en Asuero, 2017; Parra y Oliva, 2006). Contrariamente a lo mantenido por estos autores, este estudio no ha encontrado ninguna relación entre la calidez emocional y la autoestima, pues se disiente de los anteriores autores, así como de Facio et al., (2009) que exponen una menor calidez con una menor autoestima. El motivo de esta disonancia de los resultados respecto a las consideraciones de las investigaciones anteriores pudiera deberse a una errónea valoración de los encuestados respecto a la calidez emocional percibida, pues a lo largo de los años sus padres han sido los referentes de las posibles muestras de afecto, confianza y respeto, no teniendo otra figura con la que compararse.

En tercer lugar y teniendo en cuenta lo mencionado, es razonable pensar que los diferentes factores de los estilos parentales influyen en la aparición de una mayor o menor sintomatología de TCA. En este sentido, se esperaba encontrar relación en las subescalas de rechazo, sobreprotección y calidez emocional con la presencia de sintomatología de TCA como una posible tercera hipótesis.

Los resultados mostraron que existe relación entre la sintomatología de TCA y el rechazo percibido de sus padres ($r(202) = -.27; r^2 = .07; p < .00$), coherente con lo que refieren varios autores al considerar que cuando el rechazo es relevante, existe una mayor probabilidad a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Espina et al., 2007; Turchi y Gago, 2010; Espina, 2005; Musitu y Cava, 2003). Sin embargo, difieren de los obtenidos por Asuero, Avargues, Martín y Borda (2012) que concluyen que son las variables personales y emocionales las que ejercen un rol en el desarrollo de los TCA, sin que los estilos parentales percibidos ejerzan una influencia directa.

En este estudio, como tercera hipótesis, se intentó encontrar un nexo entre a mayor sobreprotección recibida, mayor sintomatología de TCA, en concomitancia con algunos autores (Jones, Leug y Harris, 2006), pero los resultados obtenidos, se alejan de esta hipótesis de trabajo, como también las investigaciones de otros autores (Tereno, Soares, Martins, Celani y Sampaio, 2008), que sustentan que la sintomatología de TCA viene influida por una baja cohesión familiar. A mayor abundamiento, Asuero (2017) refiere que la sobreprotección percibida no parece influir en las variables asociadas con el TCA, sino más bien en las relacionadas con el desarrollo personal como un mayor perfeccionismo. No obstante, los resultados sí reflejan una relación entre la sobreprotección que perciben las personas de género masculino respecto a sus padres con la sintomatología de TCA, resultando que los que hayan

percibido más control, presentarán mayor clínica de TCA ($r(202) = .37; r^2 = .14; p < .05$). Además, analizando separadamente la dimensión de sobreprotección de la madre y el padre, se observa que la media de sobreprotección de las madres es mayor que la ejercida por los padres ($t(198) = 9.19; p < .05$). Los resultados obtenidos son congruentes con varios autores en los que el papel de la madre destaca respecto a la del padre por su mayor influencia a la hora de configurar la propia identidad (Méndez et al., 2008; Marfil et al., 2019), con respecto al padre (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006).

En cuanto a la influencia de la calidez emocional en la sintomatología de TCA, los resultados indican que la dimensión calidez emocional no presenta relación con la sintomatología de TCA, pudiendo estar relacionado con lo que Cook-Dazens, Doyen, Falissard y Mouren (2005) afirman, es decir, que los varones podrían estar menos dispuestos a reconocer las necesidades de afecto y cariño siendo menos perceptivos a las necesidades de cercanía, o bien lo que sugiere Asuero (2017), que la percepción de una escasa calidez emocional no implica una influencia directa en la aparición de una sintomatología de TCA, sino que influye más en variables relacionadas con el desarrollo personal. Estos resultados discrepan de los de Espina (2005), quien destaca la asociación entre la calidez emocional y la sintomatología de TCA, según la cual, a mayor calidez emocional percibida, menor sintomatología de TCA. Del mismo modo Cava, Rojo y Livianos (2003 como se citó en Herraiz, et al., 2015), señalan una baja calidez emocional como rasgo característico de las familias con TCA.

Una última hipótesis del estudio relaciona el rechazo y la calidez emocional, a mayor rechazo percibido menor calidez emocional percibida ($r(202) = -.41; r^2 = .17; p < .00$), nexo corroborado por nuestros resultados y coincidente con los datos de Iglesias y Romero (2009), que refieren los jóvenes con mayor rechazo con los de menor calidez emocional.

Por un lado, los resultados obtenidos evidencian una intensa relación entre la baja autoestima con clínica de TCA. Asimismo, confirman que los componentes de rechazo y sobreprotección que dispensan los padres a los hijos influyen en el grado de autoestima de manera sobresaliente, en contraposición a la calidez emocional que apenas influye.

Por otro lado, muestran la correlación existente entre puntuaciones elevadas de rechazo y sobreprotección con una elevada sintomatología de TCA, con mayor afectación en el género masculino en caso de sobreprotección, mientras que la subescala de la calidez emocional apenas parece influir.

Por último, los resultados sugieren que los estilos parentales caracterizados por altos niveles de rechazo también presentan escasos niveles de calidez emocional.

En el capítulo de las limitaciones metodológicas de este trabajo, el muestreo ha sido pequeño en número y por ello, poco representativo pudiendo existir sesgos incidentales no probabilísticos. Otra de las limitaciones ha sido la falta de homogeneidad de la muestra al haber más participantes mujeres que hombres. También cabría deducir algún margen de error en la encuesta, al incorporar en las preguntas cuestiones relativas al estilo de crianza que, por su lejanía en el tiempo y por su subjetividad pudieran estar algo contaminadas. Por último, emerge como limitación el medio empleado para difundir los cuestionarios, que al ser realizados a través de las redes sociales carecen del control de las que son realizadas en persona por el propio encuestador. Todas estas limitaciones impiden generalizar las conclusiones del presente estudio.

Pese a ello, los resultados obtenidos respaldan empíricamente que la familia es determinante para el desarrollo de los hijos y, por ende, núcleo fundamental a la hora de focalizar la presencia de un trastorno de conducta alimentaria y pautar las medidas para su prevención, pero sin dejar de lado otros factores como los sociales y los biológicos. Una percepción amplia, dinámica y flexible son necesarias a la hora de entender y tratar mejor estos trastornos.

En futuras investigaciones sería interesante utilizar muestras más homogéneas, amplias y representativas que provengan de diversos países e instituciones, junto con nuevas variables importantes para obtener unos resultados más fiables y generalizables. Asimismo, para una mayor precisión en la interacción paternofamiliar sería conveniente añadir la percepción de los padres acerca de su conducta parental, así como la valoración que ellos realizan de la conducta de sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya-Hernández A., Álvarez-Rayón GL., y Mancilla-Díaz, JM. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana Trastornos Alimenticios*, 1(1), pp. 79-89.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.th ed. [DSM-IV])*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. Arlington: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5thed. [DSM-5])*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asuero, R. (2017). *Influencia de los factores de riesgo psicológicos y de los estilos de crianza percibidos en los trastornos de la conducta alimentaria* (tesis doctoral). Universidad de Sevilla.
- Asuero, R., Avargues, ML., Martín, B., y Borda, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología*, 5(2), pp. 39-44.
- Arrindel, WA., Akkerman, A., Bagés, N., Feldman, L., Caballo, V., Oei, T., Torres, B., Canada, G., Castro, J., Montgomery, I., Davis, M., Calvo, M., Kenardy, J., Palenzuela, D., Richards, J., Leong, C., Simón, M., y Zaldívar, F. (2004). The Short-EMBU in Australia, Spain, and Venezuela. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), pp. 56-66.
- Arrindell, WA., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L.A., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J., y van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary, and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, pp. 613-628.
- Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons, E., Harney, MB., Lawson, MA., Maldonado, CR., Robinson, DP., Schaefer, LM., Smith, R., y Tosh, A. (2010). Aspects of self-concept and eating disorder recovery: ¿What does the sense of self look like when an individual recovers from an eating disorder? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), pp. 821-846.

- Blodgett, E., y Gondoli, D. (2011). A 4- year longitudinal investigation of the processes by which parents and peers influence the development of early adolescent girls bulimic symptoms. *Journal of Early Adolescence*, 3(3), pp. 390-414.
- Button, E., Snouga-Barke, E., Davies, J., y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent school girls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), pp.193-203.
- Celis, A., y Roca, E. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), pp. 21-33.
- Constan, G., Rodríguez, M., Ricardo-Ramírez, C., y Ligia, M. (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. *Atención Primaria*, 11, pp.1-8.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., y Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 french families of anorexia adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, pp. 223-236.
- Cuervo Martínez, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6 (1),pp. 111-121.
- Cruzat, C., Aspillera, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., y Haemmerli, C. (2010). Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen. *Psykhé*, 19(1), pp. 3-17.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de concepción, Chile. *Psykhé*, 17(1), pp. 81-90.
- Cutting, TM., Fisher, JO., Grimm-Thomas, K., y Birch, LL. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *The American Journal Clinica lNutrition*, 69, pp. 603-613.
- De la Iglesia, G., Ongarato, P., y Fernández, M. (2011). Evaluación de los estilos parentales percibidos: un breve recorrido histórico. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, (pp. 40-44). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Dianne, R., Neumark-Sztainer, DR., Wall, M., Haines, J., Story, M. Sherwood, N., y Van den Berg, P. (2007). Shared Risk and Protective Factors of Overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), pp. 359-369.
- Ductor, MJ. (2005). Perfil clínico de la población con trastorno de la conducta alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 23(1), pp. 83-100.
- Elfhag, K., y Linné, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent off spring. *Obesity Research*, 13(6), pp.1070-1076.
- Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, pp. 35-48.
- Espina, A., Ochoa de Alda, I., y Ortega Saenz, M. (2007). Conductas alimentarias, salud mental y estilos de crianza en adolescentes de Gipuzkoa. *D'Elikatuz Bizi*, pp. 9-117.
- Facio, Alicia, Micocci, Fabiana, Resett, Santiago y Boggia, Paula (2009). *La autoestima global desde la adolescencia hasta la adultez emergente. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A. R., Galan, I., y Leon, C. (2002). Validez del Eating Attitudes Test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, pp. 40-42.
- Golden, N., Katzman, D., Kreipe, R., Stevens, S., Sawyer, S., Rees, J., y Rome, E. (2003). Eating disorders in adolescents: position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), pp. 496-503.
- Gracia, E., Lila, M., y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28(2), pp. 73-81.
- Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
- Henao, G., Ramírez, C., y Ramírez, L. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo del niño y niña. *El Ágora*, 7(2), pp. 233-240.

- Herraiz, C., Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Latorre-Postigo, J., Rojo-Moreno, L., y Vaz-Leal, J. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), pp. 91-98.
- Iglesias, B., y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), pp. 63-77.
- Jaffe, K., y Worobey, J. (2006). Mother's attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children. *BodyImage*, 3, pp. 113-120.
- Jáuregui, I. (2009). Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 10, pp. 1086-1100.
- Jones, C., Leug, N., y Harris, G. (2006). Father- daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, pp. 319-330.
- León, B., Felipe-Castaño, E., Polo, M., y Fajardo, F. (2015). Aceptación-rechazo parental y perfiles de victimización y agresión en situaciones de bullying. *Anales de Psicología*, 31(2), pp. 600-606.
- Lewinsohn, PM., Striegel-Moore, RH., y Seeley, JR. (2000). Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), pp. 1284-1292.
- Londoño-Pérez, C. (2017). Family and personal predictors of eating disorders in Young people. *Anales de psicología*, 33(2), pp. 235.
- López, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), pp. 85-97.
- Losada, A. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/abuso-sexual-infantil-patologias-alimentarias.pdf>
- Losada, A., y Charro, A. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *Perspectivas Metodológicas*, 21, pp. 89-112.

- Losada, A., y Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borromeo*, 4, pp. 393-423.
- Makino, M., Tsuboi, K., y Dennerstein, L. (2004). Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries. *Medscape General Medicine*, 6(3): 49, pp. 155-172.
- Mancilla-Medina, A., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, JM., Amaya-Hernández, A., y Álvarez-Rayón, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana Trastornos Alimentarios*, 3(1), pp. 62-79.
- Marfil, R., Sánchez, M., Herrero-Martín, G., y Jáuregui-Lobera, I. (2019). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of negative and positive results*, 4(9), pp. 925-948.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en Psicología*, 22(2), pp.165-177.
- McCabe, MP., y Ricciarelli, LA. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behavior Research and Therapy*, 43(5), pp. 653-658.
- Mellor, D., Cabe, M., Ricciardelli, L., y Merino, M. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body Image*, 5(2), pp. 205-215.
- Méndez, J., Vázquez, V., y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *El Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, pp. 579-592
- Mestre, M., Tur, A., Samper, P., Náchter, M., y Cortés, M. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), pp. 211-225.
- Moreno, M., y Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2) pp. 181-190.
- Musitu, G., y Cava, M. (2003). El rol de apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12, pp. 179-192.

- Nichollis, D., y Viner, R. (2009). Childhood risk factors for life time anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(8), pp. 791-799.
- Nicholls, DE., Lynn, R., y Viner, RM. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, pp. 295-301.
- Ortiz, MT. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), pp. 439-445.
- Osorio-Murillo, O., y Amaya-Rey, M. (2011). La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. *Aquichan*, 11(2), pp. 199-216.
- Parra, A. y Oliva, A. (2006). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18, pp. 215-231. [11]
- Peláez-Fernández, MA., Raich, M., y Labrador, F. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Medicina Psicosomática*, 71, pp. 33-40.
- Peláez-Fernández, MA., Raich, M., y Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 01(01), pp. 62-75.
- Peris, L. (2018). Imagen corporal, depresión y autoestima: un estudio con preadolescentes. *Creativity and Educational Innovation Review*, (2), pp. 148-158.
- Perris, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, pp. 93-109.
- Portela de Santana, ML., Costa, H., Mora, M. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), pp. 391-401.
- Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), pp. 167-177.

- Reina, MC., Oliva, A., y Parra, A, (2010). Percepciones de autoevaluación: autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2(1), pp. 55-69.
- Richaud de Minzi, M. (2002). Inventario acerca de la percepción que tienen los niños y niñas de las relaciones con sus padres y madres: versión para 4 a 6 años. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1), pp. 149-165.
- Rodríguez, B. (1996). Anorexia nerviosa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16, pp.47-55.
- Rohner, R., y Carrasco, M. (2014). Teoría de la aceptación-rechazo interpersonal: bases conceptuales, método y evidencia empírica. *Acción Psicológica*, 11(2), pp. 9-26.
- Rosa-Alcázar, A., Parada-Navas, J., y Rosa-Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), pp. 132-142.
- Ruíz-Martínez, AO., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, JM., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), pp. 447-455.
- Ruíz-Martínez, AO., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, JM., Viladrich C., y Halley, M. (2013). Family factors associated to eating disorders: a review. *Revista Mexicana Trastornos Alimentarios*, 4(1), pp. 45-57.
- Selvini, M. (2002). El futuro de la psicoterapia: aprender de los errores. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, pp. 9-21.
- Silva-Gutiérrez, C., y Sánchez-Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, pp. 173-183.
- Shroff, H., y Thompson, JK. (2006). Peer influences, body-image, dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal Health Psychology*, 11 (4), pp. 533-552.
- Smith, AM. (2018). *Autoestima en los estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria de la institución educativa "Perú-Canadá"- Tumbes* (tesis doctoral). Universidad Católica de los Ángeles Chimbote.

- Striegel-Moore, R., y Bulik C. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), pp. 181-198.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., y Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: a study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, pp. 49-58.
- Torío, S., Peña, J., e Inda, M., (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), pp. 62-70.
- Turchi, F., y Gago, M. (2010). *Estudio observacional sobre el vínculo parental y la emoción expresada en familias con hijos con patologías alimentarias*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vázquez, J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), pp. 247-255.
- Veloso, V., Lucena, S., Santos, A., Gouveia, R., y Cavalcanti, J. (2010). Test de Actitudes Alimentarias: evidencias de validez de una nueva versión reducida. *Revista Interamericana de Psicología*, 44 (1), pp. 28-36.
- Zafra, A. (2015) Estudio comparativo de los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados de trastornos alimentarios. *Revista de humanidades*, 28(6), pp. 103-128.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), pp. 157-164.