

Estilo Parental Percibido en Adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria

Resumen:

Múltiples investigaciones buscaron analizar la relación entre los estilos de crianza y los trastornos de la conducta alimentaria sin aún resultados concluyentes. En esa línea esta investigación buscó explorar la incidencia de los estilos parentales percibidos en los niveles de insatisfacción corporal de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Se administró a 25 adolescentes, 80% mujeres y 20% hombres de entre 12 y 21 años con diagnóstico de TCA un cuestionario de datos sociodemográficos y personales, el *Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3)*, con adaptación lingüística y conceptual (Rutzstein, Maglio, Laura, Armatta, Leonardelli, López, Moiseeff, Murawski, Redondo & Marola, 2006) y el *Children's Report of Parental Behavior (CRPB)*, Schaefer, 1965). En los resultados se esperaba encontrar que el estilo parental percibido con mayor frecuencia por los pacientes con TCA sea el autoritario. Teniendo en cuenta las tres dimensiones que evalúa la escala, se puede pensar que el resultado arroja un estilo más cercano al permisivo que al autoritario ya que la puntuación de la escala indica que hay mayor Aceptación y Autonomía Extrema que Control Patológico, entendiendo al estilo permisivo se caracteriza por poco control y tienen escasa exigencia de madurez, pero generan un alto nivel de comunicación y afecto. Lo que predomina es el dejar hacer y la aceptación de la conducta. Entre los hallazgos se postula la asociación del un estilo parental permisivo con los trastornos alimentarios y las posibles dificultades que ello puede arrojar a la hora de brindar el abordaje terapéutico.

Palabras Clave: Estilo parental, Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Summary:

Multiple investigations sought to analyze the relationship between parenting styles and eating disorders without even conclusive results. In this line, this research sought to explore the incidence of perceived parental styles in the levels of body dissatisfaction of adolescents with Eating Disorders (eating disorders). A questionnaire of sociodemographic and personal data, the Inventory of Eating Disorders-3 (EDI-3), with linguistic and conceptual adaptation was administered to 25 adolescents, 80% women and 20% men between 12 and 21 years with a diagnosis of eating disorders. Rutzstein, Maglio, Laura, Armatta, Leonardelli, López, Moiseeff, Murawski, Redondo & Marola, 2006) and the Children's Report of Parental Behavior (CRPB, Schaefer, 1965). The results were expected to find that the parental style most frequently perceived by patients with eating disorders is the authoritarian. Taking into account the three dimensions that the scale evaluates, it can be thought that the result throws a style closer to the permissive than to the authoritarian since the score of the scale indicates that there is greater Acceptance and Extreme Autonomy than Pathological Control, understanding the permissive style It is characterized by little control and they have little maturity requirement, but they generate a high level of communication and affection. What predominates is letting go and acceptance of behavior. Among the findings, the association of a permissive parental style with eating disorders and the possible difficulties that this may cause when providing the therapeutic approach is postulated.

Keywords: Parental style, Eating Disorders.

Guadalupe Germano, guadalupe_germano@uca.edu.ar, <https://orcid.org/0000-0003-2896-6272>
María Laura Adrio, laura.adrio@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4151-5719>
Analía Verónica Losada, analía_losada@yahoo.com.ar, <https://orcid.org/0000-0003-0488-4651>
Pontificia Universidad Católica Argentina
Recibido, 18/12/19, Publicado 24/05/20

Introducción

El propósito de esta investigación ha sido analizar la relación entre los estilos parentales percibidos, es decir, las prácticas parentales que promueven, o por el contrario, obstaculizan, el desarrollo óptimo de las competencias del hijo, y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) los cuales se caracterizan por ser una patología de etiología multicausal, es decir, resultante de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos y socio culturales (Marmo, 2014). Dentro de los TCA se incluyen Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (TAE), Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TACNE) (DSM 5, 2014).

Esta investigación sobre los estilos parentales y los TCA se realizará en adolescentes, definiendo a éste como hombre joven que crece, padece, y sufre (Griffa & Moreno, 2005). En esta etapa se hacen presentes diversos cambios tanto físicos y psíquicos como sociales. El adolescente debe dejar de ser niño para pasar a ser adulto atravesando en el medio distintos duelos y también desafíos, característicos del pase de una etapa a la otra.

En esta línea, la familia es el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida en el que se adquieren las primeras habilidades y hábitos (Torío López, Peña Calvo & Rodríguez Menéndez, 2008), por eso es esperable que la conducta parental mantenga una consistencia en el tiempo y que las decisiones sean conscientes y razonadas. La percepción del estilo parental se refiere al grado en que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta por sus padres y el grado en que los padres establecen determinadas reglas explícitas de comportamiento a los hijos y supervisan

su conducta. La determinación de los estilos parentales parte de la percepción que hacen los hijos del comportamiento que tienen sus padres hacia ellos (Vallejo Casarín & López Uriarte, 2004).

La percepción de las prácticas parentales desde la propia valoración del hijo incide en esta etapa del desarrollo (Richaud de Minzi, 2005). Al mismo tiempo, la transformación e insatisfacción corporal propician conductas para controlar el peso, que pueden desencadenar síntomas compatibles con los TCA (Garner, Olmsted & Polivy, 1983). Las mujeres presentan mayor vulnerabilidad a padecer estos trastornos. Los mismos incrementan año a año y son más frecuentes en los grupos de adolescentes, ya que presentan una inmensa cantidad de cambios, tanto psicológicos, biológicos, como la redefinición del rol social y la formación de su identidad (Portela de Santana, Costa Ribeiro Junior, Mora Giral & Raich, 2012).

Existe evidencia de la relación entre estilos parentales y los TCA, así como también de la perpetuidad del estilo parental percibido por jóvenes a lo largo de su vida, más allá de la adolescencia (Guttman & Laporte citado en Ibáñez et al., 2006). Hay estudios realizados acerca de la incidencia de los estilos parentales sobre los hijos que los relacionan con la aparición de TCA (Rayas Trenas, 2008; Ruiz Martínez, 2009). Las investigaciones sobre este tema refieren que el exceso de control por parte de los padres hacia los hijos, como sobreprotectores y autoritarios, obstaculizando el proceso de progresiva independencia de ellos, resulta un factor relevante en los trastornos de conducta alimentaria. Esto se debe a que los conflictos paterno-filiales, generan la sensación de falta de control de éstos sobre sus vidas, haciendo que su único recurso de autonomía sea mediante el control de su cuerpo, lo cual puede derivar en un trastorno de la conducta alimentaria (Marmo, 2014; Ruiz Martínez, 2009).

La realización de este trabajo de integración final es importante porque puede contribuir a un mejor conocimiento sobre el tema, ya que no se encuentra suficiente bibliografía que relacione los estilos parentales percibidos con los TCA, entiendo que la relación entre ambos puede ser un factor que genere cierta predisposición al desarrollo de la patología, especialmente en la etapa vital de la adolescencia. El fruto de la investigación permitirá a los profesionales de la salud tener más herramientas y recursos que pueden ser provechosos a la hora de atender a un paciente con TCA, haciendo hincapié en la incidencia que tienen los estilos parentales percibidos en función de la insatisfacción corporal experimentada por el paciente. Esto puede ayudar, por un lado, a promover mejores medidas preventivas que puedan ser aplicadas desde la infancia en lo que respecta a los estilos parentales y los modos de crianza de los padres para con los hijos. Tal como lo expresa Marmo (2014), la familia es considerada como un eje central en la comprensión diagnóstica y en el tratamiento de las patologías alimentarias. Es por eso que este trabajo también podría contribuir a generar abordajes terapéuticos adecuados a la realidad del paciente, destacando la importancia de lo interdisciplinar en el cual participen no sólo profesionales de la salud mental, sino también médicos especialistas. En este abordaje es fundamental la participación de la familia, ya que este paciente se encuentra inmerso en ese contexto que no le es ajeno. El mismo podría ser sistémico, involucrando a todas las partes con el objetivo de generar un mayor nivel de salud tanto física, psíquica como social en los adolescentes diagnosticados con TCA.

Objetivos

Explorar la incidencia de los estilos parentales percibidos en los niveles de insatisfacción corporal de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Evaluar la insatisfacción corporal en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Describir los estilos parentales percibidos en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Investigar la relación que existe entre los estilos parentales percibidos y la insatisfacción corporal en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Hipótesis

H1: Los adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria presentan un alto nivel de insatisfacción corporal.

H2: El estilo parental percibido con mayor frecuencia por los adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria es el autoritario.

H3: Existe relación significativa entre los estilos parentales percibidos y la insatisfacción corporal. A mayor nivel de insatisfacción corporal, mayor presencia de estilo autoritario.

Adolescencia

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del latín cuyo término es *adolescens*. Esto significa hombre joven y deriva de *adoleceré*, es decir, crecer, padecer, sufrir (Griffa & Moreno, 2005). Según Nasio (2003) esta etapa implica una situación delicada y atormentada pero también creativa en la que el sujeto, progresivamente, deja de ser un niño, e inicia un difícil camino hacia la adultez.

La adolescencia es una etapa del desarrollo que comienza con la pubertad, en donde surgen los caracteres sexuales secundarios a raíz de los cambios hormonales, y culmina

con la finalización del crecimiento biológico y del desarrollo tanto psicológico como social del individuo, aunque esta última seguirá evolucionando durante todo el ciclo vital. Tanto su inicio como su finalización dependen de cada individuo (Ives, 2014).

Aberastury y Knobel (1988) desarrollaron tres duelos que se dan en la adolescencia. En primer lugar, el duelo por el cuerpo infantil perdido. Los cambios que se dan en el cuerpo son asincrónicos, es decir que las partes del cuerpo cambian a un ritmo discrepante, no armónico y, como consecuencia, despierta en el adolescente temor y preocupación por terminar siendo demasiado grande o demasiado pequeño, cuando el crecimiento es más bien lento (Griffa & Moreno, 2008). En segundo lugar, el duelo por el rol y la identidad infantil, que obliga a renunciar a la dependencia y a la aceptación de responsabilidades que se desconoce. En tercer y último lugar, el duelo por los padres de la infancia, a los cuales tratan de retener buscando protección y refugio. Estos duelos tienen como objetivo el constituirse como persona y lograr formar una identidad, tanto de orden sexual como social, ocupando así un lugar en el mundo de los adultos (Parral, Cena, Contreras, Bonsignore & Schust, 2007).

Así mismo, en esta etapa se espera que se alcancen cuatro objetivos. En primer lugar, la lucha por pasar de la dependencia de sus padres a la propia independencia. En segundo lugar, tener un aspecto propio, en consecuencia a la incrementada preocupación por la imagen corporal propia de la sociedad actual. En tercer lugar, buscan la integración en el grupo de amigos, el cual tiene mayor importancia al inicio de la adolescencia ya que perderá su fuerza al final del desarrollo psicosocial con el fin de alcanzar una relación individual más íntima con quien compartir sentimientos y pensamientos. Por último, el desarrollo de la propia identidad (Ives, 2014). Robles

Martínez (2008) citando a Erikson (1963) plantea que, si se forma con normalidad, la identidad es lo que dará firmeza a la personalidad de la persona adulta. Los adolescentes cuestionan los modelos de la niñez y tratan de asumir nuevos roles. Es en este momento que les surge saber ¿quién soy yo?, cuando aún conservan modelos de su niñez y están sujetos a impulsos biológicos, aptitudes y la adquisición de nuevas destrezas y frente a ellos hay nuevas oportunidades que les puede dar la sociedad.

Parral et al. (2007) hacen referencia a la aparición de los TCA en la adolescencia preguntándose por qué en esta etapa y no en otra. Consideran los distintos niveles actuantes: por un lado la individualidad, por otro la conflictiva vincular y en especial la diada con la madre, y por último las exigencias desde lo cultural. Esta es una etapa de crisis, es decir de reformulación de la conflictiva diádica la cual responde a la salida de la sexualidad infantil. Hay una reformulación del proceso identificatorio, del duelo por el cuerpo y de la omnipotencia del niño. Estos procesos son los que crean las condiciones para el estallido de las patologías. Se encuentra con frecuencia la presencia de algún familiar con trastornos alimenticios y duelos patológicos que no están elaborados o poco procesados a través de la palabra. Se agrega además una sensibilidad especial al medio que las rodea, se tornan más vulnerables a los mensajes contradictorios que la familia y el medio externo emiten en lo que respecta a la ecuación alimentación-efectos.

Dadas las dificultades que los sujetos con TCA tienen en lo que respecta a la separación y logro de identidad e individuación, podría concluirse que la patología alimentaria viene a prolongar dicha resolución, lo cual en algunos casos, se extiende al inicio de la juventud temprana, como se puede observar actualmente en la sociedad contemporánea (Marmo, 2014).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

El término Trastornos Alimentarios se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta. Comprenden actualmente cuatro categorías diagnósticas: la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y, Trastornos de la Conducta Alimentaria Especificados y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).

El vocablo *anorexia* proviene del latín *an*, prefijo restrictivo y *orexis*, apetito. El adjetivo *nerviosa* refiere su etiología de fuerte ligadura psicológica. Entonces se considera la anorexia como la falta de apetito por causas relacionadas a lo psicológico. Se sabe que no es falta de hambre lo que caracteriza a estas pacientes, sino una búsqueda por la delgadez lo que las lleva a restringir la ingesta y clasificar caloricamente cada una de las comidas que se realizan, asociada a una alteración de la imagen corporal (Losada, 2011).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5°, 2014) incluye la AN entre los TCA, caracterizados por una alteración constante en la alimentación o en el comportamiento asociado con la alimentación que llega a una alteración en el consumo de los alimentos. En la anorexia nerviosa existe una restricción de la ingesta provocando un peso corporal significativamente bajo en función de la edad, sexo, salud física y curso del desarrollo propio. Al mismo tiempo, se presenta un miedo intenso a engordar, y una alteración en la forma de percibir el propio peso o la autoevaluación de la constitución corporal, lo cual puede estar acompañado de una falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal que presenta.

Las anorexias se clasifican en dos subtipos: las restrictivas y las purgativas. En el primer

tipo, la pérdida de peso es provocada por la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. Con respecto al subtipo de atracones o purgas, el individuo recurre a técnicas como vómito auto-provocado, uso indebido de laxantes, diurético y/o enemas. La falta de hambre asociada a las conductas purgativas en la anorexia puede generar amenorrea, signos y síntomas depresivos, irritabilidad, insomnio, disminución del apetito sexual y aislamiento social. Su inicio suele ocurrir en la adolescencia o la adultez temprana, asociado a factores estresantes propios de la etapa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). No está claro si tiene componentes genéticos, que podrían contribuir a una vulnerabilidad específica o que pueden operar indirectamente generando una predisposición a la obesidad o a rasgos de personalidad que guíen a la persona a la implementación de dietas restrictivas y a la AN más probablemente (Marmo, 2014).

En lo que respecta la Bulimia, la raíz etimológica proveniente del griego “bus” (buey) y “limos” (hambre) y se traduce como “hambre de buey”, lo que significa una sensación de hambre desmesurada. Las características principales se muestran como una necesidad incontrolable de comer cantidades de comida más allá de lo normal y que generalmente contienen un alto valor calórico. Durante esta ingestión la persona pareciera perder el control, seguido de un sentimiento de culpa por lo hecho. La reacción inmediata que surge es buscar diferentes métodos de purga, como por ejemplo el vómito o bien recurrir a otros mecanismos no purgativos como el ayuno o abuso de ejercitación (Losada, 2011). El DSM 5 (2014) describe a la bulimia como episodios recurrentes de atracones el cual se caracteriza por los dos hechos mencionados anteriormente: ingestión en un período determinado de una cantidad de alimentos superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y sensación de falta de control sobre lo que

ingiere durante el episodio. Junto a estos criterios, se presentan comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

A su vez, el DSM 5 (2014) clasifica los TAE y TCANE. Esta clasificación se aplica a aquellas presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral, social u otras áreas del funcionamiento importantes, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En la categoría de TAE, el profesional opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios. En cambio, en la categoría de TCANE el profesional opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Raich (1994) observó en los TCANE las siguientes conductas alimentarias: dietas extremas o ayuno, episodios de sobreingesta o una combinación de ambos. Se presenta además una preocupación por el peso y alteración de la imagen corporal y en todos los trastornos que predominan los atracones surge un sentimiento persistente de falta de control sobre la ingesta.

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido considerados como alteraciones típicamente femeninas, proponiéndose relaciones de 1/10 en cuanto a prevalencia en casos de AN. En lo que respecta a la BN es de 1% a 3% y en los casos de TCANE es

de 3%. Se calcula que entre los varones la prevalencia sería nueve veces menor (Carrera Guermeur, 2007; Rutzstein, Murawski, Elizathe & Scappatura, 2010 en Marmo & Losada, 2014).

Toro, Nicolau, Cervera, Castro, Bleucia y Zaragoza (1995) realizaron un estudio comparativo de 185 adolescentes con diagnóstico de AN y encontraron que las familias de estas pacientes presentaban un alto estándar de educación y a su vez mayor tendencia a desarrollar trastornos afectivos. Las pacientes de este estudio presentaban a su vez, un alto nivel académico, retraimiento social y trastornos afectivos y obsesivos compulsivos como comorbilidad psiquiátrica más frecuente.

Los profesionales se preguntan por qué en los varones se da menos. Uno de los factores es la evolución psicológica. Durante la pubertad y la adolescencia, los varones que presentan un cuadro de anorexia comparten algunas características de personalidad con las niñas. Son sujetos con un excelente rendimiento escolar, ambiciosos, perfeccionistas e hiperactivos. Han estudiado en profundidad a estos pacientes y registraron algunos indicadores. Por un lado, los varones tienen una actitud menos oculta en lo que respecta a la ingesta. La mayoría admite tener hambre y pueden hablar de su fuerte deseo de comer. Por lo general alteran periodos de abstinencia seguidos de vómitos autoprovocados, lo cual responde a una anorexia purgativa. También se observan conflictos en su identidad sexual, inhibición de conductas agresivas propias de la edad. Además, se hacen presente situaciones de duelo no elaborado y se manifiestan conflictos en la relación con el padre y un apego excesivo a la madre. Ante el padre presentan actitudes de desvalorización; a la vez se ve que este tiene dificultades para poder asumir la función paterna (Parral, et al. 2007).

Según Marmo (2014) la adolescencia media y tardía es considerada como el período de la vida en el que se presenta mayor riesgo para las mujeres de padecer AN. Sin embargo, es importante destacar que la aparición de AN puede ocurrir también en niños y niñas muy pequeños. A su vez, hay ciertos factores de riesgo que podrían influir en el desarrollo de la patología, entendiendo a estos como aquellas características o eventos que predisponen al sujeto a padecer un desajuste. Entre estos factores de riesgo se encuentran la insatisfacción con la figura y el peso corporal, la baja autoestima, la práctica crónica de dietas, los rasgos de personalidad tales como la dificultad para expresar sentimientos, la necesidad de aprobación, la evasión de los conflictos, un patrón de pensamiento rígido con gran énfasis puesto en el deber ser; la sensación de ausencia de autocontrol que se traduce en la búsqueda de control sobre la conducta alimentaria, el perfeccionismo y la resolución de la identidad. La obesidad en la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de TCA. De todos modos la autora concluye que si bien la presencia de factores de riesgo no indica en sí misma el posterior desarrollo de patología alimentaria, existen diversos modelos explicativos respecto de cómo lo traumático no elaborado puede volcarse al cuerpo como una posibilidad de vehicular lo psíquicamente no tramitado y en ese caso sí desarrollar una patología alimentaria.

Etiopatogenia de los TCA

En cuanto a la etiopatogenia, Ochoa de Alda (2009) plantea que a pesar de la gran cantidad de estudios realizados sobre los TCA, su etiología sigue siendo un enigma. La etiología de cualquier trastorno ya no es algo a resolver solamente estudiando la causa de éste. Entre algunos de los factores que se desarrollarán a continuación, se encuentran la familia disfuncional, la idealización de la delgadez, roles de género, situaciones de abuso sexual. Del mismo modo se plantea

como posible causa una cuestión biológica y genética, entre otras.

Marmo y Losada (2014) plantean que los TCA se dan en el seno de la dinámica familiar específica en la que se destaca un disfuncionamiento familiar. Según Selvini Palazzoli, (1988, 2008) en Marmo y Losada (2014) no hay una tipología familiar única sino que en cada una existen tanto factores de riesgo como dificultades familiares que cumplirían la función de factores predisponentes como pueden ser un grado particularmente bajo de tolerancia hacia las tensiones conflictivas, sistemas familiares con una delimitación muy inestable entre las generaciones y los miembros de la familia y con una tendencia constante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también psico-emocionales de los individuos.

Linares (2002) en Marmo y Losada (2014) manifiesta que los TCA son producto de la disfunción de las relaciones conyugales que repercuten en las relaciones paterno-filiales. Del mismo modo, Onnis (2004) en Marmo y Losada (2014) describe como factor típico de las familias con TCA la presencia de intrusión, excesivo contacto y bloqueo de la independencia y autonomía.

Por otra parte, según Vargas Baldares (2013), los TCA son un trastorno de causa multifactorial entre los cuales estarían factores socioculturales como la idea de la delgadez, los roles de género, situaciones de abuso sexual y conflictos en el entorno familiar. También se han propuesto factores biológicos como una predisposición genética, presencia de psicopatología previa o su desarrollo como efecto secundario de la desnutrición, así como características personales como una baja autoestima y un alto nivel de autoexigencia.

Panzitta (2009) plantea desde un discurso científico y cultural, que la idealización de

belleza y delgadez lleva a considerar estos atributos como garantía tanto de seguridad y autoestima como de reconocimiento social.

En el caso concreto de la anorexia, las alteraciones fisiopatológicas han llevado a especular sobre el origen biológico del trastorno. De todos modos otros planteamientos contrarios a esta hipótesis, cuestionan su validez basándose en que la mayoría de dichas alteraciones desaparecen en el momento que el paciente logra la recuperación del peso. Desde el punto de vista etiopatogénico, estos trastornos se instaurarían a través de la integración patogénica de factores tanto psicobiológicos individuales, como familiares y socioculturales. En cuanto a lo individual es relevante el grado de separación e individuación que haya alcanzado el sujeto, directamente relacionado con la constitución de la identidad, de manera que el desarrollo de una identidad adecuada es lo que permite al sujeto ser autónomo respecto de sus padres y no estar sometido en exceso a la opinión de los demás. Si este proceso no se da, el sujeto queda a merced de la opinión de los demás provocando que la imagen cobre una importancia desmedida. Por otro lado los factores familiares y culturales acaban por conformar un conjunto de elementos que permite hacerse una idea de la complejidad del origen de los trastornos alimentarios.

Respecto al desarrollo de la Anorexia, Lucas, Duncan y Piens (1976) propusieron un modelo, que parte de tres factores: en primer lugar la vulnerabilidad biológica, en segundo lugar la predisposición psicológica y en tercer lugar el entorno social. En lo que respecta al nivel biológico actualmente los factores genéticos no están claros, aunque existen antecedentes familiares de trastornos afectivos, adicciones y obesidad en los trastornos alimentarios. Pero las implicaciones somáticas de las conductas alimentarias sí tienen un valor importante en la clínica y el mantenimiento de los trastornos alimen-

tarios. En segundo lugar, entre los factores socioculturales podemos destacar el nivel socioeconómico, los estereotipos culturales, sobre todo aquellos que son transmitidos por los medios de comunicación, en especial la idea de delgadez. El ideal de belleza se da en las sociedades opulentas en las que no hay escasez de comida. Una vez establecido y compartido socialmente este ideal de delgadez ejerce una presión sobre los miembros de la comunidad y hace que los sujetos que se adaptan a ese modelo se sientan valorados y los que no poseen esas características vean un descenso en su autoestima. El sexo femenino es más susceptible de padecer anorexia porque la presión social, en especial a través del mundo de la moda, lleva a valorar a la mujer sobre la base de su apariencia física y en nuestra cultura es un signo de éxito y control sobre una misma el ser delgada. En último lugar, entre los factores familiares, las relaciones familiares pueden tener características muy diversas como son la dificultad de autonomización de sus miembros, la negación de los conflictos, las alteraciones de la comunicación, las cuales pueden dar lugar para la aparición de trastornos alimentarios en personas susceptibles. Estos factores, junto con acontecimientos vitales estresantes pueden jugar un papel etiológico y, cuando el TCA está establecido, actuar como factores de mantenimiento.

Desde una perspectiva psicodinámica, Gabbard (2002) siguiendo las ideas de Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) plantea que la AN tiene su origen en la díada con la madre. La madre cría a la niña en función de sus propias necesidades y no en función de las necesidades de la niña. Cuando los mensajes iniciales de la niña no reciben respuestas confirmadoras y validantes, no puede desarrollar un sentido sano de sí misma. De esa manera, la niña se experimenta como una extensión de la madre dejando de lado su propia autonomía. De esta manera, comprende la conducta de las pacientes

con anorexia como un esfuerzo realizado para ganar admiración y validación como una persona única y especial poseedora de grandes atributos. Seijas y Sepúlveda (2005) refieren que las teorías psicológicas psicodinámicas señalan que las pacientes con BN también tendrían alteraciones tempranas en el vínculo afectivo y dificultades en el proceso de separación e individuación. Pero a diferencia de las pacientes con AN, tendrían una gran necesidad de establecer un vínculo estrecho y simbiótico con la madre, lo que se expresaría de alguna manera en su voracidad y en su necesidad de incorporar grandes cantidades de comida. Sin embargo, la ambivalencia, las dificultades para recibir, las emociones negativas como por ejemplo la rabia y la envidia frente al objeto no le permitirían mantenerlo, por lo que de ese modo surge la necesidad de expulsarlo rápidamente.

Siguiendo la línea de Williams (1997) destacó también que los progenitores tienden más a proyectar su ansiedad sobre la niña, en lugar de contenerla. Estas proyecciones pueden ser vistas por la paciente como cuerpos extraños hostiles. De esa manera, para poder protegerse es que desarrolla un sistema de defensa que impide el ingreso y se manifiesta mediante la negativa a comer, provocando así la Anorexia. En esta negativa a comer, los progenitores se vuelven más obsesivos entonces ellos se convierten en los que tienen los deseos. Cualquier acto de recibir comida o amor confronta sinceramente a estos pacientes con el hecho de que ellos no pueden poseer lo que desean, entonces su solución es no recibir nada de nadie. Desde esta perspectiva la inanición, es decir la extrema debilidad física provocada por el falta de alimento, es autoprovocada y se debe a distintos factores. Por un lado, como un intento desesperado de ser especial y única, una defensa contra la voracidad y el deseo, un intento defensivo para impedir que proyecciones no metabolizadas de los

progenitores entren en el paciente y en último lugar, un grito de ayuda para que sacudir a los progenitores y hacer que se vuelvan conscientes de su sufrimiento. Estos factores psicodinámicos están también acompañados por factores cognitivos que incluyen la alteración de la percepción de la imagen del propio cuerpo, pensamiento del todo o nada, pensamiento mágico y pensamientos y rituales obsesivos-compulsivos.

Insatisfacción corporal

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, la cual comienza a gestarse durante la niñez, y es en la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye en la persona una parte muy importante de su autoestima, especialmente en la etapa de la adolescencia (Rivarola, 2003).

Dentro de los factores que pueden ser predisponentes para los TCA, la insatisfacción corporal se postula como uno de los principales. Garner (1998) la define como aquella insatisfacción con la forma general de su cuerpo o de aquellas partes del mismo que más le preocupan a los sujetos que padecen TCA.

Al hablar de los TCA se entiende que los individuos que padecen esta enfermedad presentan una alteración en la percepción de su cuerpo y su peso corporal. La imagen corporal es el modo en que la persona siente, percibe y actúa en relación a su propio cuerpo (Rosen, 1995). Por lo tanto, sufren de un Trastorno de la Imagen Corporal. Teniendo en cuenta que la imagen corporal se define como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que se tiene de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites del mismo, la experiencia subjetiva de sentimientos, pensamientos, actitudes y valoraciones que el sujeto hace

y siente y el modo de comportarse derivado de las cogniciones y los sentimientos que se experimentan (Arguello Peña & Romero Carrera, 2012), es posible caracterizar al Trastorno de la imagen Corporal como una preocupación exagerada que provoca malestar hacia algún defecto imaginario o extrema apariencia física (Raich et al., 1996a). Thompson (1990) describe que la imagen corporal se encuentra integrada por tres componentes. El primer componente es perceptual, basado en la precisión en la que se percibe el cuerpo, ya sea en su totalidad o diferentes partes de él. Su alteración está caracterizada por la sobrestimación, es decir, la percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales, lo cual es una característica primordial en los TCA. El segundo componente según el autor mencionado, es el componente subjetivo, el cual se refiere a las actitudes, sentimientos y cogniciones que evoca el cuerpo como cualquier apariencia física, tales como el peso corporal y el tamaño. Este componente también se ve alterado en los TCA, en el que se encuentra una insatisfacción corporal. Como ejemplo de este componente se encuentran las obsesiones, delirios o ideas sobrevaloradas. El tercero y último es el conductual, entendiéndolo a éste como las acciones que realiza en sujeto con el objetivo de dar una respuesta a los sentimientos y a las cogniciones respecto a su cuerpo.

Acosta García y Gómez Peresmitré (2002) realizaron un estudio en el cual afirman que por un lado, existe un mayor nivel de adolescentes insatisfechos que satisfechos y, por otro lado, que hay significativamente más mujeres insatisfechas que hombres. La insatisfacción corporal constituye un factor de riesgo porque puede llevar a los adolescentes a realizar actividades que de otra manera no las harían, comer por ejemplo, dietas restrictivas. Esto puede relacionarse con lo que plantean Baron y Byrne (2005) acerca de que los individuos cambian sus

actitudes para poder pertenecer a la sociedad, actuando en conformidad y eligiendo seguir a los demás. Esto se debe, por un lado, a la influencia social normativa, entendiéndola a ésta como el deseo del individuo que busca agradar a los demás o ser aceptado por los demás. Y, por otro lado, a la influencia social informativa, refiriéndose a que el individuo quiere entender de forma adecuada el mundo social en el que vive.

Para entender mejor la insatisfacción corporal, Garner (1998) refiere que se deriva de un proceso cognitivo basado en la comparación, la autoevaluación y el auto-rechazo, los cuales son susceptibles tanto de educación como de orientación. Trejo Ortiz et al. (2010) sostiene que está asociada positiva y significativamente con el índice de la masa corporal.

Herscovici y Bay (1990) afirman que la obsesión por una figura cada vez más delgada se ha convertido en protagonista de estos tiempos lo cual afecta a un creciente número de adolescentes y personas jóvenes, en especial del género femenino. Las autoras señalan que estos padecimientos no pueden ser encarados como patrimonio de un solo profesional, sino que deben ser abordados desde un equipo multidisciplinario, donde la responsabilidad esté tanto en el clínico como en el terapeuta familiar.

Aberastury y Knobel (1971) dentro de los duelos que se presentan en la adolescencia sostienen que los cambios irreversibles que se le imponen al niño en este momento evolutivo provocan como consecuencia la aceptación, tanto de él como de sus padres, de que el cuerpo infantil se está perdiendo y que nunca se recuperará. Por eso refiere al duelo por el cuerpo infantil en el que, el adolescente, es un observador pasivo de sus modificaciones corporales que le son ajenas. Lo que sucede es que estos cambios son todavía vividos con una mente infantil

lo cual genera sentimientos de impotencia frente a esta realidad que le es impuesta. Por lo tanto, la maduración corporal de la adolescencia inicial es de suma importancia ya que el adolescente percibe su propio cuerpo como ajeno, algo que no le pertenece, que le provoca sentimientos de inseguridad y disconformidad. Por este motivo es preciso estar atentos a las distintas manifestaciones del adolescente, con el fin de prevenir que se desencadene un TCA u otra patología.

Tanto Garner (1998) como Trejo Ortiz et al. (2010) aún en épocas distintas, sugieren incrementar el conocimiento sobre el tema, lo cual nos permitirá establecer propuestas preventivas que lleven a un cuidado de la población, promoviendo la propia aceptación y el bienestar integral tanto físico como psicológico entre los adolescentes.

Ochoa de Alda (2009) refiere que la visión negativa del cuerpo favorece la restricción alimentaria y los métodos utilizados para adelgazar se convierten en fuente de nuevos riesgos. El estilo de vida, el grupo de pares, la publicidad y las propias cogniciones refuerzan los ayunos y dietas, entre otras prácticas. Estos factores pueden imponer, sobre todo en personas vulnerables, la convicción de que su apariencia física es la clave del éxito social y personal y llevarlas de esa manera a seguir una dieta estricta que les hace adelgazar. Una dificultad que se hace presente es la posterior malnutrición ya que produce alteraciones psicológicas, añadidas o incrementa las que hay existían, y fisiológicas que lleva a mantener la dieta como único modo de conseguir una autovaloración y equilibrio, cerrándose el círculo vicioso en el que la persona con una TCA queda atrapada.

Tanto la insatisfacción corporal como el fuerte deseo de adelgazar, acompañados de la decisión de someterse voluntariamente a una dieta hipocalórica, son conductas

informadas con bastante frecuencia entre los jóvenes, sobre todo los procedentes de la sociedad occidental (Mernio Madrid, Pombo & Godás Otero, 2001).

Estilos parentales

Marmo (2014) señala que la familia sigue siendo durante la vida un factor de gran impacto emocional y de influencia en la vida personal. Según Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001) son ellos quienes proporcionan afecto y apoyo y contribuyen al bienestar tanto psicológico como emocional de todos sus integrantes a través del desarrollo de la autoestima, de la confianza y de un sentimiento de pertenencia. Promueve el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le serán útiles en el transcurso de su vida y permite las primeras identificaciones. También, favorece la socialización de sus integrantes, tiene la función de establecer las normas y los ideales y posee una tarea organizadora y reguladora de la personalidad. La función de socialización es la más relevante dentro de la familia y es ejercida por medio de las prácticas educativas de los padres (Musitu, Estévez, Jiménez & Herrero, 2007). Baumrind (1966) fue una de las pioneras en el estudio sobre los estilos parentales entendiendo por tal las estrategias de crianza que imparten los padres para con los hijos.

Los estilos parentales son comportamientos puestos en acción por los progenitores con el fin de educar, influir y orientar a sus hijos para que logren constituirse en relaciones sociales. A través de estos estilos, los padres intentan inculcar en los hijos ciertas normas y valores. Se los denomina estilos, ya que perduran en el tiempo y mantienen estabilidad. Los progenitores buscan orientar y guiar las conductas de sus hijos, para moldear de cierta manera, sus respuestas. Estas prácticas educativas varían según el grupo familiar y las características propias del niño. Son numerosos los factores

biopsicosociales que afectan a los estilos de crianza y las interacciones parentales, por eso es importante poder identificar los factores de riesgo para ocuparse de ellos e intentar erradicarlos, y poder también identificar los factores protectores con el fin de promoverlos (Losada, 2015).

Baumrind (1966) reconoce dos dimensiones del comportamiento de los padres que logran caracterizar su influencia en la formación de los hijos, ellos son la aceptación y el control parental. La combinación de estas dos dimensiones conformará la tipología de los estilos parentales que se denominan, estilo autoritario (rígidos y controladores; exigentes y fríos), autoritativo o democrático (exigentes y cálidos) y estilo permisivo (permisivos y cálidos). El trabajo realizado por esta autora representa un punto de referencia que es fundamental en el campo del apoyo y control parental, la autonomía y el desarrollo del hijo (Torío López et al, 2008). En estudios posteriores realizados por Maccoby y Martin (1983) en Marmo (2014) postulan cuatro estilos pero considerando las variables de demanda y respuesta: el autoritario (alta demanda y baja respuesta) el permisivo (baja demanda y alta respuesta), el negligente/indiferente (baja demanda y baja respuesta) y el autoritativo (alta demanda y alta respuesta).

Casullo y Liporace (2008) definen al estilo "autoritario" como aquel en el cual los padres ejercen estricto control y exigen a sus hijos un nivel de madurez muy elevado. Se acompaña de comunicación y expresión emocional escasas. El comportamiento de los padres obedece a patrones rígidos establecidos de los cuales les cuesta moverse. Predominan las normas y el castigo ante un incumplimiento, dejando de lado el diálogo. Las normas no son conversables ni tampoco tienen un fundamento, de hecho pueden incluir el castigo físico. Con lo que respecta al estilo "democrático", se hacen

presente altos niveles de comunicación, afecto, control y exigencias de madurez. Si bien está presente el control, no dejan de lado los sentimientos y emociones de los hijos, siendo de esta manera más empáticos y flexibles. El fin de los límites es orientar a sus hijos pero a la vez estar disponibles para escucharlos y llegar a un acuerdo mutuo. En cuanto al estilo "permisivo" desarrollan que se ejerce poco control y tienen escasa exigencia de madurez, pero generan un alto nivel de comunicación y afecto. Lo que predomina es el dejar hacer y la aceptación de la conducta. Esto implica que no hay normas que estructuren al niño, por el contrario, le consultan a ellos a la hora de tomar decisiones. En último lugar y agregado posteriormente se encuentra el estilo "indiferente" en el cual los progenitores parecen indiferentes ante sus hijos, no son exigentes y tampoco receptivos. No ejercen control ni exigencias de madurez. Los niveles de comunicación y afecto son muy bajos, dejando de lado la responsabilidad sobre sus hijos.

Se ha identificado que los estilos parentales que se vivencian en la niñez pueden predecir el ajuste que se hace presente en la etapa de la adolescencia. Hay estilos de apego y estilos parentales de crianza que influyen en el desarrollo y las características propias de los jóvenes hostiles. Los adolescentes que se autodescriben como poseedores de un estilo de apego evitativo o ambivalente, presentan niveles más elevados de ira y hostilidades que aquellos pares que se han ubicado en la categoría de apego seguro. Del mismo modo, la presencia de altos montos de afecto hostiles podría estar asociada a niveles bajos de calidez emocional y un alto nivel de comportamientos asociados al rechazo, control e inconsistencia en los estilos parentales (Casullo & Liporace, 2008). El apego según la Teoría de Bowlby (1997) es un sistema cerebral innato que impulsa la búsqueda de proximidad entre el sujeto y su cuidador primario/figura de apego cuyo

objetivo es regular sus estados internos hasta que se produzca el desarrollo de sus propias funciones psiconeurobiológicas lo suficiente como para autorregularse. Esta necesidad que tiene el neonato de establecer una vinculación afectiva es innata, y persiste a lo largo de la vida adulta. Esta vinculación aparece cuando el sujeto busca apoyo y proximidad de otro en situaciones que generan temor, ansiedad o estrés.

La influencia que los padres ejercen sobre los hijos podría verse como un factor de riesgo y/o protección, en función de la manera específica en que estos actúen en relación al cuerpo y a las conductas asociadas. La presión de los padres y del entorno tanto familiar como de amigos, puede influir en el desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las siguientes conductas que son de riesgo para su salud como es el trastorno de anorexia nerviosa (Marmo, 2014).

Teniendo en cuenta investigaciones realizadas en otras regiones, se encuentra por ejemplo estudios que fueron llevados a cabo en contextos culturales diferentes al anglosajón, en grupos minoritarios étnicos con familias que presentan un nivel socioeconómico bajo, los cuales refieren que el estilo educativo que tiene de base la imposición y no el afecto parental, es decir el estilo autoritario, es el estilo educativo adecuado (Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Parral et al, (2007) plantean que los niños no pueden crecer e individuarse sin rechazar y atacar. Por este motivo, los padres deben poner límites a sus hijos pero cuidando no humillar con los castigos impuestos ante esas conductas. Del mismo modo, tampoco se debe caer en el otro extremo que es la sobreprotección porque de esa manera será difícil romper la dependencia entre el niño y sus padres. Por lo tanto, se espera que los padres sepan comprender las necesidades

que se presentan en el desarrollo de sus hijos y sepan explicarles el por qué de sus reglas, logrando un equilibrio entre el castigo y la sobreprotección.

Así, por ejemplo los padres que utilizan un estilo democrático se caracterizan por el afecto, el control y las exigencias de madurez. Sus hijos muestran niveles altos de autoestima y de desarrollo moral, un mejor ajuste emocional y comportamental, mayor interés hacia la escuela y un mejor rendimiento académico. Por el contrario, quienes han crecido en un ambiente indiferente tienden a presentar ciertos problemas conductuales y emocionales. La falta de afecto y supervisión de estos padres tienen un efecto negativo en el desarrollo de los hijos, que muchas veces presentan desajustes a nivel social, como puede ser por ejemplo la impulsividad y conductas delictivas. Suelen ser personas con baja autoestima presentando en algunos casos problemas depresivos. Otro ejemplo, son los padres autoritarios que brindan escaso apoyo y afecto, tienen hijos con escasa confianza en sí mismo y baja autoestima. Son chicos que no pueden explorar identidades alternativas y adoptar valores morales propios ya que son muy sensibles a la presión parental. Los adolescentes que crecieron en un hogar permisivo, no suelen tener baja autoestima pero sí presentan altos niveles de conducta antisocial y bajo nivel de madurez (Marmo, 2014).

Relación entre estilos parentales y TCA

Según Marmo (2014) el comportamiento que presenten los padres con sus hijos ejerciendo demasiado control sobre la alimentación de ellos, junto con la presión de los padres y amigos para que sean delgados, contribuye al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las consecuentes conductas posteriores que ponen en riesgo la salud. Del mismo

modo, las burlas de familiares y amigos sobre el peso influyen de manera significativa en la insatisfacción con la imagen corporal y en la posterior aparición de los TCA, especialmente en adolescentes. Los TCA surgen y se expresan, en lo que refiere al contexto tanto relacional como familiar, en un momento específico del desarrollo del individuo y de su entorno. Por ese motivo, la familia se considera un eje central en la comprensión diagnóstica y en el tratamiento de las patologías alimentarias.

Parral, et al. (2007) plantean la importancia que conlleva el momento de comer dentro de la rutina familiar. Si bien es evidente que este momento de reunión familiar tiene como fin alimentarse, se proponen analizarlo también como medio. Es decir que esta reunión funciona como un momento organizado y organizante en el cual los miembros de la familia intercambian no sólo el alimento. Se da una amplia gama de comunicaciones, en donde hay distintos relatos y emociones en juego como una amplia gama de emociones y afectos que pueden ligar o separar. Separar porque las emociones en juego pueden tener una doble cualidad afectiva: de re-encuentro, es decir que ligan; pero también de enojos, celos, desacuerdos que pueden separar. Esto no quiere decir que sea necesariamente negativo, pero sí que este momento a veces es el único de intercambio familiar. Los mismos autores, relatan que la comida y las emociones están estrechamente unidas. El comer y los modos de hacerlo es un hábito que empieza a formarse cuando los niños son pequeños, y esos modos quedan establecidos para el resto de la vida. De esta manera se puede ver cómo muchos de los trastornos alimenticios que se presentan en los adolescentes y en los jóvenes, responden a la primera infancia. Es en este punto que la vida familiar, los afectos, las relaciones que se dan entre sus miembros, el grado de autoestima, cobran un significado crucial para la comprensión de este tipo de problemas.

Los miembros de la familia están atrapados en una interacción familiar en la cual el hijo enfermo favorece en alguna medida a mantener un pseudo equilibrio familiar. Es así que la patología alimentaria vendría a mantener la homeostasis entre el sistema familiar disfuncional y la dificultad en el logro de la identidad del joven, en especial en aquellas circunstancias donde los roles y estilos educativos de los padres favorecen el perpetuar sintomatológico (Marmo, 2014). Es importante tener presente que el logro de la identidad es una de las tareas que se le presentan al adolescente.

Las investigaciones sobre este tema refieren que el exceso de control por parte de los padres, el ser sobreprotectores y autoritarios, y el impedir que los hijos se independicen, se convirtió en un factor que es relevante para la producción de TCA, ya que produce conflictos de diversa índole entre padres e hijos lo cual genera la sensación de falta de control de éstos sobre sus vidas, haciendo que su único recurso para ello sea mediante su cuerpo (Silva Gutierrez & Sanchez Sosa., 2006).

Método

Diseño

Este trabajo presenta un diseño empírico de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional.

Participantes

Se trabajó en el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación (IATA), ubicado en Rafael Calzada, provincia de Buenos Aires. Este instituto cuenta con una población en la cual la mayoría son mujeres. La muestra estuvo compuesta por 25 adolescentes, 80% mujeres y 20% hombres con una edad comprendida entre

12 y 21 años ($ME=16,72$; $DE=2.7$), todos diagnosticados con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El 40% de la muestra vive con ambos padres y sus respectivos hermanos, el 20% con ambos padres, el 8% solo con la madre, el 20% con madre y hermanos, el 8% con ambos padres y otros, y el 4% con otros como abuela o tía.

El nivel de estudios alcanzado por la muestra presenta un 4% con el primario incompleto, 40% con primario completo, 32% con secundario incompleto y 24% con secundario completo. El nivel de estudios alcanzado por los padres de la muestra es, en el caso de la madre, un 4% con primario incompleto, 4% con primario completo, 8% con secundario incompleto, 16% con secundario completo, 16% con terciario o universitario incompleto y 44% con terciario o universitario completo. En el caso del padre, un 4% con primario incompleto, 8% con primario completo, 4% con secundario incompleto, 28% con secundario completo, 8% con terciario o universitario incompleto y 40% con terciario o universitario completo.

Instrumentos

Para poder realizar la investigación se administraron a los participantes los siguientes cuestionarios:

– *Consentimiento informado*: como la muestra formó parte en su totalidad de IATA, el instituto facilitó el acceso a los consentimientos informados que utilizan para poder trabajar con los pacientes, tanto en los tratamientos propios en los que participan como distintos trabajos e investigaciones de las que pueden formar parte voluntariamente.

– *Cuestionario de datos sociodemográficos y personales*: se trata de un cuestionario

construido *ad hoc* en el que se exploró edad, sexo, nivel de instrucción de los participantes y de los padres y grupo de convivencia, con el fin de caracterizar la muestra.

– *Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3)*, *eating disorder*, adaptación lingüística y conceptual (Rutzstein, Maglio, Laura, Armatta, Leonardelli, López, Moiseeff, Murawski, Redondo & Marola, 2006). Consiste en una prueba multidimensional útil para la detección de trastornos alimentarios y la exploración de características psicológicas en pacientes con posible diagnóstico de TCA. A su vez evalúa aspectos cognitivos y conductuales de los trastornos alimentarios. Está conformado por 12 subescalas que organizan a 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes seis posibilidades: *siempre, casi siempre, a menudo, a veces, casi nunca y nunca*. Las tres primeras subescalas son “Escalas de riesgo” y evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal. Ellas son: *Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal*. Las subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que son clínicamente relevantes, a saber: *Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivo, Desregulación Emocional, Ascetismo, Perfeccionismo y Miedo a Madurar*. Por otra parte, el EDI-3 proporciona seis Índices que permiten obtener el perfil clínico de los pacientes: *Riesgo de Trastorno Alimentario* (reúne los ítems de las tres escalas de riesgo), *Ineficacia, Problemas Interpersonales, Problemas Afectivos, Exceso de Control y Desajuste Psicológico General* (reúne los ítems no incluidos en el índice de riesgo, es decir los de las nueve escalas de características psicológicas). En este caso, se administra específicamente la sub-escala de Insatisfacción Corporal entendiendo a tal como un indicador relevante de TCA, la cual evalúa la insatisfacción de la persona

con la forma general de su cuerpo o con las partes del mismo que más preocupan a pacientes con trastornos de la alimentación.

– El rango de puntuación del instrumento es de 0 a 4, con puntuaciones directas e inversas. En cada ítem, la respuesta que señala mayor sintomatología (siempre o nunca, dependiendo de la direccionalidad del ítem), se puntúa con el valor 4; la siguiente (casi siempre o casi nunca) se puntúa con el valor 3; y la próxima (a menudo o a veces) con el valor 2. La respuesta a veces en los ítems directos y a menudo en los inversos, se puntúa con el valor 1. Las dos restantes respuestas del extremo opuesto a la patología se califican con el valor 0. El EDI-3 incluye, a su vez, tres escalas de validez que permiten detectar patrones de respuesta inconsistentes o extraños.

– El *Children's Report of Parental Behavior* (CRPB, Schaefer, 1965) tiene 26 escalas (con 10 ítems cada una) que miden la percepción de los adolescentes de los estilos de crianza de los padres y la relación con el padre y la madre. Klimkiewicz (1996) adaptó una versión al castellano proporcionada por Schaefer a la población Argentina, generando en un instrumento de 72 ítems. El resultado es una versión abreviada de 32 ítems para evaluar la relación con el padre y 32 ítems para evaluar la relación con la madre. Estos ítems miden tres factores: Aceptación, Control Patológico y Autonomía Extrema. Se entiende por Aceptación a aquellas relaciones familiares que se caracterizan por la evaluación positiva, el compartir, la expresión de afecto y el apoyo emocional. Se estimula la sociabilidad y el pensamiento independiente. El Control Patológico incluye varias formas de control excesivo: ser intrusivo, controlar a través de la culpa, aplicar normas estrictas, usar castigo y retos, evaluar negativamente al hijo o a la hija y alejar a través del rechazo. En cuanto a la Autonomía Extrema, hace referencia a la permisividad extrema o control parental

laxo en el que se da al hijo total libertad sin imposición de reglas o establecimiento de límites. Generalmente es percibido por el hijo como negligencia e ignorancia en el comportamiento de sus padres al atender sus necesidades.

Cada uno de los ítems responde a una de las tres dimensiones mencionadas, con tres posibles respuestas donde 1 es “No”, 2 “A veces” y 3 “Sí”. El puntaje de las escalas se calcula promediando los ítems de cada factor. Valores altos reflejan mayor fuerza del constructo.

Procedimiento

En primer lugar se evaluó en forma individual a cada participante. Con el fin de cumplir con los requerimientos éticos de investigaciones en psicología se solicitó el consentimiento informado firmado por el propio sujeto. Luego se construyó una base de datos bajo la plataforma del programa *Statistical Package for Social Sciences* 18 (SPSS 18) para poder analizar los resultados.

Análisis de datos

Una vez recogida la información, se analizaron los resultados mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Acorde a los objetivos específicos, se llevaron a cabo distintos análisis de datos. En primer lugar, para los objetivos uno y dos, se calcularon medidas descriptivas para cada uno de los tests que se administraron. Para el objetivo tres se calculó el coeficiente de correlación r de Pearson.

Resultados

Nivel de insatisfacción corporal

Con el fin de alcanzar los resultados de la primera hipótesis, se puntuaron todas las

respuestas de la escala de Insatisfacción corporal para obtener una puntuación total. En función de esto, se dividieron en tres niveles: bajo/medio/alto, entendiéndose por tales al nivel de insatisfacción o disconformidad de los pacientes con su cuerpo en general o con determinadas partes del mismo. El nivel bajo comprende un rango de 0-7, el medio 8-30 y el alto 31-40.

A partir de estos valores, se realizó un análisis descriptivo para evaluar la muestra y se concluyó que el 4% de la muestra puntuó un nivel bajo de insatisfacción corporal, el 88% un nivel medio de insatisfacción corporal y un 8% un nivel alto de insatisfacción corporal.

En esta primera hipótesis se esperaba encontrar que los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria presentan un alto nivel de insatisfacción corporal y se encontró que la muestra obtuvo una puntuación de nivel medio.

Tabla 1
Nivel de insatisfacción corporal

Nivel de insatisfacción corporal	Porcentajes
Bajo	4%
Medio	88%
Alto	8%

Estilo parental percibido por los adolescentes con TCA

Para alcanzar el resultado de la segunda hipótesis se puntuó cada una de las respuestas y se obtuvo la frecuencia de cada una de las tres dimensiones que evalúa la escala: aceptación, control patológico y autonomía extrema. Esto arrojó como resultado que la Aceptación que percibe la muestra por parte de sus padres es de $ME=2,07$; $DE=0,2$, el Control Patológico es $ME=1,47$; $DE=0,19$ y

la Autonomía Extrema es $ME=2,07$; $DE=0,3$, teniendo en cuenta que la puntuación es de 1 a 3. En la tabla 2 se pueden ver los valores descriptivos encontrados.

En este caso, se esperaba encontrar que el estilo parental percibido con mayor frecuencia por los pacientes con TCA sea el autoritario. Teniendo en cuenta las tres dimensiones que evalúa la escala, se puede pensar que el resultado arroja un estilo más cercano al permisivo que al autoritario ya que la puntuación de la escala indica que hay mayor Aceptación y Autonomía Extrema que Control Patológico, entendiéndose al estilo permisivo se caracteriza por poco control y tienen escasa exigencia de madurez, pero generan un alto nivel de comunicación y afecto. Lo que predomina es el dejar hacer y la aceptación de la conducta.

Tabla 2
Estilos parentales

Dimensiones de Estilos Parentales	Valores estadísticos	
	ME	DE
Aceptación	2.07	0.2
Control patológico	1.47	0.19
Autonomía extrema	2.07	0.3

Relación entre la insatisfacción corporal y los estilos parentales

Para poder obtener los resultados de la tercera hipótesis, se realizó una correlación bivariada con el estadístico r de Pearson entre las tres dimensiones de la escala de Estilos Parentales y la subescala de Insatisfacción corporal.

En este caso, se esperaba encontrar una relación significativa entre los estilos parentales percibidos y la insatisfacción corporal. A mayor nivel de insatisfacción corporal, mayor presencia de estilo autoritario. Sin embargo, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre estas dos variables por lo cual se rechaza la hipótesis.

Tabla 3
Relación entre la insatisfacción corporal y los estilos parentales

Correlación de escalas	Valores estadísticos	
	R	P
Insatisfacción corporal y aceptación	.16	.48
Insatisfacción corporal y control patológico	-.009	.66
Insatisfacción corporal y autonomía extrema	.23	.30

Conclusiones y Discusiones

La insatisfacción corporal se postula como uno de los principales factores que pueden ser predisponentes para este tipo de patología. Esto se relaciona con lo que plantean Acosta García y Gómez Peresmitré (2002) acerca de la insatisfacción corporal como un factor de riesgo que puede llevar a los adolescentes a realizar actividades que de otra manera no las harían, como por ejemplo, dietas restrictivas. Del mismo modo, Ochoa de Alda (2009) refiere que la restricción alimentaria y los métodos utilizados para adelgazar podrían verse favorecidos por la visión negativa del cuerpo, los cuales se convierten en fuente de nuevos riesgos. Tanto el estilo de vida, como el grupo de pares, la publicidad y las propias cogniciones refuerzan las prácticas de alimentación patológica en estos pacientes. Estos factores pueden imponer, la convicción de que su apariencia física es la clave del éxito social y personal, sobre todo en personas vulnerables. Especialmente en la etapa de la adolescencia, la imagen del cuerpo constituye en la persona una parte muy importante de su autoestima (Rivarola, 2003), entendiéndose que la obsesión por una figura cada vez más delgada se ha tornado un papel relevante en estos tiempos, viéndose afectados, en su mayoría, adolescentes del género femenino (Herscovici y Bay, 1990).

Lo mencionado anteriormente se hace presente en la muestra ya que, por un lado, el

80% del total de los adolescentes evaluados, son mujeres. Y por otro lado por el resultado obtenido que refleja la presencia de Insatisfacción Corporal. Sin embargo, pudo observarse que esta última está presente en los adolescentes evaluados en un nivel medio y no en un nivel alto, como se esperaba encontrar. Cuando se habla de niveles se entiende por tales al grado en que los adolescentes perciben ciertas disconformidades o incomodidades con su cuerpo, tanto en su totalidad como en algunas de sus partes, lo cual, dependiendo el grado, puede llevar a realizar distintas conductas de carácter patológico, coincidentes con el TCA que hayan desarrollado. Que se haya obtenido un nivel medio de Insatisfacción Corporal en lugar de alto podría deberse a que los mismos forman parte de un instituto especializado en TCA en donde están bajo tratamiento y realizan distintas actividades terapéuticas que los ayudan a poder trabajar y elaborar su patología. Tal como plantean Lechuga Navarro y Gámiz Jiménez (2005) dentro del proceso terapéutico, se apunta en primer lugar a la orientación educativa teniendo en cuenta el diagnóstico acompañado de la conciencia de enfermedad, la evolución y el pronóstico de la enfermedad, sabiendo las causas de la misma, y los consejos nutricionales con el fin de elaborar una dieta adecuada. Luego se trabaja con el paciente para que pueda ir modificando ciertos pensamientos y conductas características de su patología,

con el objetivo de brindarle herramientas y recursos de afrontamiento. A su vez, no hay que dejar de lado la presión social, la cual debe ser trabajada, buscando que el paciente se libere de ella, entendiendo a la misma como un factor de riesgo y/o mantenimiento de la enfermedad. De este modo Losada (2011) plantea la importancia de realizar un abordaje interdisciplinario, dado que los sujetos que padecen TCA presentan múltiples consecuencias que pueden afectar tanto al sujeto como a su entorno. Siguiendo esta línea y en función de los tratamientos interdisciplinarios realizados en el instituto se espera, por lo tanto, que la imagen sobre sí mismos haya sido trabajada y modificada con el fin de generar una conducta más saludable, lo cual podría explicar por qué la Insatisfacción Corporal en la muestra arrojó un nivel medio cuando se esperaba un nivel alto.

En lo que respecta a los estilos parentales, Baumrind (1966) reconoce dos dimensiones del comportamiento de los padres que logran caracterizar su influencia en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental. En cuanto al estilo presente en la muestra se puede pensar en un estilo permisivo ya que arroja niveles más altos de aceptación y autonomía, y más bajos, aunque no por eso insignificantes, de control patológico. Para caracterizar este estilo en particular, autores como Maccoby y Martin (1983) en Marmo (2014) plantean al estilo permisivo con baja demanda y alta respuesta y Baumrind (1966) como permisivos y cálidos. Estos ejercen poco control y tienen escasa exigencia de madurez, pero crean un alto nivel de comunicación y afecto, generando que lo que predomine sea el dejar hacer y la aceptación de la conducta. Estos resultados no coinciden con lo planteado en las hipótesis de este trabajo, en donde se esperaba que la muestra arroje como resultado un estilo parental autoritario, siguiendo la línea de Gutiérrez y Sánchez Sosa (2006). Los autores plantean que el exceso de control por

parte de los padres, el ser sobreprotectores y autoritarios y el impedir que los hijos se independicen, se convirtió en un factor que es relevante para la producción de TCA, ya que produce conflictos de diversa índole entre padres e hijos, lo cual genera la sensación de falta de control de éstos sobre sus vidas haciendo que su único recurso para ello sea mediante su cuerpo. Sin embargo y en el extremo opuesto al estilo autoritario, podría pensarse de todos modos al estilo permisivo como un factor que posibilite el desarrollo de los TCA gracias a que presentan poco control sobre sus hijos, permitiendo que predomine el dejar hacer y la aceptación de la conducta, sin poder marcar límites o corregir lo positivo y lo negativo de las conductas. Esta falta de control por parte de los padres es lo que puede verse reflejado en la adolescencia en lo que respecta a la conducta alimentaria propiamente dicha, generando que quien padece el TCA pierda el control de sus conductas a la hora de alimentarse.

Este resultado puede deberse, del mismo modo que la Insatisfacción Corporal, a los efectos del tratamiento terapéutico realizado en cada paciente. A su vez, se puede pensar que esta muestra podría no responder a la bibliografía convencional que relaciona los TCA con el estilo parental autoritario, lo cual generaría una nueva línea de investigación futura, ahondando en los distintos estilos parentales presentes como un factor que podría influir en el desarrollo de la patología alimentaria.

Por último y en sintonía con lo presentado anteriormente, en cuanto a la relación de los estilos parentales con los TCA autores como Selvini Palazzoli (1988, 2008) y Onnis (2004) en Marmo y Losada (2014) plantean el papel que tienen las familias como un factor de riesgo para el desarrollo de los mismos basándose en la función de factores predisponentes como: un grado particularmente bajo de tolerancia hacia

las tensiones conflictivas, sistemas familiares con una delimitación inestable entre las generaciones y los miembros de la familia y con una tendencia constante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también psico-emocionales de los individuos o la presencia de intrusión, excesivo contacto y bloqueo de la independencia y autonomía. Sin embargo y en contraposición a lo que plantean los autores, la correlación planteada entre los estilos parentales y la Insatisfacción Corporal como indicador de los TCA, no es relevante en esta muestra como para ser tenida en cuenta a la hora de pensar en el desarrollo de la patología, ya que estadísticamente las variables no presentan una relación significativa entre los tres valores evaluados de los estilos parentales (Aceptación, Control Patológico y Autonomía Extrema) y la Insatisfacción Corporal. Esto puede deberse a que la etiología de la patología ya no se da exclusivamente en el área vincular con los padres sino que, como señalan distintos autores, el origen podría ser multifactorial. Por eso mismo, sería prudente seguir investigando en función de esta línea.

Sin embargo, se puede hablar de ciertas limitaciones de la investigación que podrían haber influenciado en los resultados. En primer lugar, la muestra puede no ser representativa debido a que la cantidad elegida no abarca un número significativo al total de la población con TCA. Por otro parte, como se señaló anteriormente, la misma está conformada por pacientes bajo tratamiento que asisten a un hospital de día especializado en dichas patologías, por lo tanto se espera que los efectos del mismo hayan estabilizado al paciente, tanto en la imagen de sí mismo como en la imagen de sus padres. A su vez, podría pensarse que, como la administración de las escalas fue hecha en ese mismo lugar, podrían verse influenciados a responder lo que creen que se espera de ellos. Finalmente, otra de las limitaciones podría verse reflejada en la elección de las escalas administradas,

especialmente en el caso de Children's Report of Parental Behavior, debido a que no arroja como resultado alguno de los estilos parentales específicamente, sino dimensiones que corresponden a cada uno de ellos.

En conclusión y a partir de los resultados obtenidos, esto lleva a pensar que más allá de las limitaciones, si bien en la muestra no existe relación significativa entre los estilos parentales y los TCA, la relación entre ambos podría responder como plantea Vargas Baldares (2013), a un trastorno de causa multifactorial entre los cuales, además de los estilos parentales, estarían factores socioculturales como la idea de la delgadez, los roles de género, situaciones de abuso sexual y conflictos en el entorno familiar, no centrándose exclusivamente a su relación con los padres. De todos modos, la influencia que los padres ejercen sobre los hijos podría verse tanto como un factor de riesgo como de protección dentro de los factores multicausales, lo cual dependerá de la manera específica en que estos actúen en relación al cuerpo y a las conductas asociadas (Marmo, 2014). Por esto, se sugiere como futuras líneas de investigación un enfoque que aborde las distintas dimensiones de la persona, cambiando la mirada y centrándose en cuestiones más actuales que no están estrechamente vinculadas con la familia o su relación con los padres. El ideal de belleza, los estereotipos, el uso y la influencia de las redes, la presión social, los ideales de perfección, las modas, la discapacidad social como requisitos para alcanzar tanto la adaptación como la aceptación social, podrían ser uno de los factores a investigar en los adolescentes del siglo XXI en función del desarrollo de los TCA. En idéntico sentido se sugiere continuar las investigaciones tomando los datos hallados para evaluar las opciones de tratamiento más adecuadas a esta dinámica familiar con predominio de estos estilos de crianza.

Referencia

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Acosta García, M. V. y Gómez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista internacional de psicología y salud*, 2(1), 9-21.
- Argüello Peña, L. y Romero Carrera, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca*, 4(1), 478-51.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5a Ed). Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baile, J. I., Raich, R. M. y Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19(2), 187-192.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). *Psicología social*. Madrid: Pearson Educación.
- Bowlby J. (1997). *El vínculo afectivo*. España: Paidós.
- Casullo, M. y Liporace, M. (2008). Percepción sobre estilos e inconsistencia parentales en adolescentes argentinos. *Estudio psicológico*, 25(1), 3-9.
- Cruz Sáez M.S., Pascual Jimeno A., Włodarczyk A., Polo López R. y Echeburúa Odriozola E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Díaz Benavente, M., Rodríguez Morilla, F., Martín Leal, C. y Hiruela Benjumea, M.V. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención primaria*, 32(7), 403-407.
- Fuentes, M., C., García, F., Gracia, E., y Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Psicodidáctica*, 20(1), 117-138.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. (3a. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Garner, D.M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). The Eating Disorder Inventory: A Measure of Cognitive-Behavioral Dimensions of Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 173-184.
- Garner, M.D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Griffa, M.C. y Moreno, J. E. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo*. Tomo II. Buenos Aires: Lugar.
- Griffa, M.C. y Moreno, J. E. (2008). *Claves para una Psicología del desarrollo*. Buenos Aires: Lugar.
- Herscovici, C. R. y Bay, L. (1990). *Aspectos generales en Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía*. Barcelona: Paidós.
- Ibáñez, M. N., Muñoz, C. D., Ortega, G., M. y Soriano, J. (2006). Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y trastorno límite de la personalidad asociado. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 4, 386-422.
- Ivess, L. (2014). La identidad del adolescente. Cómo se construye. *Adolescere*, 2(2), 14-18.

- Lechuga Navarro, L. y Gámiz Jiménez, M. N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 2, 142-157.
- Losada, A.V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía.
- Losada, A.V (2015) *Familia y Psicología*. Buenos Aires: Dunken.
- Lucas, A. R., Duncan, J. W. y Piens, V. (1976). The treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 133(9), 1034-1038.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178.
- Marmo, J. y Losada, A. V. (2014). Evaluación y patología alimentaria a la luz del DSM 5.
- Mernio Madrid, H., Pombo, M. G. y Godás Otero, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-45.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T. y Herrero, J. (2007). Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia. *Convivir con la violencia*, 135-150.
- Nasio, J. D. (2003). ¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Buenos Aires: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de estudios de juventud*, 84, 106-124.
- Orpinas, P., Rico, A. y Martínez, L. (2012). *Familias latinas y jóvenes: un compendio de herramientas de evaluación*. Washington, DC: OPS.
- Panzitta, M. T., comp. (2009). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Buenos Aires: RV ediciones.
- Parral, J., Cena, M., Contreras, M., Bonsignore, A. y Schust, J. P. (2007). *Bulimia, Anorexia Nerviosa y otros trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Polemos.
- Portela de Santana, M.L., Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral M. y Raich R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-397.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater L. (1996a). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Rayas Trenas, A.F. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia* (Tesis Doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- Richaud de Minzi, M.C. (2005). Versión abreviada del inventario de la percepción de los hijos acerca de las relaciones con sus padres para adolescentes. *Psicodiagnostica*, 15, 99-106.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 149-161.

— Robles Martínez, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista mexicana de pediatría*, 75(1), 29-34.

— Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 143-166.

— Ruiz Martínez, A.O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J.M., López Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. y Tena Suck, A. (2009). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.

— Rutsztein, G., Maglio, A. L., Armatta, A., Leonardelli, E., López, P., Moiseeff, C., Murawski, B., Redondo, G. y Marola, M. (2006). Adaptación lingüística y conceptual del eating disorder inventory -3 (GARNER, 2004). Un estudio piloto. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

— Sánchez, L. C. (2014). *Adaptación del índice de estilos parentales en adolescentes de 14 a 18 años de la ciudad de Concordia* (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.

— Seijas, B. D. y Sepúlveda T, X. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista médica Clínica las Condes*, 16(4), 230.

— Silva Gutiérrez, C. y Sánchez Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183.

— Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: Assesment and treatment*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

— Torío López, S., Peña Calvo, J. V. y Rodríguez Menéndez, M. del C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Revista Interuniversitaria*, 20, 151-178.

— Toro, J., Nicolau, R., Cervera, M., Castro, J., Blecua, M. J., Zaragoza, M. y — Toro, A. (1995). A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4(3), 165-174.

— Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solís, A., Mollinedo Montano, F. E. y Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista cubana de enfermería*, 26(3), 144-154.

— Vallejo Casarín, A. y López Uriarte, F. (2004). Estilos parentales y bienestar psicológico durante la niñez. *Revista de educación y desarrollo*, (2), 83-86.

— Vargas Baldares, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Costa Rica y Centro América*, 70(607), 475-482.