

Huella de la Palabra

Revista de Investigación Educativa

Universidad La Salle Pachuca

lahuelladelapalabra@lasallep.edu.mx

Teléfono: 01(771) 717 02 13 ext. 1406 Fax:

01(771) 717 03 09

ISSN:En trámite

México

<https://doi.org/10.37646/huella.vi9.457>

2015

Melo Huesca Claudia Valeria
Vázquez Monter Silvia Carolina

Estilos de socialización parental percibidos por adolescentes diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria

Huella de la Palabra, año 2015, número 9
Universidad La Salle Pachuca
pp. 5-22



Copyright (c) 2015 Melo Huesca Claudia Valeria; Vázquez Monter Silvia Carolina. Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Estilos de socialización parental percibidos por adolescentes diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria

Melo Huesca Claudia Valeria¹
Vázquez Monter Silvia Carolina



Resumen

Este artículo tiene como objetivo identificar el tipo de Estilo de Socialización Parental (autoritario, autoritativo, indulgente y negligente) que perciben las adolescentes diagnosticadas con TCA (anorexia, bulimia y/o TANEs) para determinar si existe un estilo parental predominante según cada tipo de trastorno, y de esta forma contribuir al estado del arte de ambas variables, lo cual permitirá tener bases más sólidas en la generación de programas de prevención y rehabilitación de las TCA. La muestra está constituida por 47 mujeres adolescentes de nacionalidad mexicana, que presenten el diagnóstico de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria con un rango de edad entre 12 y 18 años, y que a su vez, llevan a cabo su tratamiento en la Clínica Ellen West o en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" en México. Los resultados que se obtuvieron del análisis de estadística descriptiva señalan, que los estilos parentales más comunes, comenzando con el de mayor prevalencia, son: el autoritario de parte de ambos padres, seguido por negligente, por parte de la madre, y el indulgente, por parte del padre. En cuanto al análisis de la estadística inferencial se destaca que no existe diferencia significativa en los estilos de parentalidad que presentan las madres de las adolescentes diagnosticadas con algún TCA, es decir, carecen de un estilo preferente, por el contrario, los padres si presentan un estilo de parentalidad predominante, ya las adolescentes tienden a percibir a sus padres, en mayor medida, como autoritarios.

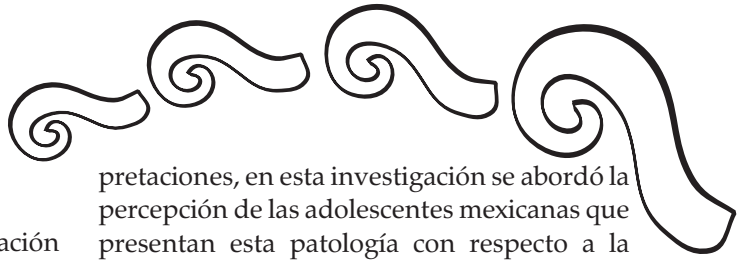
Palabras clave: Estilos de socialización parental, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, TANEs, adolescencia.

Abstract

This article aims to identify the type of Parental Socialization style (authoritarian, authoritative, indulgent and neglectful) perceived by adolescents diagnosed with eating disorders (anorexia, bulimia and / or non specific eating disorder) to determine if there is a predominant parenting style for each type of disorder, and contribute to the state of the art of both variables, which will have bases in more solid generation of prevention and rehabilitation of eating disorders. The sample consists of 47 Mexican female adolescents; diagnosed with eating disorder in an age range between 12 and 18 years old, treated at Ellen West Clinic or in the Psychiatric Hospital "Dr. Juan N. Navarro", in Mexico. The results obtained from the analysis of descriptive statistics indicate that the most common parenting styles, starting with the most prevalent, are: the authoritarian current in both parents, followed by negligent, by the mother, and indulgent, by the father. According to the analysis of inferential statistics, stands out that there is no significant difference in the styles of parenting that mothers present of adolescents diagnosed with an eating disorder, that is that they haven't a definite style, on the contrary, the parents actually have a predominant style of parenting, and adolescents tend to perceive their parents as authoritarian.

Key words: Parental Socialization, eating disorders, anorexia, bulimia, non specific eating disorders, adolescents.

¹ claudiavaleria_18@hotmail.com, Licenciatura en Psicología



Introducción

Hoy en día, los trastornos de la alimentación han presentado un gran auge entre los adolescentes, manifestándose cada vez en edades más tempranas. Se puede decir que en los últimos diez años el número de casos se ha triplicado, su prevalencia en este sector de la población ha generado que su diagnóstico sea poco acertado y por lo tanto, no se brinde un adecuado tratamiento a esta patología, que en el devenir de los años, podría desembocar en un problema de salud pública, al ser la bulimia el trastorno de la conducta que cuenta con un mayor porcentaje (Garrido y García, 2011).

La etiología de los trastornos de la conducta alimentaria es multifactorial, y ésta engloba: factores genéticos, factores de personalidad (baja autoestima, conductas impulsivas, etc.) factores biológicos, familiares y socio-culturales (Herraiz, 2010). Esto es sustentado por los diversos autores que señalan que la familia juega un rol determinante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, aún más que los círculos de amistad y los medios de comunicación masiva.

La concepción que se tenía de una familia "tradicional" ha sufrido diversos cambios, y tal parece que actualmente las familias atraviesan por una crisis característica de la sociedad industrial. Los valores que tienen un valor primordial y que se relacionan con el acceso a una vida acomodada, la cual sugiere la presencia de menos hijos y cambios radicales en la dinámica que se maneja en el hogar, que van a ser los factores que generen alteraciones en los hábitos alimenticios (de los Santos, 2007). Aunado a esto, en nuestra sociedad posmoderna, el papel de la mujer se hace cada vez más difícil, la mayoría aspira a asumir el papel de mujer hermosa y al mismo tiempo se ven obligadas a tomar un rol masculino que denote competitividad para lograr un equilibrio (Dyrenforth, 1980, en Mateos, 2012). Ante este fenómeno y todas sus posibles inter-

pretaciones, en esta investigación se abordó la percepción de las adolescentes mexicanas que presentan esta patología con respecto a la relación que mantienen con su familia, en específico con sus padres, ya que la relación con los familiares ha sido de gran interés a lo largo del desarrollo de esta patología, hecho por el cual resulta importante desde su génesis y para el pronóstico de los pacientes.

Es por eso que este estudio se une a otros tantos que apuntan a la importancia de considerar la dinámica familiar en el advenimiento de este padecimiento, teniendo como edad de inicio no solo la infancia (Haudek, Rorty y Hernker, 1999, en Herraiz, 2010), sino también, edades adultas (Kirike, Nagata, Matsunaga & Tobitan, 1998, en Herraiz, 2010).

Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria representan un fuerte problema sanitario en nuestros días con un importante impacto en las sociedades occidentalizadas, atacando principalmente a los países desarrollados (Herraiz, 2010).

La frecuencia y el tiempo de duración que presentan los trastornos de la conducta alimentaria hoy en día en los adolescentes y jóvenes, ha sufrido un aumento importante en las últimas tres décadas, al ser las mujeres las principales víctimas de estos trastornos relacionados con los cambios sociales y culturales que impactan directamente en la percepción y valoración de su apariencia física y las tareas que éstas desempeñan (Grupo ALBORCOHS, 2012).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se pueden definir como una regulación inadecuada del comportamiento alimentario, la cual se caracteriza por trastornos cognitivos y alteraciones conductuales ligados a una dieta, al peso y a la figura corporal, manifestándose clínicamente asociados a una psicopa-



tología abundante y variada (Fernández y Turón, 1998, en Olesti et. al. 2008).

Entre los TCA que se conocen existe una preocupación especial por la anorexia y la bulimia, ya que éstos se ubican como los principales problemas de la ingesta y sus índices de prevalencia han incrementado de manera importante en las últimas décadas (Quiles y Terol, 2008). Tanto la bulimia como la anorexia han sido consideradas “nerviosas” ya que son el resultado de un malestar mental (Jáuregui, 2006, en Guadarrama y Mendoza, 2011).

El DSM – IV menciona que la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normativos. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad a los cuales les siguen conductas compensatorias inapropiadas como el vómito, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno, el ejercicio excesivo. Una característica esencial tanto de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal (APA, 2008).

Los TCA constituyen en la actualidad cuadros de gran importancia social, especialmente en la población que presenta un riesgo mayor: adolescentes mujeres de países desarrollados o en vías de desarrollo (Peláez, Labrador Raich, 2005). A pesar de lo anterior, actualmente está aumentando el número de varones que desarrollan este trastorno, la proporción que se estima es de 9 a 1 (Quiles y Terol, 2008).

El aumento de los TCA en los países occidentales industrializados ha sido de un 0.5 a 1%, presentándose con mayor frecuencia en mujeres con un nivel socioeconómico medio o alto, y las edades en las que se comienza a presentar este trastorno oscilan entre los 13 y 20 años en un 85% de los casos (As, 2001 y Powers y Santana, 2002, en Marin, 2002).

Según Chinchilla (1995, en Bravo y Fortanel,

2001) estos trastornos se hacen presentes principalmente en jóvenes adolescentes entre 12 y 25 años de edad, aunque es inusual el comienzo de la anorexia nerviosa después de los 25 años, sin embargo la bulimia nerviosa puede aparecer aún más tarde.

Si bien los trastornos de la alimentación se presentan predominantemente en mujeres jóvenes, no existe nada especial en su fisiología femenina que predisponga a estas patologías, lo cual podría ser un reforzador de la hipótesis de que la presión del contexto socio-cultural es factor importante en la aparición de estos fenómenos (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996, en Bravo y Fortanel, 2001).

Con base en lo anterior, diversos autores han establecido la relación entre el inicio de un TCA con ciertos acontecimientos en la vida del individuo que resultan estresantes, de los cuales destacan: abuso sexual, abandono del padre, largas temporadas en el extranjero, sentimientos de pérdida tales como: duelo, separaciones sentimentales, etc. (Garrido y García, 2011).

Desde otros enfoques, como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), podemos encontrar a la obesidad como una enfermedad médica, sin embargo la obesidad no figura en el DSM – IV - TR, ya que ésta no ha establecido su asociación consistente con algún síndrome psicológico o conductual (APA, 2008).

Anorexia nerviosa significa “falta de apetito”, la principal característica de este padecimiento es la negación ante la ingesta de alimentos, salvo que sea en pequeñas cantidades, alegando que no percibe apetito, que se siente satisfecha; asimismo, puede manifestar molestias estomacales, digestivas o de otra índole (Braginsky, 1996, en Bravo y Fortanel, 2001).

Según el DSM – IV – TR las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en diversos criterios (APA, 2008):

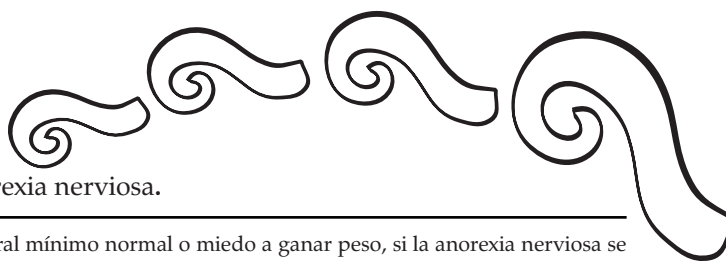


Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.

Criterio A	El rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal o miedo a ganar peso, si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total.
Criterio B	Las personas que padecen de este trastorno presentan un miedo persistente a ser obesas, y generalmente este miedo no desaparece, aun cuando ya han perdido peso.
Criterio C	Se refiere al problema en la percepción que presenta el trastorno, ya que las personas con este trastorno no son conscientes de su delgadez, y niegan que esto pueda traer implicaciones graves.
Criterio D	Presentan menorrea, debido a niveles bajo de estrógenos. En las niñas prepuberales puede atrasar la aparición de la menarca.

Nota: Tomado de American Psychological Association. (2008). DSM- IV- TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Elsevier Masson.

El DSM – IV – RT divide este trastorno en subtipos para especificar la presencia de atracones y/ o purgas durante los periodos en los que se presenta la anorexia (APA, 2008):

- Tipo restrictivo: este tipo se basa en que los sujetos que padecen el trastorno hacen dietas, ayunos o ejercicio intenso al observar que de este modo logran de manera rápida su objetivo de bajar de peso. No recurren a atracones ni purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: el sujeto recurre a atracones o purgas (o ambos). Por lo regular, después de un episodio de atracón sucede un episodio de purga, ya sea con laxantes, diuréticos u otros.
- Existe otro tipo, no especificado, en el que existe la purga sin el atracón.

El porcentaje de mortalidad que presenta este trastorno en personas hospitalizadas en cen-

tros universitarios, es de aproximadamente 10% y las principales causas de muerte son: inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (APA, 2008).

Bulimia Nerviosa que significa hambre de buey. Esta alteración consta de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos y por una gran preocupación por el control del peso (Belloch et. Al. 1995, en Bravo y Fortanel, 2001).

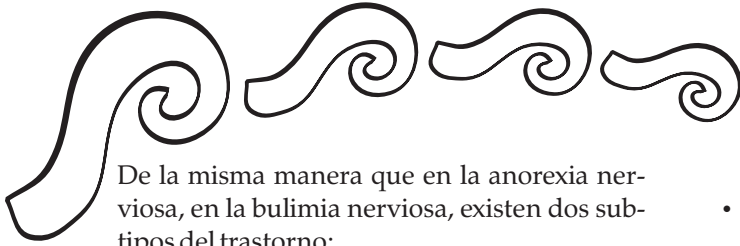
La bulimia nerviosa puede variar en función de otros trastornos, como podrían ser los del estado de ánimo, especialmente trastorno distímico el trastorno depresivo mayor, también con síntomas de ansiedad y con el abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol (Sierra, 2005).

Los criterios que rigen a la bulimia nerviosa según el DSM –IV – TR son los siguientes (APA, 2008):

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa

Criterio A	Las personas pueden percibir falta de control debido a que al comer sienten un gran estado de excitación, sin embargo, con forme avanza el trastorno este se caracteriza por conductas de alteración al control, como dificultad al evitar comer.
Criterio B	Consiste en adoptar conductas compensatorias, es decir, después de un atracón aparecerá la purga, siendo el vómito el método al que más se recurre.
Criterio C	Las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos dos veces a la semana durante tres meses.
Criterio D	Se parecen a los de anorexia nerviosa por su gran miedo a ganar peso y la insatisfacción respecto a su cuerpo.

Nota: Tomado de American Psychological Association, APA. (2008). DSM- IV- TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Elsevier Masson.



De la misma manera que en la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa, existen dos subtipos del trastorno:

- a) Tipo purgativo: en el que el paciente se provoca el vómito y/o hace mal uso tanto de laxantes como de diuréticos y enemas, durante el episodio.
- b) Tipo no purgativo: el paciente se apoya de otras técnicas, como el ayuno, ejercicio intenso, sin el uso de laxantes u otro tipo de sustancias.

Este trastorno presenta una prevalencia de 1-3% entre las mujeres. Los hombres presentan una prevalencia diez veces menor. Por lo general, este trastorno se presenta al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Los atracones característicos de este padecimiento suelen tener inicio después o durante un periodo dietético. Esta alteración se hace presente por varios años en un alto porcentaje de quienes lo padecen. El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de latencia que se turna con episodios de atracones. A pesar de ello, en un periodo de un año, los síntomas, en muchos individuos, parecen reducirse. Los periodos de latencia mayores a un año se encuentran asociados a un mejor resultado a largo plazo (APA, 2002).

TANES: según los criterios del DSM – IV, se refieren a los que no cumplen con los criterios para ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria especificados (APA, 2002), por ejemplo:

- En las mujeres que cumplen con los criterios para la anorexia nerviosa, sin embargo sus periodos menstruales se presentan de manera regular.
- Se cumplen con todos los criterios de la anorexia nerviosa, sin embargo, aun con la pérdida de peso, se encuentra dentro de los márgenes de normalidad.
- Se cumplen con todos los criterios de la anorexia nerviosa, con excepción de que los atracones y las conductas compensatorias negativas no se presentan por lo menos dos veces a la semana o

durante al menos tres meses.

- Empelo regular de conductas compensatorias negativas después de la ingesta de cantidades pequeñas de comida por un individuo de peso normal.
- Masticar y expulsar la comida sin tragarla.
- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada característica de la bulimia nerviosa.

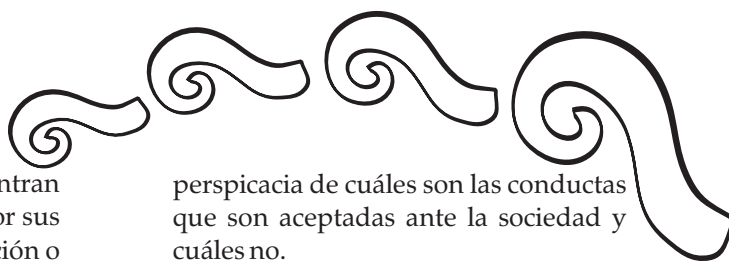
Estilos de Socialización Parental

Darling y Steinberg (1993, en Romero et. al. 2006) definen los estilos de parentalidad como las actividades que realizan los padres con sus hijos, la manera en la que distribuyen sus recursos para atender el desarrollo psicológico de los mismos, así como las actitudes que repercuten en el comportamiento infantil.

Los estilos parentales son conocidos también como un sucesión de aprendizajes no formales y la mayor parte del tiempo inconsciente, que por medio de la interacción, el niño incorpora conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos, entre otros patrones culturales que determinaran su estilo de adecuación al medio (Musitu y Allatt, 1994; Martinez, Musitu, García y Camino, 2003; Musitu y Garcia, 2004, en Musitu y García, 2004).

De la misma manera, Musitu y García (2004) puntualizan que: “los estilos de socialización parental se definen por la persistencia de ciertos patrones de actuación y las consecuencias que esos patrones de actuación tienen para la propia relación paterno/filial y para los miembros implicados” (p. 10).

Es por eso que Musitu (2005) define a la conducta parental como la línea constante en la que en un extremo se ubicarán los padres que tienden a demostrar su amor y afecto a los hijos ya sea de manera verbal o físicamente;



entretanto, en la otra punta se encuentran aquellos padres que sienten antipatía por sus hijos, aquellos que demuestran reprobación o molestia por ellos, por lo cual tienden a emplear métodos intransigentes y desmedidos en su educación.

Con base en lo anterior, se han propuesto dos ejes esenciales en los tipos de parentalidad, éstos son la aceptación/involucramiento y la exigencia/supervisión (Musitu & García, 2001), las cuales se encuentran ubicadas en dos dimensiones ortogonales e independientes que al interponerse dan pauta a la identificación del modelo de cuatro estilos propuestos por Maccoby y Martin, las cuales se describirán en los siguientes apartados.

Aceptación/Involucramiento: esta primera categoría de los estilos de paternidad hace referencia a aquella en la que las demostraciones de afecto paternas, su complacencia y aceptación se generan de forma redundante, en los momentos en que las conductas que presentan los hijos se adecuan a las reglas familiares. Cuando el comportamiento no es acorde con lo instaurado se entablan diálogos y razonamientos con el hijo. Se estima que cuando el padre posee un nivel de aceptación/involucramiento bajo, se hace notar esencialmente por su indiferencia ante las conductas adecuadas o inadecuadas que puedan presentar los hijos (Musitu & García, 2005; Musitu & García, 1988; Musitu & Molpéceres, 1992; Musitu, Román & Gutiérrez, 1996).

La aceptación/involucramiento con la que responden los padres, se apoya en el soporte que brindan a su hijo, lo cual es fundamentalmente suministrado por tres vías:

- Apoyo emocional: por medio de éste, el hijo comprende mediante comportamientos implícitos y explícitos la aprobación y estima que lo hacen sentir protegidos y amados.
- Perspectivas sociales: son disposiciones que otorgan los padres con relación a la

perspicacia de cuáles son las conductas que son aceptadas ante la sociedad y cuáles no.

- Asistencia instrumental: esta se manifiesta mediante la ayuda en las labores cotidianas, cuidado e interés hacia el hijo, y el otorgamiento de la información, ubicación y recomendaciones que el niño necesite.

La percepción de aprobación y de soporte emocional, brinda al hijo el aliciente más efectivo para que su desarrollo se manifieste en un nivel adecuado de autoestima, autocontrol y la ductilidad; lo que respalda una mayor consistencia psíquica y social (Crein, 2008).

Coerción/Implicación esta segunda descripción de los estilos de parentalidad, se puede explicar como: el nivel en que los padres instauran reglas explícitas de conducta e inspeccionan la conducta de sus hijos (Vallejo, Aguilar & Valencia, 2002). Esta línea se manifiesta por medio de posturas y comportamientos parentales orientadoras (p.e. dar consejo, sugerir) y otras más restrictivas (p. e. amenazar, castigar) para obligar a cumplir ciertas reglas refiriendo a la anulación de concesiones o apegos si no se llevan a cabo (Musitu & Cava, 2001, en Vázquez, 2013).

En un nivel exagerado del eje exigencia/supervisión, éste se caracteriza por conductas paternas perjudiciales como amenazas, críticas, gritos y el empleo de castigos físicos, censura, insultos, etc. Las cuales afectan la autoestima de los hijos (McKee et al, 2007).

Por otro lado, en el extremo contrario se encuentran los padres que su exigencia se caracteriza por ser baja o nula, y su nivel de supervisión podría confundirse con negligencia ya que se encuentran enajenados en otros aspectos de sus vidas, (ya sea por el trabajo o con la pareja). Cuando el niño no ubica retroalimentación alguna, que le señale el curso o lo grato de sus conductas, éste crece sin límites o reglas que le orienten hacia un óptimo desa-



rrrollo (Vázquez, 2013).

Clasificación de los estilos de parentalidad

Para lograr clasificar los estilos de parentalidad, es preciso mencionar la investigación de Marchesi, Coll & Palacios (2001, en Vázquez, 2013), quienes plantean la presencia de cuatro pautas de comportamiento, las cuales al combinarlas, dan oportunidad de identificar los estilos de parentalidad que se ejercen sobre los hijos; éstos influyen en las variables, grado de control, exigencias de madurez, comunicación y calidez en la relación.

Los estilos autoritativo, democrático, permisivo y negligente se relacionan con los cuatro patrones de comportamiento antes descritos, y serán detallados a continuación (Vázquez, 2013):

- A. Estilo de parentalidad autoritario: también es conocido con el nombre autoritario/represivo, y se singulariza por el alto nivel de control y demanda de madurez y bajos niveles de comunicación cariño manifiesto.

La baja participación con sus hijos es característica de este estilo parental, presenta conductas restrictivas, represivas, tributarias y reclamantes (Galambos, et. al., 2003). Estos padres buscan configurar, controlar y determinar el comportamiento según sus propios estándares de conducta (Aunola & Nurmi, 2005). En algunos casos no se valora la edad del niño, sus particularidades o las situaciones por las que están pasando, al mismo tiempo son dispersos y poco sensibles ante las necesidades y deseos de sus hijos (Horning & Rouse, 2002).

- B. Estilo Democrático: de la misma manera, se le conoce como autoritativo, autorizativo o autoritativo-recíproco; este tipo de padre muestra altos índices de los cuatro patrones de comportamiento.

Este padre, ratifica las cualidades presentes de su hijo, de la misma manera constituye están-

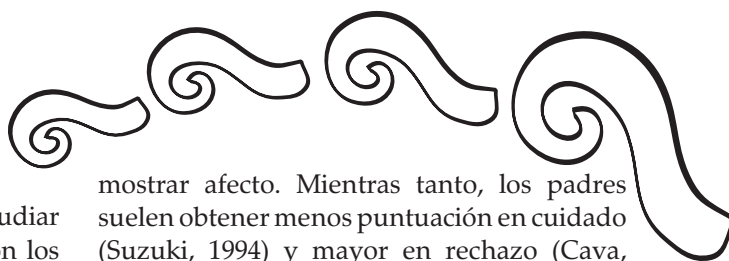
dares para futuras conductas. Emplea la razón, el mando y modelamiento con base en un sistema en el que refuerza el logro de objetivos y sus decisiones no se ven influidas por consensos de grupo o deseos del niño (Baumrid, 1966). Se muestran sensitivos ante las peticiones del niño pero no caen en lo indulgente, por el contrario controlan y dirigen en función de sus sentimientos y capacidades (Serbin, 2004).

- C. Estilo Permisivo: se le llama, también indulgente o permisivo/indulgente, muestra bajo control y poca exigencia de madurez; sin embargo existe alta comunicación y afecto.

En este estilo de parentalidad, el hijo regula sus propias acciones en tanto sea capaz, los padres no ejercen control y no invitan a obedecer estándares definidos por el exterior, su principal característica es el *laisser-faire* (dejar hacer), (Baumrid, 1966; McClun & Merrell, 1998; Rossman & Rea, 2005, en Vázquez, 2013). Regulan su actuar con la idea de que su hijo sabe autorregularse, es por eso que se definen como tolerantes (Musitu & García, 2001).

- D. Estilo Negligente: se denomina indiferente, rechazo/abandono o permisivo/negligente. Los cuatro indicadores de patrones de comportamiento (control, exigencia de madurez, comunicación y afecto) se caracterizan por ser bajos.

Este estilo lo emplean padres que no se caracterizan por ser exigentes ni receptivos, a aquellos que parecen ser indiferentes con sus hijos. Existen escasas reglas por cumplir, sin embargo, tampoco existe afecto (Rossman & Rea, 2005, en Vázquez, 2013). Estos padres parecen ser absorbidos por otros aspectos de sus vidas, actuando bajo el principio de minimizar los problemas que se presentan en casa (Lamborn, et al., 1991). Este estilo podría llevar al abandono físico o maltrato cuando las necesidades básicas se ven desatendidas. Estas familias suelen mantener hábitos poco adecuados y se percibe confusión en los roles familiares



(Moreno, 2002).

Es por eso que es de vital importancia estudiar la relación que presentan los padres con los adolescentes que padecen algún TCA, debido a que los padres fungen como agentes modeladores de conductas con respecto a la alimentación (Casanueva, Kaufer, Pérez, & Arroyo, 2001; Levenkron, 2001, en Marco – Merino, 2010), ya que ellos son los que deciden qué come y en qué cantidades, desde edades muy temprana, cuando el niño o niña no cuenta con la capacidad de tomar esas decisiones.

Al seguir esta línea, algunos otros estudios mencionan que existe una relación entre algunos otros acontecimientos vitales estresantes y TCA, entre los que más destacan se encuentran: el abandono físico y negligencia experimentados durante la infancia. Ésta se encuentra directamente ligada a conductas desadaptativas del padre, quien podría jugar un papel más importante que la madre dentro del desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en sus hijos. En estos casos, son el escaso afecto y la pobre comunicación de parte del padre, además del poco tiempo que se comporta en la relación padre/hijo, factores concretos asociados con el ayuno y dietas constantes, manteniendo una conexión directa con una identificación débil con el padre. Esto resulta fuera de lo normal, ya que la gran mayoría de la literatura está orientada a la relación madre/ hijo en el desarrollo de TCA, sin embargo se ha comprobado que la falta del afecto paterno es igual de importante (Wonderlich, Ukestad & Perzacki, 1994 en Herraiz, 2010).

De hecho, los estudios que se han realizado en los últimos años con familias de pacientes con TCA en comparación con familias en la que estos trastornos no se hacen presentes, han demostrado que las madres tienden al control (Suzuki, 1994 y Cava, 2003), al rechazo, la sobreprotección (Cava, 2003) y a mostrar menos afecto (Tiger, 1989; Suzuki, 1994; Palmer, 1998 y Cava, 2003), por lo cual, se entiende que son madres que tienden al control sin

mostrar afecto. Mientras tanto, los padres suelen obtener menos puntuación en cuidado (Suzuki, 1994) y mayor en rechazo (Cava, 2003), lo cual, teniendo como base el trabajo de Cava, Rojo y Livianos (2003), encontramos que el rechazo por parte del padre genera que el riesgo de que un adolescente pueda padecer algún TCA se multiplique hasta por un 14.7 (Mateos, 2012).

De la misma manera Crispo et al, (1996, en Bravo y Fortanel, 2001), aportó describiendo las características de las familias de personas tratadas con un trastorno de la conducta alimentaria: escasa comunicación, capacidad limitada en la resolución de problemas, sobreprotección, rigidez y poca flexibilidad por parte de los padres. También se hace presente la evitación de enfrentar situaciones nuevas, regular reglas familiares generando cambios como sea necesario según la etapa, ausencia de límites, expectativas demasiado elevadas de los padres con respecto a lo que sus hijos deben ser, así como historial de depresión, alcoholismo, abuso sexual o físico existentes en la familia.

Diversos autores (Selvini et al., 1990, 1999, en de los Santos, 2007) se han dado a la tarea de describir algunas familias con características similares, en las que algún miembro padece TCA:

- Familia tipo A: vínculo especialmente fuerte con la madre. La madre hace del conocimiento (ya sea verbal o gestual) de su hija, del sufrimientos que vive al lado de su padre.
- Familia tipo B: vínculo de gran admiración hacia el padre. Percibe y se angustia de manera silenciosa, los desprecios por parte su madre a su padre.
- Familia tipo C: con base en la teoría del apego de Bowlby, las niñas que son privadas de un vínculo de apego seguro en sus primeros años de vida, tanto de parte del padre como de la madre. Estas niñas son criadas por parientes, niñeras, etc. Lo cual no favorece al estableci-



miento de un vínculo seguro. Aunado a lo anterior, se han identificado ciertas problemáticas específicas que se presentan en las funciones parentales, las cuales generan trastornos de la conducta alimentaria y los cuales se encuentran bien detallados, por ejemplo (de los Santos, 2007):

- Anorexia nerviosa: caracterizada por padres posesivos y problemas conyugales de gran importancia.
- Anorexia nerviosa purgativa: se percibe un ambiente hostil, de impulsividad, conflicto conyugal, poca o nula empatía, carencia de vínculos, defectos nutricionales, etc.
- Bulimia nerviosa: hostilidad marcada, defectos nutricionales, carencia de vínculos, poca o nula empatía, sin embargo no existe conflicto conyugal.

Finalmente, es importante recalcar que no todas las familias de pacientes con TCA son necesariamente disfuncionales, sin embargo todas requieren de una guía que los ayude a manejar de manera adecuada el trastornos (Garrido y García, 2011).

Método

Participantes y procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación fue necesario definir a los individuos que conformaron la principal fuente de información y disposición fundamental de los lineamientos de la misma, esto con la finalidad de hacer más precisa y objetiva la selección de la misma.

Los datos se recogieron de una clínica privada especializada en trastornos de la conducta alimentaria (Ellen West), la cual proporcionó el 12% de la población total de la muestra, mientras el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro" proporcionó el 88% restante, ubicados en el estado de México. Se definió como sujeto de investigación a 47 mujeres adolescentes de nacionalidad mexicana que

presenten el diagnóstico de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa), estas adolescentes poseen un rango de edad entre 12 y 18 años, y que a su vez, llevan a cabo su tratamiento en la Clínica Ellen West o en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro".

Se aplicó Escala de Estilos de Socialización Parental en Adolescentes -ESPA29- de Musitu y García (2001). Este instrumento está compuesto por 232 ítems que permiten evaluar los estilos de sociabilización familiar. Los adolescentes valoran las conductas de sus padres en 29 situaciones de la vida cotidiana familiar en la cultura occidental: 16 hacen referencia a las conductas de los hijos que se ajustan a las normas familiares y 13 referidas a cuando sus conductas son contrarias a dichas normas.

Para cada una de estas situaciones, los adolescentes evalúan con una escala que va del 1 ("Nunca") al 4 ("Siempre"), cómo se comportan sus padres en términos de afecto ("Me muestra cariño") e indiferencia ("Se muestra indiferente") ante los comportamientos ajustados; y en términos de diálogo ("Habla conmigo"), displicencia ("Le da igual"), coerción verbal ("Me riñe"), coerción física ("Me pega") y privación ("Me priva de algo") ante los comportamientos no adecuados a lo requerido. Con estas valoraciones se obtiene una medida global en las dimensiones de sociabilización: Aceptación/Implicación y coerción/implicación, a partir de estas puntuaciones se tipifica el estilo de sociabilización parental como autoritativo, indulgente, autoritario y negligente (García, Fuentes y García, 2010). La aplicación de dicho instrumento se realizó en un tiempo estimado de 40 minutos de forma grupal en la clínica Ellen West y de manera individual en el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Los trastornos de la conducta alimentaria se evaluaron de acuerdo a los estándares de las instituciones que brindaron su apoyo, las



cuales se basan en los criterios del DSM- IV para establecer sus diagnósticos.

Análisis de datos

Para el análisis de las relaciones entre los trastornos de la conducta alimentaria y los estilos de sociabilización parental evaluados, fue necesario en primer lugar, obtener las medidas globales en las dos dimensiones principales del modelo de sociabilización. A partir de estas medidas se tipifica el estilo de sociabilización parental como autoritativo, indulgente, autoritario o negligente.

Es así que para el análisis cuantitativo se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versión 18.0, para el procesamiento de los datos, empleando dos tipos de análisis: estadística descriptiva en función de dar a conocer las características más relevantes de la población, y de estadística inferencial para establecer la comprobación de las hipótesis planteadas anteriormente en la investigación.

Se realizó un análisis de correspondencia para determinar si existe relación entre las variables estudiadas, así como la masa para cada una de las variables a través de análisis de puntos fila. El grado de significancia empleado fue de $p \leq .05$.

Se hacen presentes las subescalas que comprenden a las dimensiones que, a su vez, dan como resultado los Estilos de Parentalidad, los cuales fueron analizadas a través del estadígrafo de Kruskal-Wallis.

Resultados

Estilos de sociabilización parental

Con relación a la dimensión Aceptación/Implicación de los estilos de parentalidad de las madres, se encontró que existen diferencias significativas en la subescala de diálogo ($p=.044$) con relación a las subescalas de afecto, displicencia e indiferencia ($p=.242$, $p=.294$ y $p=.729$, respectivamente). Por otro

lado, la dimensión Coerción/Implicación y sus subescalas: física, privación y verbal, no fueron encontradas diferencias significativas ($p=.379$, $p=.744$ y $p=.814$). Los resultados

Tabla 3. Dimensiones de los estilos de parentalidad de las madres según el trastorno

Aceptación-Implicación	Sig.
Diálogo	.044*
Afecto	.242
Displicencia	.294
Indiferencia	.729
Coerción-Implicación	
Física	.379
Privación	.744
Verbal	.814

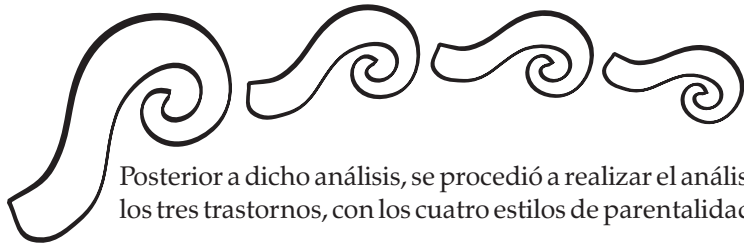
Nota: Las diferencias significativas se encuentran identificadas con *

En contraste, en la dimensión Aceptación/Implicación de los estilos de parentalidad de los padres, no destacan diferencias significativas en las subescalas: diálogo, afecto, displicencia e indiferencia ($p=.434$, $p=.142$, $p=.262$ y $p=.183$). Por el contrario, en la dimensión Coerción/Implicación se hallaron diferencias significativas en su subescala física ($p=.048$), en comparación con las subescalas de privación y verbal, ($p=.283$ y $p=.857$). Los resultados antes mencionados mantienen concordancia con los estadísticos de contraste empleados. (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones de los estilos de parentalidad de las madres según el trastorno

Aceptación-Implicación	Sig.
Diálogo	.434
Afecto	.142
Displicencia	.262
Indiferencia	.183
Coerción-Implicación	
Física	.048*
Privación	.283
Verbal	.857

Nota: Las diferencias significativas se encuentran identificadas con *



Posterior a dicho análisis, se procedió a realizar el análisis de correspondencia para correlacionar los tres trastornos, con los cuatro estilos de parentalidad.

En la siguiente tabla se puede apreciar cómo es que la relación que existe entre las variables “Trastorno de la conducta alimentaria” es independiente al “Estilo de parentalidad de la madre”.

Tabla 16. Resumen de la relación entre los TCA y los estilos de parentalidad de las madres

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia	
					Explicada	Acumulada
1	.295	.087			.943	.943
2	.073	.005			1.000	1.000
Total		.092	4.436	.618*	1.000	1.000

Asimismo, se realizó otro análisis de correspondencia con el objetivo de analizar la homogeneidad entre las categorías de cada una de las variables en función de los datos obtenidos del padre.

Es así que en la siguiente tabla se puede apreciar cómo es que la relación que existe entre las variables “Trastorno de la conducta alimentaria” es dependiente al “Estilo de parentalidad del padre”.

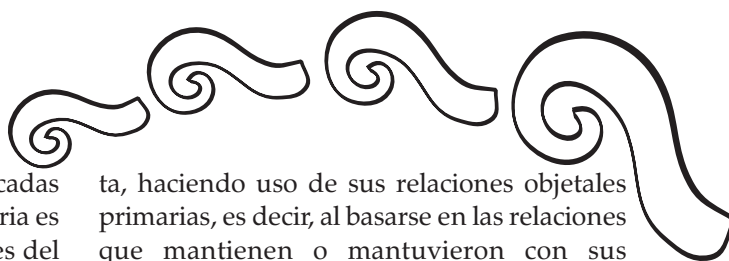
Tabla 19. Resumen de la relación entre los TCA y los estilos de parentalidad de los padres.

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia	
					Explicada	Acumulada
1	.428	.184			.959	.959
2	.088	.008			.041	1.000
Total		.191	8.417	.049*	1.000	1.000

Dado el análisis anterior de los estilos parental de cada uno de los progenitores, los resultados fueron los siguientes: no existe diferencia significativa en los estilos de parentalidad que presentan las madres de las adolescentes diagnosticadas con algún TCA, es decir, carecen de un estilo preferente; por el contrario, en los

padres sí existe diferencia significativa debido a que las adolescentes tienden a percibir a sus padres, en mayor medida, como autoritarios, y de manera casi nula como autorizativos.

Estos datos permiten corroborar la hipótesis nula, al concluir que el tipo de Estilo Parental



que perciben las adolescentes diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria es común según las diferentes modalidades del mismo, sin embargo, únicamente se formaliza con los padres y no con las madres.

Discusión

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido blanco de diversos estudios con diferentes perspectivas y con múltiples orientaciones, ya sean psicológicas, biológicas o sociales, que permiten conocer aún más acerca de su etiología y desarrollo. En el presente capítulo se presentará la interpretación y el análisis de los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la Escala de Socialización Parental de Musitu y García, los cuales brindarán respuesta al problema de investigación que fue planteado al inicio de ella: ¿Es común el tipo de Estilo Parental que perciben las adolescentes diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria según las diferentes modalidades del mismo?

Como ya fue planteado en el marco teórico, la estructura familiar es aquella que nutre la idea de la conformación corporal en el desarrollo de los individuos, ya que mediante ésta se decreta la relación que las personas mantendrán con el mundo y la interpretación que generen de la relación con éste (Mateos, 2012).

Los resultados de esta investigación exponen la incidencia en la percepción de ciertos estilos de paternidad en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, lo que permitiría dar pie a inferencias que sugieran que existen estilos de sociabilización parental que podrían fungir como factores predisponentes a la adquisición de un trastorno de la alimentación. Debido a lo anterior, a continuación se presentará el análisis de cada una de las variables obtenidas en la investigación.

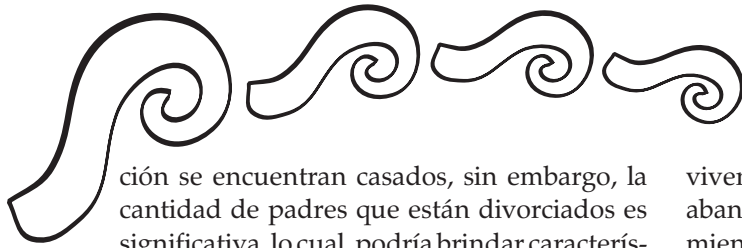
Tal como lo menciona Aberastury y Knobel (2003), la adolescencia es la etapa en la que el individuo intenta alcanzar su identidad adul-

ta, haciendo uso de sus relaciones objetales primarias, es decir, al basarse en las relaciones que mantienen o mantuvieron con sus padres, sin perder de vista la situación de su medio social. Es por medio de estas relaciones que el adolescente logrará, o no, concluir esta etapa de su vida de manera satisfactoria, de no ser a así, podría ser candidato a adquirir un trastorno de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria más comunes dentro la población estudiada fueron los trastornos no específicos, mejor conocidos como TANEs, aun así, la teoría hace hincapié en que los trastornos de la ingesta más comunes en adolescentes son la anorexia y la bulimia, los cuales han aumentado su prevalencia de manera significativa en los últimos años (Quiles y Terol, 2008). Sin embargo, se puede apreciar en los resultados del estudio, que según el tipo de institución que otorga el diagnóstico, ya sea pública o privada, repuntan ciertos trastornos. En la institución pública, la mayoría de los diagnósticos se inclinan hacia los trastornos no especificados, mientras que la institución privada no presenta este tipo de diagnóstico, y por el contrario, el trastorno mayormente diagnosticado es el de anorexia.

Con base en esto, se infiere que el motivo por el cual en esta población predominan los TANEs mantiene relación con la ambigüedad que existen en los criterios diagnósticos del DSM - IV, ya que cuando las adolescentes no cumplen con la totalidad de los criterios de la anorexia o de la bulimia, se otorga, de manera inmediata, el diagnóstico de TANEs. Estos datos podrían cambiar a la luz del DSM - V, disminuyendo el porcentaje de TANEs, incluso en la población estudiada, y agregando un cuarto trastorno, no considerado hasta el momento por esta investigación, el trastorno por atracón.

Como información demográfica adicional, se obtuvo que la mayoría de los padres de las adolescentes que participaron en la investiga-



ción se encuentran casados, sin embargo, la cantidad de padres que están divorciados es significativa, lo cual podría brindar características propias de las familias posmodernas en las que la incorporación de las madres al mercado laboral ha ido difuminando los roles que se hacían presentes dentro las familias tradicionales, por lo que el liderazgo del padre en estas familias lo ejerce la madre, lo que da como resultado padres que se encuentran ofuscados en sus roles, generando un incremento en las exigencias propias y familiares, representados narcisistamente, generando sentimientos depresivos (Mateos, 2012).

De acuerdo con los resultados obtenidos, los estilos parentales más comunes entre los progenitores de las adolescentes diagnosticadas con TCA, comenzando con el de mayor prevalencia, son: el autoritario de parte de ambos padres, seguido por negligente por parte de la madre, y el indulgente por parte del padre. Por lo que se puede deducir que las adolescentes que padecen anorexia tienen madres que les prestan poca atención, ya que se encuentran absortas en otros aspectos de su vida, es por lo anterior que las chicas podrían presentar confusión con el rol que juega su madre con respecto al de ella. Resulta interesante resaltar que la literatura menciona que las madres de las pacientes con TCA tienden a ser, por un lado: sobreprotectoras, sobre implicadas, dependientes, carentes de límites e inconsistentes en la separación con respecto de sus hijas, así como del extremo contrario: fuertes, dominantes, rígidas y poco cálidas (Sayin, 2004; Selvini, 1999, en Mateos, 2012).

Esta dualidad que se expresa en escaso afecto con extrema protección generará una dinámica madre e hija en la cual la necesidad de aprobación será la protagonista, tratando de cumplir con expectativas poco definidas e inalcanzables.

Este estilo de parentalidad que predomina, aunado al de la madre (autoritario), deja entrever que las adolescentes con TANES

viven con grandes expectativas, exigencias y abandono emocional por parte de sus madres, mientras que sus padres se mantienen más cercanos en el ámbito afectivo, sin embargo podrían estar enviando un doble mensaje, ya que ellos no exigen cumplir con las reglas y/o estándares que impone la madre.

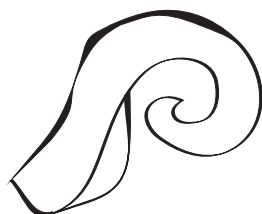
Por otra parte, los padres se caracterizan por intentar controlar las conductas de sus hijas y lograr que ellas sean lo que ellos esperan, manteniéndose alejados emocionalmente, imponiendo su autoridad sin establecer diálogo. De hecho, los estudios que se han realizado en los últimos años con familias de pacientes con TCA en comparación con familias en la que estos trastornos no se hacen presentes, han demostrado que las madres tienden al control (Suzuki, 1994 y Cava, 2003), al rechazo, la sobreprotección (Cava, 2003) y a mostrar menos afecto (Tiger, 1989; Suzuki, 1994; Palmer, 1998 y Cava, 2003), por lo cual se entiende que son madres que tienden al control sin mostrar afecto. Mientras tanto, los padres suelen obtener menos puntuación en cuidado (Suzuki, 1994) y mayor en rechazo (Cava, 2003), lo cual tiene como base el trabajo de Cava, Rojo y Livianos (2003), en el que se encuentra que el rechazo por parte del padre genera que el riesgo de que un adolescente pueda padecer algún TCA se multiplique hasta por un 14.7 (Mateos, 2012).

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que los padres de las adolescentes que padecen TCA tienden a ser autoritarios, inflexibles, dogmáticos y demandantes o mantener poco control, bajas exigencias y expectativas, y en ambos casos, presentan poca comunicación y afecto. Sobre todo, se destaca significativamente en el área de coerción/implicación física con respecto a los demás aspectos que se evaluaron.

Es por las características anteriores que Crispo et al, (1996, en Bravo y Fortanel, 2001) describe las características de las familias de personas tratadas con un trastorno de la conducta ali-

mentaria: escasa comunicación y afecto, falta de acercamiento físico o presencia de castigos materializados en golpes o comentarios despectivos con respecto a su apariencia física, poca capacidad de resolución de problemas, sobreprotección, rigidez y poca flexibilidad por parte de los padres, A pesar de que las pacientes cuentan con todos los cuidados materiales necesarios, no logran satisfacer sus necesidades emocionales básica (Mateos, 2012).

Debido a lo cual, se puede concluir que los padres de las adolescentes con TCA se muestran rechazantes, distantes tanto emocional como físicamente, duros, inflexibles, en ocasiones prestan demasiada atención a lo que su hija realiza y generan miedos en el proceso de separación/individuación, mientras que por otro lado, tienden a rechazarla cuando se mantienen cerca. En esta relación padre/hija, madre/ hija, se tiende a enviar dobles mensajes constantemente, lo que podría ser factor causal de la ambivalencia en la que se viven estos trastornos, dándole mayor importancia a la percepción del trato que les ofrece su padre, según los resultados de esta investigación.



Fuentes de consulta

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2003). *La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico*. Argentina. Paidós Editorial.
- Aunola, K., & Nurmi, J. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development, 76*(6), 1144-1159. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x>
- Bagattini, C. (1998). Trastornos severos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa y Bulimia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 62*, 2, 1–44.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 37*(4), 866-887. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Bravo, A. P. y Fortanel, G. (2001). *Percepción de la relación con ambos padres como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación*. Tesis Inédita de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- De los Santos, A. (2007). Nuevas familias y conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria, 5*, 439–456.
- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development, 74*, 578-594. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.7402017>
- García, E., Fuentes, M. C., García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en los adolescentes. *Psychosocial Intervention, 19*, (3), 265 – 278. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a7>
- Garrido, A. y García, E. (2011). Trastornos alimentarios. *Recursos Educativos, serie médica, 3*, (16), 1–40.
- Guadarrama R. y Mendoza, S. A. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo, *Enseñanza e Investigación en Psicología, 16*, (1), 125–136.
- Herraiz, C. (2010). *Influencia de la percepción de la crianza en la psicopatología alimentaria y en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario*. Tesis Doctoral. Departamento de psicología, facultad de Medicina. España: Universidad de Castilla – La Mancha.
- Horning, L. E., & Rouse, K. A. (2002). Resilience in preschoolers and toddlers from low-income families. *Early Childhood Education Journal, 29* (3), 155-159. <https://doi.org/10.1023/A:1014580408103>
- Marco-Merino, S. (2010). La Influencia Familiar y su Impacto en la Aparición de Tres Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Mexico Quarterly Review, Norteamérica, 1*(2).
- Marín B., Verónica. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición, 29* (2), 86-91. Recuperado en 04 de julio de 2013, de <https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000200002>
- Mateos, M. (2012). La familia y los trastornos de la conducta alimentaria: Estructura familiar y riesgo. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias Humanas, Facultad de Humanidades y Educación. España: Universidad de Burgos.
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A., Forehand, R., Massari, C. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors: The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence, 22*(4), 187-196. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9070-6>

- Moreno, J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*, 18(1), 135-150.
- Musitu, G. (2005). Socialización familiar y valores de los adolescentes: Un análisis intercultural. *Revista mexicana de psicología*, 22, 1, 79–89.
- Musitu, G., & García, J. F. (2005). Consequences of family socialization in the spanish culture. *Psychology in Spain*, 9(1), 34-40.
- Musitu, G., & García, J. F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16(2), 288-293.
- Musitu, G., y García, F., (2004). *Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia*. Madrid: TEA.
- Musitu, G., & García, F. (2001). *Escala de socialización parental en la adolescencia*. Madrid: TEA.
- Musitu, G., Roman, J. M., & Gracia, E. (1988). *Familia y educación prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Labor.
- Musitu, G., Roman, J. M., & Gutiérrez, M. (1996). *Educación familiar y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Books.
- Musitu, G., & Molpeceres, M. A. (1992). Estilos de socialización, familismo y valores. *Infancia y Sociedad*, 16, 67-101.
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., de la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J., y Ricomá, G. (2008) Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr*, 68, (01), 18–23. <https://doi.org/10.1157/13114466>
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M., (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: Consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, (002), 131–144.
- Quiles, Y. y Terol, M. (2008). Afrontamiento trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, (002), 259–280.
- Romero, J., Frías, M., Cuamba, N., Franco, J. y Olivas, L. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, (1), 115–128.
- Serbin, L. A. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55, 333-36 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145228>
- Sierra, M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas*, 1, (001), 79–87 <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0001.06>
- Silva, C. (2006). *Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis Inédita de Doctorado. Facultad de psicología. México: UNAM.
- Vallejo, A., Aguilar, J., & Valencia, A. (2002). Estilos de paternidad en padres totonacas y promoción de autonomía psicológica hacia los hijos adolescentes. *Psicología y Salud*, 12(1), 37-48.
- Vázquez, S. C. (2013). Diseño y validación de una escala de viñetas para evaluar estilos parentales en la infancia. Tesis de doctorado. México: Universidad Iberoamericana.



Copyright (c) 2015 Melo Huesca Claudia Valeria; Vázquez Monter Silvia Carolina.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para **Compartir** —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y **Adaptar** el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)