

ESTILOS PARENTALES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PATOLOGÍA ALIMENTARIA

Parental styles and risk factors associated with eating pathology

Julieta Marmo*

Resumen

El presente trabajo de reseña tiene como objetivo describir los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y su relación con Factores de Riesgo (FR) y los Estilos Parentales (EP). Los TCA son alteraciones relacionadas con la ingesta, el peso y la imagen corporal. Los EP son pautas de crianza que refieren la modalidad en que son impartidas las normas de socialización. Los FR son eventos que predisponen a un sujeto a padecer un desajuste. Se realizó un análisis crítico y sistematización teórica sobre investigaciones actuales. Las conclusiones indican que los TCA se dan en el seno de una dinámica familiar disfuncional donde no prima de manera exclusiva ningún EP y donde se pueden advertir factores de riesgo asociados a la patología alimentaria.

Palabras clave: Estilos parentales, factores de riesgo y protección, familia, trastornos de la conducta alimentaria.

Abstract

This review intends to describe Eating Disorders(ED) and its relationship with Risk Factors (RF) and Parental Styles (PS). EDs are alterations related to intake, weight and body image. PSs are upbringing guidelines that refer to the modality in which socialization norms are given. RFs are events that predispose a subject to suffer a mismatch. A critical analysis and theoretical systematization on current research was conducted. The findings indicate that EDs occur within a dysfunctional family where no PS exclusively excels, and where risk factors associated with eating pathology can be warned.*

Keywords: Parental styles, risk and protective factors, family, eating disorders.

* Psicóloga. Docente en la Pontificia Universidad Católica Argentina. julieta_marmo@uca.edu.ar

Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria

El presente trabajo de reseña tiene como objeto de estudio analizar los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y su relación con los factores de riesgo y con el funcionamiento familiar percibido en jóvenes adolescentes, considerando específicamente los estilos parentales.

Los TCA constituyen una problemática que afecta a gran parte de la población adolescente y joven especialmente del mundo occidental y se caracterizan por ser una patología de etiología multicausal, es decir, resultante de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos y socio-culturales.

Los cánones de belleza corporal han existido a lo largo de la historia. Sin embargo, hoy en día el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión, ya que sus consecuencias pueden afectar la salud de la persona y consecuentemente a su calidad de vida (Marmo, 2011 citado en Marmo, J. y Losada, A. 2013).

Los TCA son alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. Los tipos más comunes de estas patologías alimentarias son la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) (García-Palacios, Rivero y Botella, 2004).

Cuando una patología alimentaria no coincide plenamente con los criterios de AN y BN se la clasifica como Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). En este último caso, si bien comparte los criterios fundamentales de los TCA, no se la puede especificar estrictamente como AN / BN dado que no cumple con todos sus criterios.

La característica esencial de la AN consiste en el rechazo a mantener el peso corporal mínimo esperable, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo (APA, 2014). En este caso particular, lo que la define no es una auténtica pérdida o falta de apetito, sino el deseo de estar delgado, más allá de las exigencias psico-físicas y familiares que ello acarrea. Los anoréxicos experimentan sensaciones cognoscitivas

de hambre, junto con una fuerte preocupación por la comida (Sarason & Sarason, 2006).

La palabra anorexia proviene del vocablo griego “anorektous” y se la ha definido como falta de apetito. Etimológicamente está conformada por el prefijo privativo “an” que implica negación y “orexis” que se entiende como apetito, por lo que se lo traduce como “sin apetito” o “pérdida de apetito”; mientras que el adjetivo “nerviosa” expresa su origen psicológico (Fragale, 2010, citado por Marmo y Losada, 2013).

La BN se caracteriza por episodios cíclicos y recurrentes de atracones seguidos por conductas compensatorias inadecuadas como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno drástico y/o ejercicios excesivos (APA, 2014). El paciente con este diagnóstico es consciente de que su patrón alimentario no es adecuado, que escapa de su control, por lo que se angustia y siente posteriormente culpa, autodesprecio, vergüenza y depresión (Behar & Valdez, 2009). El atracón finaliza debido al malestar físico que produce o por factores externos.

La raíz etimológica de la palabra bulimia, proveniente del griego “bus” (buey) y “limos” (hambre) y se traduce como “hambre de buey”, lo que significa una sensación de hambre desmesurada (Marmo y Losada, 2013).

Estos cuadros psicopatológicos comparten entre sí el rechazo a mantener el peso corporal mínimo de acuerdo a los patrones esperables y saludables y la distorsión de la imagen corporal, considerados también como notables factores de riesgo en el sostenimiento de estos trastornos (Bruch, 1982; Sepúlveda, Botella & León, 2001; Paniagua & García, 2003). Requieren de intervenciones interdisciplinarias, dada la complejidad y múltiples consecuencias que presentan en los sujetos que la padecen (Losada, 2011).

El concepto de estilo parental ha sido ampliamente utilizado en la investigación acerca de los efectos de la socialización familiar sobre la competencia de niños y adolescentes.

La familia sigue siendo durante gran parte de la vida un factor de gran impacto emocional y de

influencia en la vida personal. Según Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001) proporciona afecto y apoyo y contribuye al bienestar psicológico y 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 y permite las primeras identificaciones. Así mismo, favorece la socialización de sus integrantes, establece las normas y los ideales y posee una función organizadora y reguladora de la personalidad.

Considerando la importancia que conlleva la dinámica familiar, la clínica y la teoría revelan que la función de socialización es de las más relevantes dentro del ámbito familiar y se realiza por medio de las prácticas educativas de los padres. Éstas implican dos aspectos, uno de contenido, el cual hace referencia a los valores inculcados en la familia y el aspecto formal que se refiere a las estrategias y mecanismos que utilizan los padres para transmitir los contenidos de la socialización. Éstos varían entre las familias, por lo que para su mejor comprensión, se han desarrollado distintas tipologías de estilos parentales de socialización (Musitu, Estévez, Jiménez y 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 respecto de sus hijos. La clave está en la socialización, enseñando los padres a comportarse de acuerdo a las normas sociales y culturales imperantes en una comunidad, sin perder de vista la autonomía individual (De la Iglesia, Ongarato y Fernández Liporace, 2011; Goncalves y Castellá, 2006; Misitu, 2001). Su trabajo representa un punto de referencia fundamental en el campo del apoyo y control parental, la autonomía y el desarrollo del hijo (Torio López, Peña Calvo y Caro, 2008).

La autora (Baumrind 1966) reconoce dos dimensiones del comportamiento de los padres que permiten caracterizar su influencia en la formación de los hijos: 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).

Posteriormente Maccoby & Martin (1983) postulan cuatro estilos considerando las variables de demanda y respuesta: el autoritario (alta demanda y baja respuesta) el permisivo (baja demanda y alta respuesta), el negligente (baja demanda y baja respuesta) y el autoritativo (alta demanda y alta respuesta). Esta tipología constituye la clasificación más difundida en las investigaciones científicas. Sin embargo, no contempla la posibilidad del estilo sobreprotector, que se caracteriza por la demanda y la respuesta parental llevadas a un grado extremo (Schaefer citado en De la Iglesia et al., 2011)

Atendiendo a los factores que participan en el desarrollo etiológico de ciertas patologías, este trabajo intentará conocer, de acuerdo a las publicaciones actuales y autores relevantes de esta temática, cuáles son los factores de riesgo asociados a personas con diagnóstico de TCA y qué tipo de estilo parental percibido prevalece en estos jóvenes.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA constituyen patologías que se dan con mayores índices a nivel mundial en los últimos tiempos. Se estima para estos trastornos una relación de un varón por cada diez mujeres. (Allegue, 2009; Carrera Guermeur, 2007; Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura, 2010).

Según Pope & Hudson (2007) en un trabajo publicado en el National Institute of Mental Health, la prevalencia de AN es de un 0.9% en población femenina y de 0.3% en hombres y de BN entre un 0.3 y 0.6%, siendo mayor la prevalencia en mujeres adolescentes y jóvenes adultos.

La adolescencia media y tardía es considerada como el período de la vida con mayor riesgo para las mujeres. Sin embargo, es importante destacar que la aparición de AN puede ocurrir también en niños y niñas muy pequeños.

Un estudio realizado por Currin (2005) revela que las adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años integraron el grupo de mayor riesgo para la BN, mientras que Van Son y cols. (citado por Portela de Santana, Da Costa Ribeiro, Mora Giral y Raich, 2012) consideraron que el grupo de mayor riesgo es

aquel con edades entre 15 y 19 años y, mujeres jóvenes entre 20 y 24 años.

En Argentina, según el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (citado por Góngora & Casullo, 2008) se calcula que un 3-4% de las consultas en Servicios de Salud Mental corresponden a diagnósticos de TCA. Sin embargo, no hay datos oficiales sobre la prevalencia específica en cada caso.

En el mismo país se realizaron encuestas de opinión en población adolescente para evaluar la prevalencia de TCA. Dichos estudios indicaron que un 23,5% de estudiantes adolescentes presentaban conductas bulímicas y un 43% seguían una dieta al menos una vez por semana (Leiderman & Triskier, citado en Suárez Hernández, Grinhauz y Gongora (2009)).

El 37% de las mujeres jóvenes en ese mismo país sufre desórdenes alimentarios, según un nuevo informe de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (Ortale, Santos, Aimetta, y Weingast, 2012). Estos datos surgen de una encuesta realizada durante 2011 que, si se comparan con el mismo estudio realizado diez años antes, se registra un incremento de casi el 50% en desórdenes alimentarios en mujeres de entre 15 y 20 años.

En relación a los FR asociados a las patologías alimentarias, existe evidencia respecto a los que se hallan presentes en estos trastornos, previos a su desencadenamiento. Éstos pueden dividirse teniendo en cuenta aspectos socio-culturales, individuales, biológicos así como del ambiente familiar (Unikel, Gómez-Peresmitré, 2003). Estos últimos son los que se considerarán especialmente en este trabajo, atendiendo al objetivo propuesto.

Factores de riesgo y protección que intervienen en los TCA

Se considera un Factor de Riesgo (FR) aquellas características o eventos que predisponen a un sujeto a padecer un desajuste (Lorence, 2007; Mikulic y Crespi, 2005; Rutter, 1990) lo cual aumenta el riesgo de psicopatología, respecto a otros individuos no expuestos a tales circunstancias (Goodman citado por Di Bártolo, 2009).

Así mismo, los Factores Protectores (FP) son influencias que modifican, mejoran, amortiguan o eliminan la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1990).

Tanto los FR, como los FP actúan, en cualquier acontecimiento, de manera conjunta y pertenecen tanto a la esfera individual así como a las particularidades del ambiente. No necesariamente la exposición a un FR implica la presencia de psicopatología, pero en cuanto estos no son mediatizados, pueden impactar en la salud mental del individuo, generando la posibilidad de desarrollar algún desajuste, en detrimento de su calidad de vida (Marmo, 2011).

Se considera a la familia como el núcleo social más cercano al individuo y como proveedora de valores, normas, hábitos, costumbres, respeto y formas de conductas apropiadas a la sociedad. Así, la familia, como primer grupo social al que se pertenece, va mostrando los diferentes elementos distintivos de la cultura, y al ser un proceso interactivo entre padres e hijos, los primeros transmiten los contenidos culturales y son los hijos los que incorporan en forma de conductas y creencia los contenidos transmitidos. El individuo va interiorizando las pautas del entorno socio-cultural y afirmando su identidad personal.

La familia es el primer marco de referencia, socializa, integra y activa los controles sociales (Pons, citado por Esteve Rodrigo, 2005).

La influencia de los padres sobre los hijos podría tomarse como un factor de riesgo y/o protección, de acuerdo a la manera específica en que los mismos actúen en relación a la aceptación del cuerpo y las conductas asociadas.

En el contexto familiar se pueden amortiguar los efectos de las conductas inapropiadas llevadas a cabo por los hijos en relación a la ingesta, así como el impacto del culto a la delgadez como medio de éxito social, dando nuevos sentidos a los ideales supuestos por los jóvenes. Los de padres otorgando un ambiente cordial reducen el riesgo de conductas patológicas.

Por otra parte, el comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus

hijos, 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 de riesgo para la salud. Así mismo, las burlas de familiares y amigos sobre el peso influyen fuertemente en la insatisfacción con la imagen corporal y en la aparición de los TCA.

Se ha podido observar un mayor riesgo de compulsión alimentaria, comportamientos inadecuados para controlar el peso y sobrepeso entre los niños y de las dietas restrictivas, atracones y conductas extremas para pérdida de peso entre las niñas que han recibido provocaciones por su apariencia física, en comparación con sus compañeros (Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story, Sherwood, van den Berg, 2007 citado por Portela de Sanatana, et al., 2012).

Desde una perspectiva más amplia, Losada (2011) menciona que previamente al desarrollo de la patología alimentaria se evidencian situaciones y/o FR específicos, entre los se destacan: historias de abuso sexual o físico, secuestro, amenazas, extorsión o desplazamientos forzados por causas violentas a las familias, consumo de sustancias, conductas de daño deliberado autoinfligido, historias de enfermedades y/o pérdida de un familiar, trastornos obsesivos compulsivos.

Teniendo en cuenta los factores mencionados que operan en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, es importante considerar una variable de tipo vincular que actualmente se considera de interés científico y clínico, que evalúa la influencia de las actitudes, comportamientos y las prácticas educativas de los padres (Ibáñez, Muñoz, Ortega & Soriano, 2006).

Antecedentes. Investigaciones previas

Según Selvini Palazzoli, (1988, 2008) se habla de sistemas familiares que se rigen por reglas secretas, allí donde la familia queda unida por invisibles lazos patológicos. Según esta autora, no existiría una tipología familiar única sino una serie de FR y dificultades familiares que actuarían como factores predisponentes, tales como 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) manifiesta que los TCA son producto de la disfunción de las relaciones conyugales que repercuten en las relaciones paterno-filiales.

Onnis (2004) describe como factor típico de las familias con TCA la presencia de intrusión, excesivo contacto y bloqueo de la independencia y autonomía.

Baumrind (1966) sobre los estilos parentales, refiere por tal las estrategias de crianza que imparten los padres respecto de sus hijos. La clave está en la socialización, enseñando los padres a comportarse de acuerdo a las normas sociales y culturales imperantes en una comunidad, sin perder de vista la autonomía individual (De la Iglesia, Ongarato y Fernández Liporace, 2011; Goncalves & Castellá, 2006; Misitu, 2001). Su trabajo representa un punto de referencia fundamental en el campo del apoyo y control parental, la autonomía y el desarrollo del hijo (Torio López, Peña Calvo y Caro, 2008).

Darling & Steinberg (1993) refieren que los estilos parentales implican una constelación de actitudes y conductas que los padres adoptan en relación a sus hijos, que le son comunicadas y en conjunto crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres.

Para determinar los estilos parentales se tomaron inicialmente en cuenta dos aspectos, el grado en que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta por sus padres y el grado en que los padres establecen reglas explícitas de comportamiento a los hijos y supervisan su conducta. La determinación de los estilos de padres generalmente se hace a partir del reporte que hacen los hijos del comportamiento de sus padres hacia ellos (Vallejo Casarín y López Uriarte, 2004).

Baumrind (1966) describe tres Estilos Parentales, basados en el patrón de cuidado y ternura de los padres hacia los hijos así como el control ejercido por los progenitores. Incluye las categorías de estilo autoritario, que implica alto control y se restringe la ternura; el autoritativo descrito con padres cariñosos y moderados en términos de control y el estilo permisivo,

aquellos que evitan hacer uso del control, muestran una excesiva concesión en las demandas de los hijos.

Posteriormente Maccoby & Martin (1983) postulan cuatro estilos considerando las variables de demanda y respuesta: el autoritario: alta demanda y baja respuesta, el permisivo: baja demanda y alta respuesta, el negligente: baja demanda y baja respuesta y, el autoritativo: con alta demanda y alta respuesta. Esta tipología constituye la clasificación más difundida en las investigaciones científicas. Sin embargo, no contempla la posibilidad del estilo sobreprotector, que se caracteriza por la demanda y la respuesta parental llevadas a un grado extremo (Schaefer citado por De la Iglesia et al., 2012).

Existe evidencia de la relación entre estilos parentales y su relación con los TCA, así como 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).

Los TCA surgen y se expresan, en lo referente al contexto relacional y familiar, en un momento específico del desarrollo del individuo y de su entorno. La familia se considera un eje central en la comprensión diagnóstica y en el tratamiento de las patologías alimentarias. Sin embargo, siguiendo a Chandler (2001) la familia es un factor esencial, pero no en sí mismo suficiente como para justificar la aparición de un TCA. Se necesita de una combinación de los distintos aspectos, que adquieren características particulares en cada caso. Es por ello que se estudiará no solamente los Estilos Educativos Parentales percibidos, sino también la asociación que tienen con otros Factores de Riesgo, previos al desencadenamiento del TCA.

En relación a los factores de índole socio- cultural, estudios realizados en México (Unikel et al., 2003) incluyen en esta área los ideales culturales de belleza y la influencia del grupo de pares. En Brasil, Portela de Santana et al., (2012) refieren que las presiones socio-culturales por tener un cuerpo ideal promueven una mayor valoración de la apariencia e incluyen también las críticas de parte de la familia y/o compañeros. En Argentina, Paredes, Nessier y González (2011) manifiestan como FR la influencia del medio que muestra cuerpos delgados como puentes hacia el éxito

social, especialmente en bailarinas y otras profesiones donde el cuerpo está expuesto. Consideran también que el ejercicio físico excesivo es un FR para el desarrollo de AN, sobre todo cuando se combina con la realización de una dieta.

Considerando los aspectos de índole individual, se incluyen como FR la insatisfacción con la figura y el peso corporal, la práctica crónica de dietas, la baja autoestima; los rasgos de personalidad tales como la necesidad de aprobación, la dificultad para expresar sentimientos, 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.

Varela-Casal, Maldonado & Ferré (2011), realizaron en Madrid un análisis de FR en 101 historias clínicas de pacientes con TCA. Se encontró una relación significativa entre consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y el desarrollo de factores asociados para TCA con un porcentaje de 86,9%.

Otros autores incluyen como FR asociados a los TCA las experiencias de abuso sexual, la pérdida de un ser querido, la separación de una relación vincular, el divorcio de los padres, el cambio geográfico, la presencia de trastornos afectivos, tanto en el individuo como en los familiares de primer grado (Behar et al., 2009; Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999; Losada, 2011; Rodríguez y Guerrero, 2005; Torem, citado en Vanderlinden y Vandereycken, 1999).

En Argentina, Losada (2009) expresó que los desórdenes alimenticios son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una serie de factores que pueden incluir trastornos emocionales, presiones familiares, sensibilidad genética o biológica, cultura de sobreabundancia de comida y obsesión con la delgadez, como así también la exposición a determinados tipos de violencia, en especial el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Se considera que existe una mayor predisposición genética en las mujeres a desarrollar TCA, así como

una mayor exposición a los factores socioculturales, lo que explicaría la diferencia en relación a la prevalencia hombres – mujeres con TCA (Strober, Freeman, Lampert, Diamind y Kaye citado en Rutztein, et al., 2010).

Portela de Santana et al. (2012) plantean que el estradiol que regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y estado de ánimo, como la serotonina, pueden influir en la predisposición genética de los TCA en la pubertad.

Según Dios de Vega (2000) puede haber un componente genético en la transmisión de la AN; sin embargo, no está tan claro que sea heredada. La genética puede contribuir a una vulnerabilidad específica o puede operar indirectamente predisponiendo a la obesidad o a rasgos de personalidad que conduzcan a la realización de dietas restrictivas y a la AN más probablemente.

En relación a los aspectos familiares, actúan como FR las actitudes críticas de la familia hacia el peso corporal; la falta de definición de límites, la rigidez y la confusión de roles en la familia, así como la disfuncionalidad y el maltrato emocional.

Mellor, McCabe, Ricciardelli y Merino (2008) valoran la influencia de los padres sobre los hijos como el FR más importante de insatisfacción en la imagen corporal y la pérdida de peso.

Hernández y Aizpuru de la Portilla (2010) realizaron un estudio en la ciudad de México en el año 2010 en población femenina con TCA. Se encontró que el 40% presentaban un antecedente de este diagnóstico en la familia.

Los estudios de Minuchin (1999) y Selvini Palazzoli (1995) han demostrado la influencia de la familia en lo que respecta a la comunicación, solución de conflictos, dificultad de emancipación, e independencia en los jóvenes de la familia.

Minuchin (1992) planteó que la anorexia pierde su calidad de enfermedad individual, para convertirse en una responsabilidad del grupo familiar o social al que pertenece el individuo con diagnóstico de anorexia.

Según Onnis (2004) se evidencian características en las familias de pacientes con TCA como aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente con anorexia o bulimia juega un rol central y vital.

Toro, Nicolau, Cervera, Castro, Bleuca y Zaragoza (1995), en un estudio sobre pacientes con AN, encontraron que las familias presentaban un alto estándar de educación y 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.

En Chile, Osorio, Weisstaub y Castillo (2002), plantean que las experiencias tempranas del niño con la comida y en particular las prácticas alimentarias de los padres tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos posteriormente.

En los casos de AN según Pike, Wilfley, Hilbert y Fairburn (citado por Behar et al., 2009) suele encontrarse como antecedentes conflictos y separaciones familiares, mudanzas, cambios escolares y aumento de presiones de rendimiento académico. Así mismo, cuando el inicio es posterior a la adolescencia, suelen hallarse un mayor número de eventos estresantes previos al desencadenamiento, entre los que priman los conflictos familiares y enfermedades médicas. Slade (1982) señala que en los casos de inicios de AN luego de los 25 años, se deben rastrear eventos severos en la historia individual y familiar.

Striegel - Moore, Silberstein y Rodin (1986) indican que la socialización femenina es un factor importante que contribuye al desarrollo de la bulimia.

Behar et al. (2009) reflejan ciertos factores asociados que suceden previos al diagnóstico de BN. Entre ellos las pérdidas y separaciones con figuras significativas, problemas interpersonales con la familia y otras relaciones extensas y amenazas al bienestar físico. Estos autores diferencian además los factores asociados a la anorexia compulsivo – purgativas, entre

los cuales mencionan eventos vitales significativamente más estresantes que las restrictivas. En todos estos casos, dichos eventos habrían ocurrido al menos doce meses previos al desencadenamiento del TCA.

Según Ibáñez, Muñoz, Ortega y Soriano (2006) existen dos factores que pueden influir en el padecer del TCA: la influencia social y la influencia del tipo individual y/o de personalidad, y la familia como agente socializador de mayor relevancia.

Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1995) manifiestan que se destaca en el entramado patológico, la presencia esencialmente de la madre y relativa ausencia o rol más periférico del padre.

Atendiendo a las variables TCA, FR y EP, no se encuentran evidencias de la asociación entre éstas de manera conjunta. Se hallan asociados los TCA y FR, y por otra parte TCA y EP, sobre todo en población adolescente.

Ibáñez et al. (2006) comparten con otras investigaciones (Calam, Waller, Slade y Newton, 1990; Guttman y Laporte, 2002; Palmer, Oppenheimer y Marshall, 1988) que sujetos con AN manifestaban tener a los 16 años, una relación con la madre caracterizada por el control sin presencia de afecto con bajos y sobreprotección, en el 70 % de los casos (N=42) con TCA y el mismo vínculo con padres en un 20 % menos de casos (N=31). El grupo de estudio sin patología en estas investigaciones reportaron un vínculo percibido en ambos padres antes de los 16 años, como óptimo. En el caso de BN, el tipo de vínculo materno percibido es afecto controlado, es decir, altos cuidados y sobreprotección, y con el padre es control sin afecto.

En Argentina se encuentra validada la Escala de Estilos Parentales Percibidos, para su administración en población infantil y adolescente (Richaud de Minzi, 2002, 2007), la cual se ha aplicado evaluando diversas variables de personalidad. La escala también ha sido validada en población joven por De la Iglesia, Ongarato y Fernández Liporace (2011), arrojando resultados válidos y confiables para su administración.

Sin embargo, no se hallan investigaciones que correlacionen TCA, FR y Estilos Parentales Percibidos

e Inconsistencia Parental en nuestro país, a pesar de que se ha puesto en relevancia la influencia de los Estilos Parentales a lo largo de todo el ciclo vital (Anisman, Zaharia, Meaney y Merali, 1998; Maccoby, 1994; Rohner y Veneziano, 2001; Rothrauff, Cooney y An citado por De la Iglesia et al., 2011).

Si bien la presencia de FR no indica en sí misma el posterior desarrollo de patología alimentaria, existen modelos explicativos respecto de cómo lo traumático no elaborado puede volcarse al cuerpo como una posibilidad de vehiculizar lo psíquicamente no tramitado.

Es importante considerar otro aspecto de índole evolutivo que se organiza en torno a la adolescencia. Erikson (1983) considera que el logro de la identidad es la tarea primordial durante esta etapa de la vida. Dadas las dificultades que los sujetos con TCA tienen en relación a la separación y logro de identidad e individuación, podría inferirse que la patología alimentaria viene a prolongar dicha resolución, lo cual en algunos casos, se extiende al inicio de la juventud temprana, como se observa actualmente en la sociedad contemporánea.

Minuchin (1992) planteó que las patologías alimentarias implican una interacción sinérgica e inseparable entre factores biológicos, psicológicos y sociales, y a la vez ubicar la problemática alimentaria en el contexto de pautas de comportamiento que involucran las interrelaciones con otras personas en la estructura familiar. Desde el punto de vista estructural, el síntoma es la consecuencia lógica de una organización fallida dentro de la familia. Se explica generalmente en términos de confusión de roles y fronteras, jerarquías invertidas, alianzas intergeneracionales o coaliciones entre miembros o subsistemas, y un detrimento de funciones ejecutivas, lo cual puede estar en la raíz de interacciones familiares disfuncionales.

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. De esta manera, 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.

Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales

Los trastornos alimentarios son alteraciones o anomalías en la conducta de la ingesta, teniendo su fundamento en el entorno social en que cada individuo se desenvuelve, además pueden influir otros factores, como trastornos emocionales, de personalidad e incluso una posible sensibilidad biológica o genética. (Gavino, 1995, citado por Galarsi, Correche y Ledezma, 2010).

Tantos los factores individuales, como los familiares, sociales y culturales tienen influencia en la forma en que se experimenta el propio cuerpo (Grogan, 1999 citado por Silva Gutiérrez y Sánchez Sosa, 2006), y al ser la familia el núcleo social más cercano al individuo, y la responsable de la transmisión de valores, hábitos y costumbres, es importante ver la forma en que ésta funciona como intermediaria en la producción de los trastornos de la alimentación, pues el desarrollo de actitudes, creencias y valores depende en gran medida del medio sociocultural en que crecen y se desarrollan los individuos. (Cortés, Flores, Carrillo, y Reyes citado por Silva Gutiérrez et al., 2006).

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 ha considerado un factor relevante para la producción de trastornos de conducta alimentaria, ya que produce diversos conflictos entre padres e hijos que generan la sensación de falta de control de éstos sobre sus vidas, haciendo que su único recurso para ello sea mediante su cuerpo (Silva Gutiérrez et al., 2006).

Según Minuchin (1978 citado por Cruzat, Ramirez, Melipillán y Marzolo, 2008), se pueden encontrar cinco características predominantes de interacciones que mantienen la somatización, como pueden ser el aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, evitación del conflicto e involucrando a los hijos en los conflictos parentales.

Las familias con trastornos de la alimentación suelen ser más disfuncionales que las familias control

y, la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno. Así cuando la disfunción familiar aumenta, el reporte de los TCA también se acrecienta.

Considerando específicamente las diferencias en el Funcionamiento Familiar Percibido entre los subtipos de Trastornos Alimentarios se ha encontrado que las interacciones familiares en sujetos con síntomas de anorexia y bulimia difieren. Los sujetos con AN describen a sus familias como cohesivas y organizadas con una tolerancia al conflicto más baja, alto estándar de educación y mayor tendencia a desarrollar trastornos afectivos, opuesto a los sujetos con bulimia quienes reportan a sus familias como significativamente más conflictivas y menos cohesionadas .

La evitación de conflictos caracterizaría a las familias anoréxicas, esto trae como consecuencia un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de la sintomatología, además de incrementar la falta de conciencia de la adolescente acerca de su problema, quien actúa como si su situación fuera normal (González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas, 2002 en Cruzat, et al., 2008). Estas familias niegan la existencia de problemas e intentan transmitir la apariencia de una familia ideal, lo que trae como resultado la falta de conciencia del adolescente sobre su problemática.

Todas las personas con anorexia como con bulimia tienden a tener dificultad al identificar y comunicar sus emociones.

Una variable a tener en cuenta corresponde al grado de cohesión familiar. Así las familias que manifestaban una alta cohesión, en términos de apoyo y cercanía emocional, presentan menor riesgo de padecer un desorden alimentario.

Por otra parte, los ambientes familiares en pacientes con trastorno bulímico suelen ser menos cohesionados, más conflictivos y menos apoyadores que en familias control.

Así mismo las familias en las cuales se presentan trastornos de alimentación se han percibido a sí mismas como menos apoyadoras, más vulnerables y menos expresivas que las familias en las que no hay este tipo de trastornos.

Por su parte, Waller, Slade y Calam (citado en Cruzat, et al., 2008) encontraron que los sujetos con anorexia y bulimia percibían a sus familias con menores niveles de adaptabilidad, cohesión y compromiso, en comparación con sujetos normales.

Los estilos parentales difieren significativamente en dos dimensiones distintas respecto de cómo educar a los hijos; primero el porcentaje de cuidado y ternura que demuestran los padres durante la interacción de sus hijos, y segundo, el porcentaje de control demostrado sobre las actividades y comportamientos de éstos.

Así, los estilos parentales influyen en el desenvolvimiento y desarrollo de los seres humanos y se ve reflejado en el funcionamiento general de los mismos. Es por ello que el bienestar psicológico es el resultado de una percepción adecuada del medio ambiente que se refleja en la autorrealización, madurez, salud mental, adaptación y felicidad de los hijos.

La comunicación entre padres e hijos aporta efectos positivos en la socialización y en las actividades que realizan los hijos, así los patrones de conducta de los padres influyen en el funcionamiento psicológico y social de los hijos.

Respuesta a la pregunta de investigación

Este trabajo tuvo como propósito estudiar la relación entre los Estilos Parentales y los factores de riesgo en pacientes adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes.

La adolescencia es una etapa de grandes cambios a nivel biológico, psicológico y social; en donde muchos jóvenes encuentran la posibilidad de desarrollarse, de enfrentar nuevos desafíos, de conocer sus habilidades y capacidades. Es aquí donde consolidarán su identidad y lograrán su autonomía.

Las síntesis de las investigaciones actuales revelan que en la sociedad contemporánea el ideal de belleza propuesto expone al adolescente a la presión social de ser delgados, favoreciendo junto con otros factores de riesgo que actúan de manera conjunta, una insatisfacción con la imagen corporal. Ello puede desencadenar que se utilicen a modo de reacción frente a su insatisfacción, conductas inapropiadas relacionadas con la ingesta.

Las investigaciones acuerdan y reconocen como patologías alimentarias en el mundo científico y clínico, los cuadros de AN, BN y TCANE entre las más reconocidas.

Por otro lado, la familia es el primer grupo social al que pertenece una persona y que brinda un marco central e inicial del despliegue personal. Se desarrollan en ella las funciones más importantes para el ciclo vital, formando parte del desarrollo humano integral. Como es sabido, el modo en que el niño sea acogido en la estructura familiar y la capacidad de establecer lazos emocionales íntimos con sus miembros serán importantes para el desarrollo, el funcionamiento efectivo de la personalidad y su salud mental. Dentro de estas funciones básicas se encuentra la tarea de socialización, que implica el transmitir las normas, ideales y cultura de una determinada región.

La relación que se establece entre padres e hijos, moldeará el desarrollo social e individual del sujeto. Así la familia será la encargada de acompañar el desarrollo de la personalidad y el carácter de sus miembros, como también, de la adquisición y modificación de conductas de cada uno de ellos, favoreciendo de esta forma el bienestar físico, mental y social.

Se habla de una combinación de estilos de crianza que científicamente se han nucleado bajo el concepto de estilo parental. Algunos de ellos actuarán como factores protectores y otros de riesgo para la aparición y sostenimiento de los TCA. En las familias pueden encontrarse diferentes estilos parentales. Estos estilos educativos constituyen un elemento clave para la socialización familiar.

Si bien a lo largo de la historia los modelos en relación a los estilos parentales se fueron ampliando y modificando, encontrando nuevas maneras de operacionalizar los constructos intervinientes; en las publicaciones sobre este tema se postula que las relaciones entre padres e hijos tienen un carácter bidireccional, ya que si bien es cierto que las conductas parentales influyen sobre el desarrollo adolescente, los comportamientos y actitudes del adolescente afectan al estilo parental.

De acuerdo a las investigaciones consultadas, los modelos de apoyo son más favorables para el ajuste

social y familiar del adolescente porque proporcionan una adecuada seguridad emocional y autoestima en el hijo. De lo contrario, los padres poco afectuosos, que no brindan apoyo a sus hijos provocando cierta inseguridad en ellos y dando lugar a ciertas conductas inadecuadas y posible aparición de TCA.

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 un mejor ajuste emocional y comportamental, niveles altos de autoestima y de desarrollo moral, 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 emocionales y conductuales. La falta de afecto y supervisión de estos padres tienen un efecto negativo en el desarrollo de los chicos, que muchas veces presentan desajustes a nivel social, como puede ser la impulsividad y conductas delictivas. Suelen ser chicos con baja autoestima presentando en algunos casos problemas depresivos.

Otro ejemplo, son los padres autoritarios que brindar escaso apoyo y afecto, tienen hijos con baja autoestima y escasa confianza en sí mismos. 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.

En general se sintetiza en los trabajos consultados que, cuando las relaciones se basan en un apego seguro, los adolescentes van a ser más cariñosos, más sensibles y más capaces a establecer relaciones caracterizadas por la intimidad y el afecto.

Cuando los padres ofrecen atención, comunicación, afecto y apoyo, los adolescentes obtienen grandes beneficios para su desarrollo. La gran mayoría de las familias no tienen un estilo de crianza definido, se trata de pautas contradictorias, de un proceso de compensación y adaptación donde se emplea una gran

carga afectiva, que muestra cierta elasticidad en las relaciones.

Finalmente, teniendo en cuenta la importancia de la familia en la génesis y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, se considera dentro de las estrategias preventivas, la discusión y confrontación para conseguir soluciones constructivas frente a las dificultades de relación entre padres e hijos.

En relación a los FR, hay varios que influyen en el mantenimiento de los trastornos a lo largo del tiempo, estos son, la influencia social y/o cultural, la influencia de tipo individual y/o personalidad y la variable más relevante que es la influencia familiar, es decir, las actitudes, los comportamientos y los estilos educativos parentales (Ibáñez Martínez, Linares Fernández, Vilaregut Puigdesens, Virgili Tejedor, y Campreciós Orriols, 2012).

REFERENCIAS

- Allegue, O. (2009). Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Crisis, Urgencias y Emergencias. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Panzitta, M., *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp. 37-54). Buenos Aires – Madrid: RV - Kristal Ediciones.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-907.
- Behar, A. R. & Valdes, W. C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47 (3), 178-189.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *American Journal of Psychiatry* 139, 1531-1538.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 479-485.

- Carrera Guermeur, O. (2007). Apego y Anorexia Nerviosa: Manipulación de las experiencias tempranas en ratas y desempeño en el procedimiento experimental de Anorexia Basada en la Actividad (Tesis Doctoral) Recuperado de: http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2298/1/9788497508452_content.pdf
- Chandler, E. (2001). Entrevista al Dr. Eduardo Chandler. Nutrinform.com Comunidad Virtual de Profesionales de la Salud. Recuperado de http://www.nutrinform.com/pagina/info/chandler_trastornos_alimentarios.pdf
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- De la Iglesia, G., Ongarato, P. & Fernández Liporace, M. (2011). Evaluación de los estilos parentales percibidos: un breve recorrido histórico. En *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. (pp. 40-44). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Di Bártolo, I. (2009). La interacción entre factores de riesgo y factores de protección para la salud mental en la niñez. En Memorias del II Congreso Internacional de Psicología FIUC, Los lugares del psicólogo y la psicóloga en el mundo contemporáneo: Retos para la formación, la investigación y la práctica. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.
- Dios de Vega, J.L. (2000). Factores de vulnerabilidad en los TCA. I Congreso Virtual de Psiquiatría; Conferencia 24-CI- recuperado el 7 de julio de 2012 de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_c.htm
- Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme-Paidós.
- Esteve Rodrigo, J. (2004) Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes. (Tesis doctoral). Recuperada de <https://es.scribd.com/doc/134125110/Autoestima-Psicologia-Social>
- Galarsi, M., Correche, M. & Ledezma, C. (2010). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. *Fundamentos en Humanidades*, XI (21)
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A. & Welch, S.L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56 (5), 468-476.
- García-Palacios, A., Rivero, I. & Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, 91-109.
- Goncalves, B. M. & Castellá, S. J. (2006). Estilos Parentais, estilos atribucionais e bem-estar psicológico em jovens universitários. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(3)53-65
- Góngora, V. & Casullo, M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 265-272. Fundación AIGLE.
- Guttman, H. & Laporte, L. (2002) Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Medline*, 43(6), 448-55.
- Hernández, R. & Aizpuru de la Portilla, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 119-124.
- Ibáñez, M. N., Muñoz, C. D., Ortega, G., M. & 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. Escuela de Terapia Familiar. Hospital de St. Pau. Barcelona.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Losada, A. (2009). *Nuevos aportes al abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Losada, A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias. (Tesis Doctoral, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Recuperada de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/abuso-sexual-infantil-patologias-alimentarias.pdf>.
- Lorence, L.B. (2007). Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en

- situación de riesgo psicosocial. Fundación de acción familiar. Recuperado de http://www.accionfamiliar.org/sites/default/files/fundacion/files/publicaciones/publicacion/DOC_04_08_Premio_Joven_Barbara_lorence.pdf
- Maccoby, E. E. & Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interactions. In E. M. Hetherington & P. H. Mussen (Eds.), *Socialization, personality and social development. Handbook of child psychology*. (pp. 1-102). New York: Wiley.
- Marmo, J. & Losada, A. (2013). *Herramientas de evaluación en trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Académica Española.
- Ibáñez Martínez, N., Linares Fernández, J., Vilaregut Puigdesens, A., Virgili Tejedor, C., & Campreciós Orriols, M. (2012) Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) *Psicothema*, 24 (3), pp. 489-494 Universidad de Oviedo, España.
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L. & Erino, M.E. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of socio-cultural factors. *Body image*, 5 (2), 205-15.
- Mikulic, M. I. & Crespi, M. C. (2005). Contexto carcelario: un estudio de los estresores y las respuestas de afrontamiento en detenidos primarios y reincidentes. En *Anuario de Investigaciones* (12, 211-218). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1999). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T. & Herrero, J. (2007). Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia. En S. Yubero, Larrañaga, E. y Blanco, A. *Convivir con la violencia* (pp. 135-150). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Onnis, L. (2004) *The use of metaphors in Systemic therapy: a bridge between mind and body languages*. Department of Psychiatric Sciences University of Rome: La Sapienza.
- Ortale, S., Santos, J., Aimetta, C. & Weingast, D. (2012). Percepciones y prácticas sobre alimentación y actividad física en estudiantes secundarios. El caso de la escuela secundaria Básica N° 1 de la Ciudad de la Plata. VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata "Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales". Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/31393/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Osorio, J., Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (3), 280-285
- Palmer, R. L., Oppenheimer, R. & Marshall, P. (1988) Eating-disordered patients remember their parents: A study using the parental-bonding instrument. *International Journal of Eating Disorders* 7 (1), 101-106
- Paniagua, R. S. & García, C. S. (2003). Signos de alerta del Trastorno Alimentario, Depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (3), 411-422.
- Paredes, F., Nessier, C. & González, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. Universidad Nacional del Litoral. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. *Diaeta*, 29 (136), 18-24.
- Pope, H.G. & Hudson J.I. (1992) Is childhood sexual abuse a risk factor for Bulimia Nervosa? *Am. J. Psychiatry*, 149, 455-453.
- Portela de Santana, M. L., Da Costa Ribeiro, H., Mora Giral, M. & Raich, R. (2012). Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: a review. *Nutr. Hosp.* 27 (2), 391-401.
- Richaud de Minzi, M. C. (2002). Inventario acerca de la percepción que tienen los Niños y las Niñas de las Relaciones con sus Padres y Madres. Versión para 4 a 6 años. *Revista Interamericana de Psicología*, 36 (1 y 2), 149-165
- Richaud de Minzi, M. C. (2007). La percepción de estilos de relación con su padre y madre en niños y niñas de 8 a 12 años. *Revista Interamericana de Psicología* 23 (1), 63-81.

- Rodríguez, G. M. & Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (3) ,343-354.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. & Scappatura, M. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (1) 48-61.
- Rutter, M. (1990). Pyschosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. N. Masten, D., Cicchetti, K, H., Nuechterlin, S. & Weintraub. *Risk and protective factors in development of psychopathology* (pp.179-304). Cambridge: University Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescence Health*, 14, 626-631.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología, Psicología Anormal: El problema de la Conducta Inadaptada*; Cap. 6: Desadaptaciones orgánicas: Trastornos de la Conducta Alimentaria, el Sueño y Psicofisiológicas, (pp. 182-217). Mexico: Pearson Education.
- Slade, P. (1982), Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21: 167-179.
- Selvini Palazzoli M. (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27 (2) 129-148.
- Selvini Palazzoli, M. (2008). The Rituals of Anorexia Nervosa. Recuperado el 7 de Julio de 2012 de <http://www.ralphmag.org/palazzoli.html>
- Sepúlveda, A., Botella, J. & León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13 (1), 7-16.
- Silva-Gutiérrez, C. y Sánchez-Sosa, J. (2006) Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), pp. 173-183. Sociedad Mexicana de Psicología A.C. México
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41 (3), 246-263.
- Suárez Hernández, N., Grinhauz, A. & Gongora, V. (2009). Comparación del sistema de creencias y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria entre estudiantes de nivel medio y estudiantes universitarios En Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires.
- Torío López, S., Peña Calvo, J. & Inda, C. M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20, 62-70.
- Toro, J., Nicolau, R. Cervera, M., Castro, J., Blecua, M.J. & Zaragoza, M. (1995). A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 4 (3), 165-174.
- Unikel, C. (2003). *Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Vallejo Casarín, A. & López Uriarte, F. (2004). Estilos parentales y bienestar psicológico durante la niñez. Recuperado el 1 de junio de www.cucs.ugg.mx/revistasalud/Revista%20%20Educación%20y%20Desarrollo/RED
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los Trastornos Alimentarios. Nuevas terapias para el control de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Granica
- Varela Casal, P., Maldonado, M. & Ferre, F. (2011) Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (1),12-19

Fecha de recepción: 21 de octubre de 2014

Fecha de aceptación: 30 de octubre de 2014