

# ESTILOS PARENTALES PERCIBIDOS EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

## PERCEIVED PARENTAL REARING STYLES IN EATING DISORDERS

Mercedes Borda Mas<sup>1</sup>, Ruth Asuero Fernández<sup>1</sup>,  
María Luisa Avargues Navarro<sup>1</sup>, Milagrosa Sánchez Martín<sup>2</sup>,  
Carmen del Río Sánchez<sup>1</sup> y Luis Beato Fernández<sup>3</sup>

### Resumen

El objetivo ha sido poner a prueba un modelo estructural para determinar cómo pueden estar afectando los estilos de crianza percibidos al desarrollo personal y emocional, así como a la aparición de conductas directamente relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La muestra estuvo formada por 168 mujeres con criterios diagnósticos para alguno de los tipos de TCA. El modelo estimado se ajustó satisfactoriamente. Los resultados muestran que la calidez emocional percibida del padre desempeña un importante papel frente a la percepción de rechazo de la madre, en el desarrollo personal y emocional, así como en la aparición de conductas relacionadas con los TCA. Además, se comprueba la relevancia de las variables personales y emocionales para el desarrollo de los TCA, en especial de la baja autoestima, más allá de la influencia directa de los estilos de crianza parentales, percibidos como disfuncionales.

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria, estilos parentales percibidos, desarrollo personal, alteraciones emocionales, estudio ex post facto.

### Abstract

The aim of this study was to test a structural model designed to determine how perceived parenting styles may, in women with eating disorders (ED), affect their personal development and the emotional disturbances they experience, and also to explore how these styles may influence the emergence of behaviors directly related to ED. EMBU, BSQ, EAT-40, EDI-2, BDI, STAI, and BITE were administered to 168 women with some type of ED. The estimated model showed a satisfactory fit. The results show that perceived emotional warmth in the father plays an important role in mitigating perceived rejection by the mother. The analysis also highlights the relevance of personal and emotional variables, particularly low self-esteem, in the development of ED, above and beyond the direct influence of parental rearing styles that are perceived as dysfunctional.

**Key words:** Eating disorder, perceived parental rearing, personal development, emotional disturbances, ex post facto study.

Recibido: 26-05-14 | Aceptado: 25-02-16

## INTRODUCCIÓN

La literatura científica destaca la etiología multifactorial de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Turchi y Gago, 2010). Diversas investigaciones han examinado la influencia de factores contextuales (Fernández y Pritchard, 2012), genéticos (Van Kuyck, et al., 2009) y variables psicológicas (Ferreira, Pinto-Gouveia y Duarte, 2013), entre otros. Una de las variables contextuales que ha llamado la aten-

ción se refiere a los factores familiares. La investigación sugiere una relación entre la crianza parental percibida y el desarrollo de ciertas formas de psicopatología (Rodgers y Chabrol, 2009). Sin embargo, aunque se cree que ciertos estilos de crianza pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos específicos, es difícil establecer una relación causal (Castro, 2005).

Perris (1988) propuso un modelo teórico multifactorial en un intento de explicar por qué determinados estilos disfuncionales de crianza de los padres pueden conducir a trastornos psicopatológicos. Los cuatro estilos principales de crianza incluidos en este modelo son: rechazo (hostilidad física y verbal, conductas punitivas y abusivas, degradación

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla, España. <sup>2</sup>Universidad Loyola Andalucía, España. <sup>3</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, España.  
E-Mail: mborda@us.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 12-21  
© 2019 Fundación AIGLÉ.

y menosprecio, burlas, críticas, indiferencia hacia las opiniones, etc.), calidez emocional (muestras de afecto, besos, cumplidos, abrazos, de estimulación por parte de los progenitores, confianza y apoyo sin intrusismo, respeto del punto de vista y las opiniones del niño), sobreprotección (control de las conductas del niño, excesiva preocupación por su seguridad, altas expectativas de logro, imposición de obediencia de normas estrictas y chantaje emocional) y favoritismo (trato más favorable y privilegiado hacia al niño respecto al resto de hermanos). Se argumenta que estos estilos, que interactúan con otras variables culturales, sociales, biológicas y psicológicas, actuarían como factores predisponentes para ciertos trastornos. Estas interacciones se han demostrado en algunas investigaciones posteriores (Gracia, Lila y Musitu, 2005). Otros estudios también han encontrado relaciones entre las diferentes variables propuestas en este modelo teórico, pero con algunas variaciones. Por ejemplo, se ha encontrado que las variables de personalidad tienen un posible efecto mediador en la relación entre el estilo de crianza y la depresión (Enns, Cox y Larsen, 2000), mientras que se ha informado una relación directa entre diferentes patrones de crianza y rasgos de personalidad (Perry, Silvera, Neilands, Rosenvinge y Hanssen, 2007).

En relación con los TCA, diversos autores han enfatizado el papel relevante que juegan los estilos educativos o de crianza parentales en el origen y el pronóstico de estos tipos de trastornos (Borda, Asuero, Avargues y Beato, 2012; Beato y Rodríguez, 2003). Esto resalta la importancia de saber cómo los diferentes contextos, como la familia, pueden influir en la aparición de conductas alimentarias de riesgo, reconociéndose que el efecto de estos contextos estará mediado por una serie de variables personales (psicosociales). En este sentido, se considera que las variables psicológicas actúan directamente sobre la conducta alimentaria de riesgo y también como mediadoras en la relación entre el contexto y dichas conductas desadaptativas (Sánchez-Sosa, 2009).

La relación entre los distintos estilos de crianza de los padres y el riesgo de desarrollar un TCA se ha demostrado en varios estudios. En cuanto al rechazo, Turchi y Gago (2010) describen una asociación entre los TCA y una forma de cuidado materno caracterizada por rechazo y frialdad, mientras que Selvini Palazzoli (1990) señala que el rechazo es una característica de las familias con un TCA. De igual modo, Bruch (1973) señala que la anorexia se caracteriza por una relación temprana y especial entre madre e hija en la que se produce una falta de respuesta de la madre a las necesidades de la hija. Con respecto al apoyo y comprensión, Linares (2002) sugiere que el amor paterno-filial, definido como la valoración, el cariño, la ternura y la socialización, es necesario para el bienestar individual y la viabilidad social del niño. En este sentido, muchas pacientes

con TCA dicen no haberse sentido queridas por su padre y que los padres parecen tener una influencia considerable en la actitud de una chica hacia su imagen corporal y sus hábitos alimentarios. En palabras de Thorn (citado en Espina (2005, p. 45) "si mi padre no me acepta como mujer, mejor no crecer". De manera similar, el estudio de Musitu y Cava (2003) destaca la contribución clave del apoyo paterno al ajuste adolescente, a pesar de la creciente relevancia de las relaciones de pareja y de amistad durante el periodo de desarrollo. Por último, Rodes y Kroger (1992) sugieren que el control materno sin afecto, caracterizado por la sobreprotección, la inhibición de la autonomía, la intrusión y el infantilismo se asociaría en mayor medida, que los comportamientos paternos de este tipo, con los TCA. En este sentido, Andrés et al. (2010) concluyen que existe asociación entre los estilos parentales que implican altos grados de sobreprotección materna y paterna y la gravedad de la patología alimentaria. Asimismo, la calidez emocional materna parece estar asociada con una menor preocupación por el peso.

Como se ha señalado anteriormente, los estilos de crianza parentales podrían estar influyendo en el inicio de los trastornos de forma indirecta, con la relación mediada por variables personales y psicológicas, que a su vez pueden verse directamente afectadas por los estilos de crianza. En el caso de los TCA, existe evidencia empírica sobre el importante papel que las variables personales y emocionales desempeñan como factores de riesgo y vulnerabilidad (Borda, Avargues, López, Torres, y Del Río, 2011). Por ejemplo, diversos estudios han demostrado una relación entre la autoestima, la insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo (Asuero, Avargues, Martín, y Borda, 2012; Berardis et al., 2007; Benedito, Perpiñá, Botella y Baños, 2003; Espina, Ortego, Ochoa, Alemán y Juanizi, 2001; Sánchez-Sosa, 2007). De hecho, Asuero et al. (2012) demuestran que estas variables personales desempeñan un importante papel en el desarrollo de los TCA, más allá de los estilos de crianza percibidos.

Con respecto a la influencia de las alteraciones emocionales en los TCA, Bearman, Presnell, Martinez y Stice (2006) confirman que el afecto negativo es un predictor del incremento en la insatisfacción corporal, mientras que Mc. Cabe y Vincent (2003) y Sinton y Birch (2005) demuestran que el estrés psicológico (ansiedad y depresión) se relaciona con conductas alimentarias de riesgo. Otros investigadores señalan una alta comorbilidad de TCA con depresión (Measelle, Stice y Hogansen, 2006) y ansiedad (Mattar, Thiébaud, Huas, Cebula y Godart, 2012).

En términos del papel mediador que estas variables personales y emocionales pueden tener en la relación entre los estilos de crianza de los padres y las variables directamente relacionadas con los TCA, los principales hallazgos sugieren que: a) la insatisfacción corporal media el efecto de la autoestima

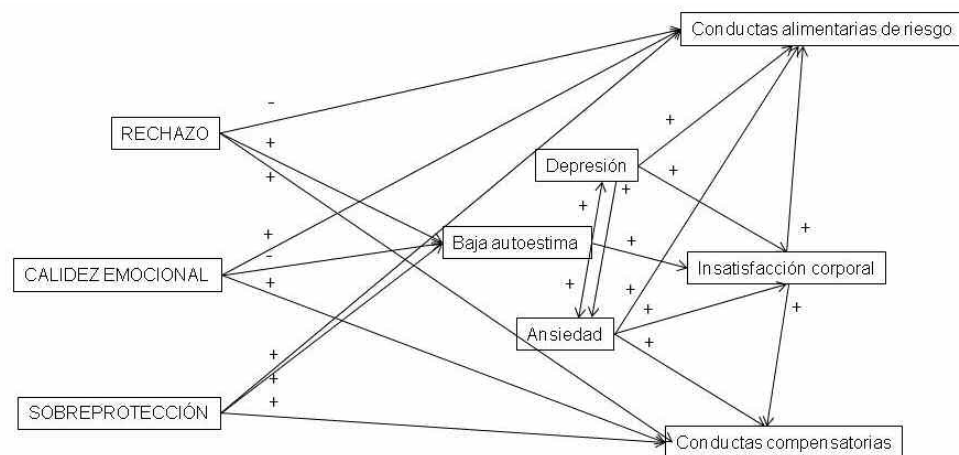
sobre el estado nutricional (Cohn, 2006), b) la alexitimia y el estrés influyen en las conductas alimentarias de riesgo (Hund, 2008), c) el estrés psicológico (ansiedad y depresión) media en el desarrollo de los TCA (Blodgett, Gondoli, Corning, McEnery, y Grundy, 2007; Polivy y Herman, 2002), d) el bajo cuidado maternal, así como la sobreprotección se asocian con conductas alimentarias anómalas, una relación que está mediada por sentimientos de vergüenza (Turner, Rose y Cooper, 2005), e) el alto rechazo materno y la baja calidez emocional se relacionan con el diagnóstico de TCA, una relación que está mediada por el estrés psicológico (ansiedad y depresión) (Rojo, Livianos, Conesa y Cava, 2006) y, f) el funcionamiento familiar parece tener un efecto indirecto sobre la conducta alimentaria de riesgo, una relación que está mediada por la autoestima, la depresión y la insatisfacción corporal (Franco, Mancilla, Vázquez, Álvarez, y López, 2010; Sánchez-Sosa, 2007).

En resumen, investigaciones diversas han explorado diferentes variables personales y emocionales relacionadas con los TCA. Sin embargo, dado el origen multidimensional y bajo un enfoque psicosocial de estos trastornos, la literatura científica también

contempla la influencia de ciertas variables contextuales, como la percepción de determinados estilos de crianza, en el desarrollo de un TCA. Los estilos de crianza podrían, a su vez, tener un efecto sobre las variables psicoafectivas (Ruiz, Vázquez, Arévalo, Mancilla y López, 2010). Por lo tanto, dado que estas variables pueden actuar como factores de riesgo y/o de protección para el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, es interesante estudiar la relación entre los estilos de crianza parentales percibidos y las variables personales y emocionales que se han asociado más fuertemente con los TCA. En consecuencia, el objetivo de este estudio ha sido poner a prueba un modelo estructural, basado en la literatura teórica y empírica sobre este tema.

Específicamente, se pretende determinar cómo los estilos de crianza percibidos (rechazo, calidez emocional y sobreprotección) pueden afectar al desarrollo personal (baja autoestima e insatisfacción corporal) y emocional (ansiedad y depresión), así como a la aparición de conductas directamente relacionadas con los TCA (conductas alimentarias de riesgo y conductas compensatorias) en mujeres con TCA (Fig. 1).

**Figura 1. Modelo teórico propuesto sobre la influencia de los estilos de crianza en el desarrollo personal, alteraciones emocionales y TCA.**



En el modelo inicial, los estilos de crianza parentales afectarían, directa e indirectamente, al desarrollo de los TCA, actuando la baja autoestima, la insatisfacción corporal y las alteraciones emocionales como variables mediadoras. Los estilos de crianza parentales afectarían a los niveles de autoestima, de tal manera que la baja autoestima afectaría a la insatisfacción corporal en dos niveles: 1) un efecto directo y positivo, donde a mayores niveles de baja autoestima, o menor autoestima, mayor insatisfacción corporal y, 2) un efecto indirecto, donde la influencia de la baja autoestima estará mediada por las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión).

## MÉTODO

### Participantes

Los participantes fueron 168 mujeres que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-IV-TR para los TCA, que recibieron psicoterapia individual, grupal y familiar, terapia nutricional y tratamiento psicofarmacológico en una unidad especializada. El estudio incluyó a mujeres con anorexia nerviosa restrictiva (ANr, N = 35; 20,8%; IMC: 15,89), anorexia nerviosa purgativa (ANp, N = 16; 9,5%), bulimia nerviosa no purgativa (BNnp, N = 10; 6%; IMC: 16,21) bulimia nerviosa pur-

gativa (BNP,  $N = 54$ ; 32,2%; IMC: 24,66), y trastornos de la conducta alimentaria no especificado (EDNOS,  $N = 53$ , 31,6%; IMC: 27,10; IMC: 23,62). La edad media de las participantes fue 22,85 años (DT = 6,86, Rango 16-28).

Se recopilaron datos sobre variables sociales, familiares y educativas, así como sobre el estado previo al tratamiento.

### Instrumentos

El Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida / Egnä Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU, Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring y Perris, 1980) se utilizó para evaluar los recuerdos propios de los participantes sobre las conductas de crianza de los padres. Las cuatro dimensiones evaluadas por la EMBU son el rechazo, la calidez emocional, la sobreprotección y el favoritismo. El presente estudio utilizó la adaptación española de la EMBU, que ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas (Arrindell, Denia, Van der Ende y Perris, 1988). Para los fines del presente análisis, se utilizó el rechazo ( $\alpha$  de Cronbach = 0,89 para padres y 0,90 para madres), calidez emocional ( $\alpha$  = 0,89 para padres y madres) y sobreprotección ( $\alpha$  = 0,77 para padres y 0,73 para madres).

El Cuestionario de satisfacción corporal (BSQ, Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) evalúa la satisfacción general con la forma y el peso del propio cuerpo. El presente estudio utilizó la adaptación española del BSQ, que ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas (Raich et al., 1996) y una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha$  de Cronbach = 0,95).

El Test de actitudes alimentarias (EAT-40, Garner y Garfinkel, 1979) evalúa las actitudes, sentimientos y comportamientos, característicos de las personas con TCA. La adaptación española utilizada en el presente estudio ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas (Castro, Toro, Salameo y Guimerá, 1991). Para los modelos estructurales y de medición analizados aquí, las puntuaciones de los participantes en las subescalas Dieta y Preocupación Alimentaria se utilizaron como indicadores del factor "restricción alimentaria".

El Inventario de trastornos de la alimentación (EDI-2, Garner, Olmsted y Polivy, 1983) cuenta con tres subescalas (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal) diseñadas para evaluar los factores de riesgo clave para los TCA. La adaptación española utilizada en el presente estudio ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998). Se utilizó las puntuaciones en la subescala de Ineficacia (rango: 0-30) como un indicador del factor de baja autoestima en los modelos estructurales y de medición analizados aquí.

El Inventario de depresión de Beck (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) mide los niveles de depresión. La adaptación española del BDI utilizada ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas (Vázquez y Sanz, 1997) y consistencia interna satisfactoria ( $\alpha$  de Cronbach = 0,90).

El Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) incluye medidas separadas de ansiedad estado y ansiedad rasgo. La adaptación española utilizada aquí ha demostrado ser adecuada a nivel psicométrico (Seisdedos, 1982) y la consistencia interna fue satisfactoria (0,84 a 0,87).

El Test de bulimia (BITE, Henderson y Freeman, 1987) evalúa la presencia y la gravedad de la sintomatología bulímica, así como los aspectos cognitivos y emocionales y los síntomas asociados con los atracones. El presente estudio utilizó la puntuación total con una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha$  de Cronbach = 0,96 para la subescala de Síntomas y 0,62 para la subescala de Severidad).

### Procedimiento

Todos los instrumentos fueron administrados y calificados de acuerdo con las pautas establecidas por sus respectivos autores. Antes de la participación, todas las participantes firmaron un Protocolo para el Consentimiento Informado, en línea con las recomendaciones de Del Río (2005).

### Análisis de los datos

Antes de crear un modelo estimado, se realizó un análisis de correlación para las variables de estudio. El objetivo fue eliminar cualquier variable independiente cuya correlación fuera superior a 0,7 en términos absolutos, evitando problemas de multicolinealidad y mejorando la relación entre el número de variables y el tamaño de la muestra. Además, algunas variables se eliminaron del análisis debido a su baja correlación con las variables dependientes ( $r < 0,2$ ).

La estadística descriptiva se calculó mediante SPSS 19.0, y se utilizó LISREL 8.71 para estimar los modelos de ecuaciones estructurales propuestos. Específicamente, se utilizó el método de máxima verosimilitud para examinar el ajuste de los modelos a sus respectivas matrices de varianza/covarianza observadas. Aunque este método requiere una distribución normal multivariante, también es bastante robusto cuando no se cumple esta condición (Schemelleh-Engel, Moosbrugger y Müller, 2003).

El "path" análisis se realizó siguiendo la siguiente estrategia (Jöreskog y Sörbom, 1993). Se propuso un modelo inicial basado en las diferentes contribuciones teóricas hechas por los inves-

tigadores sobre el tema. Este modelo fue modificado sucesivamente en base a los índices de modificación que aportaba el programa estadístico, así como a la importancia de los coeficientes estimados. Finalmente, cualquier efecto directo que no fuera significativo, fue eliminado.

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo preliminar

Las puntuaciones medias, las desviaciones estándar y las correlaciones entre las variables se muestran en la Tabla 1.

**TABLA 1. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre variables (N = 168)**

	M	DT	RP	RM	CP	CM	SP	SM	BA	D	A	CAR	CC
RP	39,25	12,71											
RM	39,87	12,59	0,74**										
CP	42,56	13,60	-0,65**	-0,56**									
CM	47,90	12,36	-0,49**	-0,68**	0,79**								
SP	33,39	8,07	0,44**	0,38**	-0,10	-0,18*							
SM	36,58	8,68	0,48**	0,60**	-0,26**	-0,30**	0,60**						
BA	11,73	8,02	0,20*	0,23**	-0,34**	-0,30**	0,05	0,17*					
D	22,15	8,97	0,01	0,06	-0,15	-0,14	0,03	0,02	0,57**				
A	37,11	11,55	0,08	0,10	-0,23**	-0,15	0,05	0,10	0,67**	0,70**			
CAR	45,76	21,94	0,02	0,15*	-0,02	-0,03	0,13	0,10	0,40**	0,45**	0,44**		
IC	124,41	40,57	0,05	0,03	-0,12	-0,06	0,07	0,08	0,47**	0,47**	0,50**	0,52**	
CC	23,54	13,08	0,19*	0,09	-0,24**	-0,16*	0,01	0,03	0,35**	0,37**	0,46**	0,18*	0,55**

Nota. RP: Rechazo Paterno; MR: Rechazo Materno; AP: Calidez Paterna; CM: Calidez Materna; SP: Sobreprotección Paterna; SM: Sobreprotección Materna; BA: Baja Autoestima; D: Depresión; A: Ansiedad; CAR: Conductas Alimentarias de Riesgo; IC: Insatisfacción Corporal; CP: Conductas compensatorias.

\*\*p < 0,01 \*p < 0,05

### Modelo de mediación

El modelo inicial se construyó utilizando las puntuaciones totales en las escalas correspondientes. La Figura 2 muestra dicho modelo, así como sus parámetros y significación. Los términos

de error también se estimaron, aunque estos no se muestran en la figura. La Tabla 2 muestra los índices de bondad de ajuste obtenidos para el modelo estructural, así como el valor recomendado para cada índice.

**Figura 2. Modelo estructural sobre la influencia de los estilos de crianza de los padres en el desarrollo personal, las alteraciones emocionales y TCA.**

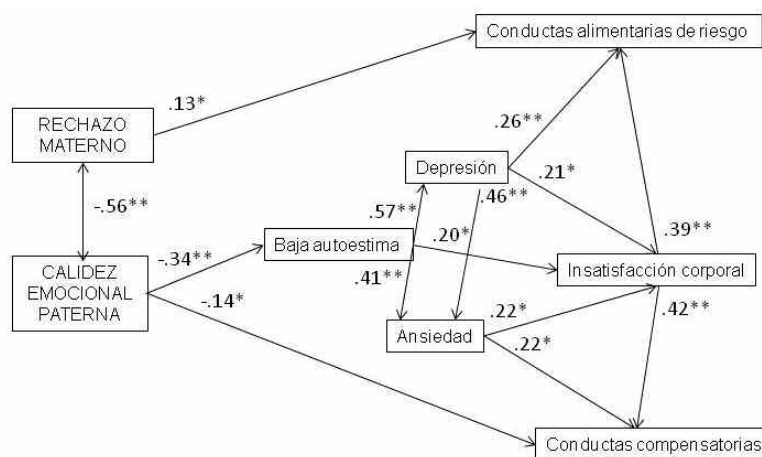




TABLA 2. Índices de ajuste para el modelo estructural

Medidas de Bondad de Ajuste	Medidas absolutas de ajuste			Medidas de ajuste incremental			
	FMA Chi-Cuadrado	Chi-Cuadrado	RCRM	IAN	SIAN	ICA	IAI
Valores obtenidos	22,94 (p = 0,06; g.l. = 14)	22,26 (p = 0,07; g.l. = 14)	0,06 (p = 0,99; g.l. = 14)	0,97	0,97	0,99	0,99
Valores recomendados			< 0,08	> 0,95	> 0,95	Aprox 1	Aprox 1

Nota. FMA: Función Mínima de Ajuste; RCRM: Raíz Cuadrada Residual Media; IAN: Índice de Ajuste Normal; SIAN: Sin Índice de Ajuste Normativo; ICA: Índice Comparativo de Ajuste; IAI: Índice de Ajuste Incremental.

Con excepción de la baja autoestima (11%), la proporción de varianza explicada por cada una de las variables dependientes es mayor al 25% (32% de depresión, 60% de ansiedad, 35% conductas alimentarias de riesgo, 30% de insatisfacción corporal y 37% de conductas compensatorias). A nivel individual, el tamaño del efecto puede considerarse aceptable.

Dados los resultados del análisis exploratorio de correlaciones, y para evitar problemas de colinealidad, se estimó el modelo solo con rechazo materno y apoyo paterno (calidez emocional), siendo estos los estilos de crianza que mostraron las mayores correlaciones con las variables dependientes.

Con base en los resultados obtenidos, se puede afirmar que la mayoría de las relaciones propuestas en el modelo inicial se confirmaron en el modelo final (ver Fig. 2). Cuatro relaciones directas no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ;  $-2 \geq t \geq 2$ ). En consecuencia, se eliminaron del modelo el efecto directo del rechazo materno sobre la baja autoestima y las conductas compensatorias, el efecto de la calidez emocional paterna sobre las conductas alimentarias de riesgo y el efecto de la ansiedad sobre las conductas alimentarias de riesgo.

Según la hipótesis del modelo inicial, un estilo de crianza basado en el rechazo, específicamente el rechazo materno, se relaciona directa y positivamente con conductas alimentarias de riesgo. En otras palabras, cuanto mayor es el rechazo materno percibido, mayor es la probabilidad de que la hija desarrolle conductas alimentarias de riesgo. Por el contrario, la calidez emocional y apoyo percibidos por parte del padre, se asociaron directa y negativamente con la baja autoestima y las conductas compensatorias, es decir, cuanto mayor es el apoyo y la calidez emocional que se percibe del padre, mayor es la autoestima y menor la presencia de conductas compensatorias. La calidez emocional paterna también ejerce un efecto indirecto sobre las conductas alimentarias de riesgo y las conductas compensatorias (ver Fig. 2).

En cuanto a la significación estadística de los

efectos directos, todos mostraron altos niveles de significación ( $p < 0,01$ ), a excepción del efecto directo del rechazo materno en las conductas alimentarias de riesgo, que fue significativo pero con un criterio ligeramente menos restrictivo ( $p < 0,05$ ;  $-1,96 \geq t \geq 1,96$ ). Al considerar tanto la significación como los tamaños del efecto en relación con la influencia de las variables independientes (rechazo materno y calidez emocional paterna) sobre las variables dependientes, los resultados destacan el efecto directo de la calidez emocional paterna sobre la baja autoestima ( $t = 4,57$ ). En términos de los efectos directos entre las variables dependientes, nótese especialmente el efecto de la baja autoestima tanto en la depresión como en la ansiedad ( $t = 8,85$ ,  $t = 6,81$ , respectivamente), el efecto de la depresión sobre la ansiedad ( $t = 7,69$ ) y el efecto de la insatisfacción corporal tanto en las conductas compensatorias como en las conductas alimentarias de riesgo ( $t = 5,91$ ,  $t = 5,53$ , respectivamente) (ver Fig. 2).

El análisis también mostró que todos los valores de efectos indirectos estandarizados fueron altamente significativos. Al considerar los tamaños del efecto (ver Tabla 3) con respecto a los efectos indirectos de las variables independientes sobre las variables dependientes, los resultados resaltan el efecto de la calidez emocional paterna tanto en la ansiedad como en la depresión ( $t = -4,26$ ,  $t = -4,06$ , respectivamente) y sobre la insatisfacción corporal ( $t = -3,79$ ), con estos efectos mediados por una baja autoestima. En términos de los efectos indirectos entre las variables dependientes, se observan aquí los efectos de la baja autoestima en la insatisfacción corporal a través de la depresión y la ansiedad ( $t = 4,07$ ), y de la baja autoestima en las conductas alimentarias de riesgo y las conductas compensatorias ( $t = 6,28$ ,  $t = 6,14$ , respectivamente). La depresión también tiene un efecto indirecto en las conductas compensatorias ( $t = 4,76$ ). El tamaño del efecto para el efecto indirecto de la ansiedad sobre las conductas alimentarias de riesgo y las conductas compensatorias fue bajo ( $t = 2,03$ ,  $t = 2,05$ , respectivamente).

**TABLA 3. Matriz de efectos indirectos estandarizados de las variables independientes sobre las variables dependientes y las variables dependientes sobre las dependientes**

	Variables Independientes sobre las Variables Dependientes		Variables Dependientes sobre las Dependientes		
		Calidez Paterna		Autoestima	Depresión
Insatisfacción corporal	-0,16**	Insatisfacción corporal	0,27**	0,10*	-.
Depresión	-0,19**	Depresión	-.	-.	-.
Ansiedad	-0,23**	Ansiedad	0,26**	-.	-.
Conductas alimentarias de riesgo	-0,11**	Conductas alimentarias de riesgo	0,33**	0,12**	0,09*
Conductas compensatorias	-0,12**	Conductas compensatorias	0,34**	0,23**	0,09*

\*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$

Según el modelo final y la descripción de los efectos directos e indirectos presentados en la Figura 2 y la Tabla 3, la percepción de la calidez emocional paterna desempeña un papel importante como mitigador del rechazo materno percibido, limitando en cierta medida la capacidad del último estilo disfuncional para fomentar hábitos alimentarios inadecuados. Específicamente, la calidez emocional paterna tiene un efecto indirecto sobre los hábitos alimentarios, estando mediada por la autoestima y la depresión (-0,05). Curiosamente, el análisis muestra que la calidez emocional paterna tiene efectos tanto directos como indirectos sobre las conductas compensatorias, siendo el tamaño del efecto mayor cuando el efecto es directo (-14 versus -0,12 para los efectos indirectos). Además, cuando el efecto es indirecto, el tamaño del efecto es mayor (-0,03) cuando la baja autoestima y la ansiedad actúan como mediadoras.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue probar un modelo estructural basado en contribuciones teóricas y empíricas al tema de los TCA. Específicamente, determinar cómo los estilos percibidos de crianza de los padres (rechazo, calidez emocional y sobreprotección) pueden afectar el desarrollo personal (baja autoestima e insatisfacción corporal) y las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión) en las mujeres con TCA. Asimismo, para explorar cómo los estilos de crianza pueden influir en la aparición en estas mujeres de comportamientos directamente relacionados con los TCA (conductas alimentarias de riesgo y conductas compensatorias). Los resultados obtenidos son consistentes con la literatura científica (Andrés et al., 2010).

En general, se puede decir que la percepción de la calidez emocional del padre desempeña un papel importante frente al rechazo percibido por parte de la madre, lo que limita en parte la capacidad de este último estilo de crianza para potenciar hábitos alimentarios inadecuados (obsérvese, sin embargo,

que el efecto fue sólo significativo bajo criterios estadísticos ligeramente menos restrictivos). En otras palabras, cuanto mayor es el rechazo o desaprobación materna percibida, mayor es la probabilidad de que se desarrolle hábitos alimentarios inadecuados. Este resultado está en línea con investigaciones previas que han asociado el desarrollo de TCA con rechazo o desaprobación y frialdad emocional por parte de la madre (Andrés et al., 2010), así como con la falta de atención materna o respuesta a las necesidades y demandas del niño (Bruch, 1993; Turchi y Gago, 2010). También en línea con los hallazgos actuales, Linares (2002) señala que muchas pacientes con TCA informan que no se han sentido queridas por su padre. De manera similar, varios estudios destacan la importancia de la calidez emocional paterna percibida en relación con la actitud de la chica hacia su imagen corporal y sus hábitos alimentarios, así como con respecto al buen ajuste emocional en la adolescencia (Espina, 2005; Musitu y Cava, 2003).

Sin embargo, es importante señalar que en el modelo final, la influencia de la calidez emocional paterna percibida sobre el desarrollo de TCA tuvo que ver, en gran medida, con variables personales y emocionales. En el caso de hábitos alimentarios inadecuados, la calidez emocional paterna tuvo un efecto indirecto que estuvo mediado por baja autoestima y depresión. Asimismo, con respecto a las conductas compensatorias, el apoyo paterno (calidez emocional) tuvo tanto un efecto directo como un efecto indirecto más fuerte, que fue mediado por la baja autoestima y la ansiedad. De acuerdo con nuestras propuestas teóricas, esto sugiere que los estilos percibidos de crianza parental pueden estar afectando el desarrollo de TCA no sólo directa sino también indirectamente, junto con la mediación de otras variables personales y emocionales. Existe, por supuesto, evidencia empírica sobre el importante papel que desempeñan las variables personales y emocionales como factores de riesgo y de vulnerabilidad en el desarrollo de estos trastornos (Borda et al., 2011). Como se propuso en nuestro modelo inicial, estudios previos han resaltado la re-

lación entre la baja autoestima, la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo (Asuero, 2017; Asuero et al., 2012; Benedito et al., 2003; De Berardis et al., 2007; Sánchez -Sosa, 2007). En cuanto a las variables emocionales, la literatura afirma el efecto mediador del estrés psicológico (ansiedad y depresión) en el desarrollo de TCA (Blodgett et al., 2007; Polivy y Herman, 2002). Del mismo modo, Rojo et al. (2006) señalan que el alto rechazo materno y la baja calidez emocional están relacionados con el diagnóstico de TCA, aunque esta relación está mediada por el estrés psicológico (ansiedad y depresión).

Con respecto a la influencia de los estilos percibidos de crianza parental sobre el desarrollo personal y las alteraciones emocionales, el modelo final sugiere que estas variables solo se ven afectadas por la calidez emocional paterna, y que este efecto es solo directo en el caso de baja autoestima (para la cual, de la varianza explicada, 11%, fue baja con respecto a la de las otras variables). Esta variable (baja autoestima) parece mediar el efecto de la calidez emocional paterna sobre la insatisfacción corporal, la ansiedad y la depresión. Estos resultados están en línea con los hallazgos de otros estudios que han indicado que el desarrollo psicológico y emocional y los TCA están influenciados no solo por los estilos de crianza de los padres sino también por otras variables contextuales, como las relacionadas con la comunidad y el entorno escolar (Sánchez-Sosa, 2009).

En conclusión, se puede afirmar que los estilos de crianza percibidos tienen un cierto grado de influencia en el desarrollo personal, las alteraciones emocionales y los TCA. Como en estudios previos, los resultados indican que la baja autoestima es la principal variable mediadora, y también se destaca la importancia de las alteraciones emocionales en el desarrollo de TCA. Estos hallazgos son consistentes con los resultados obtenidos por Asuero et al. (2012), y confirman que las variables personales y emocionales desempeñan un papel importante en el desarrollo de estos trastornos, más allá de la influencia directa de ciertos estilos de crianza de los padres percibidos como disfuncionales.

Finalmente, el presente estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, la edad promedio de los participantes puede que haya influido en la no contrastación de alguna de las relaciones hipotéticas en el modelo inicial. Dada la edad media (alrededor de los 22 años), otras variables sociales no incluidas en este estudio, como la relación con compañeros o parejas, podrían estar teniendo un efecto, especialmente en los niveles de autoestima. La posible influencia de otras personas, además del efecto del estilo de crianza, puede explicar, en parte, por qué la sobreprotección no demostró tener un rol relevante. Una limitación adicional se refiere al tamaño de la muestra. Un mayor número de partici-

pantes nos habría permitido aumentar el número de variables en el modelo inicial, e incluir aquellas, como los rasgos de personalidad o el IMC deseado, que la investigación previa ha demostrado ser relevante en el desarrollo de TCA. Además, la inclusión de un grupo de control nos habría permitido comparar los resultados con los obtenidos en participantes sin TCA. Una última limitación se refiere al uso de un diseño que implica un único punto de evaluación, en este caso, antes del tratamiento actual. El hecho de que no se tomaron medidas posteriores significa que aunque el estudio analiza la influencia de los estilos parentales percibidos en el desarrollo personal (baja autoestima e insatisfacción corporal), alteraciones emocionales (ansiedad y depresión) y la aparición de comportamientos directamente relacionados con los TCA (conductas alimentarias de riesgo y conductas compensatorias), no proporciona información con respecto a la posible relación entre los estilos de crianza y el pronóstico después del tratamiento cognitivo-conductual (Borda et al., 2012), cuestión que se analiza en un estudio posterior de estos autores (Asuero, 2017; Avargues et al., 2017).

En resumen, los resultados obtenidos corroboran la literatura existente sobre este tema, aunque las limitaciones mencionadas anteriormente deben abordarse para avanzar en el conocimiento en este campo. Específicamente, se requiere más investigación sobre la influencia que los estilos de crianza percibidos pueden tener tanto en el inicio como en los resultados de los TCA, en comparación con el efecto de otros tipos de variables considerados por los modelos multivariados existentes. En cuanto al papel aparente de la calidez emocional, sería interesante ampliar el presente estudio al incluir otras variables que se han descrito más recientemente en la literatura, por ejemplo, la emoción expresada por los padres y el estrés que está asociado con ella (Medina-Pradas, Blas, López, Grau y Obiols, 2011).

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. [DSM-IV]). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revised [DSM-IV-TR]). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andrés, P., Graell, M., Sepúlveda, A. R., Villaseñor, A., Faya, M., Martínez, C. y Morandé, G. (2010). Estilos de crianza medidos con el EMBU-A en adolescentes con trastornos de la alimentación que inician tratamiento. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2, 191.
- Arrindell, W., Perris, H., Denia, M., Van der Ende, J., Perris, C., Kokkevi, A., Anasagasti, J. I., & Eiseman, M. (1988). The constancy of structure of perceived parental rearing style in Greek and Spanish subjects as compared with the Dutch. *International Journal of Psychology*, 23, 3-23.
- Asuero, R. (2017). *Influencia de los factores de riesgo psicológicos*



- y de los estilos de crianza percibidos en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.
- Asuero, R., Avargues, M. L., Borda, M., Párraga, C. y Martín, B. (2012). Validación de dos modelos estructurales sobre el papel mediador de los estilos de crianza en los TCA y las alteraciones emocionales. En R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (Comp.) (2012). Avances en psicología clínica, 394-398. Santander: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Avargues, M. L., Borda, M., Asuero, R., Pérez San Gregorio, M. A., Martín, A., Beato, L., Bardone Cone, A., & Sánchez, M. (2017). Purging behaviors and therapeutic prognosis of women with eating disorders treated in a healthcare context. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 120-127.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 217-229.
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2003) *Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes*. Anales de Pediatría Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, 58, 268-72.
- Borda, M., Avargues, M. L., López, A. M., Torre, I., & Del Río, C. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227.
- Borda, M., Asuero, R., Avargues, M. L. y Beato, L. (2012). *El papel de la percepción de los estilos de crianza como factor de riesgo relacionado con el desarrollo y el pronóstico en los TCA*. Paper presentado en el V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Psicología Clínica. Abril, 2012. Santander, España.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). ¿Cómo influye la familia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria? Un estudio en la Comunidad. *Revista Mosaico*, 27, 34-37.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Monk, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blodgett, E. H., Gondoli, D. M., Corning, A. F., Bucchianeri, M. M., & Godinez, M. M. (2009). Longitudinal examination of maternal psychological control and adolescents' self-competence as predictors of bulimic symptoms among boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 422-428.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Castro, J. (2005). *Disciplina y estilo educativo familiar*. En L. Ezpeleta (Ed.), Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo, 319-336. Barcelona: Masson.
- Castro, J., Toro, J. Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Cohn, M. (2006). *A proposed model of dieting and nondieting in college women*. Doctoral thesis. Colorado State University. Fort Collins, Colorado. United States of America.
- Cooper, F. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). *Adaptación española del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. In D.M. Garner (Ed.), EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual (pp. 69-80). Madrid: TEA.
- De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P., Ceci, A., et al., (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, 8, 296-304.
- Del Río, C. (2005). *Guía ética profesional en Psicología Clínica*. Madrid: Pirámide.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Larse, D. K. (2000). Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: Mediation by personality dimensions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 263-268.
- Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35-48.
- Fernández, S., & Pritchard, M. (2012). Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 13, 321-325.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 207-219.
- Franco, K., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Álvarez, G. y López, X. (2010). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10, 829-840.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia". *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28, 73-81.
- Henderson, M., & Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Hund, A. (2008). *Structural model of association between child abuse and disordered eating: extension of the coping with trauma model*. Tesis doctoral. University of Illinois. USA.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL VII structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Scientific Software.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Mattar, L., Thiébaud, M. R., Huas, C., Cebula, Ch., & Godart, N. (2012). Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200, 513-517.
- Measelle, J. R., Stice, E., & Hogansen, J. M. (2006). Developmental trajectories of co-occurring depressive, antisocial, eating, and substance use problems in adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 524-538.
- McCabe, M. P., & Vincent, M. A. (2003). The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review*. 11, 315-328.
- Medina-Pradas, C., Blas, J., López, S., Grau, A., & Obiols, J. (2011). Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology. *Appetite*, 57, 743-748.
- Montero, L., & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12, 179-192.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scan-*

- dinavica*, 61, 265–274.
- Perry, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 93–109.
- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H., & Hanssen, T. (2007). A study of the relationship parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9, 13–24.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51–66.
- Rhodes, B., & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249–263.
- Rodgers, R., & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorder Review*, 17, 137–151.
- Royo, L., Livianos, L., Conesa, L., & Cava, G. (2006). Dysfunctional rearing in community and clinic based populations with eating problems: Prevalence and mediating role of psychiatry morbidity. *European Eating Disorders Review*, 14, 32–42.
- Ruíz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J.M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9, 447–455.
- Sánchez-Sosa, J. C. (2007). *Insatisfacción de imagen corporal e índice de masa corporal en relación con conducta alimentaria de riesgo*. Master's thesis. Faculty of Psychology, Universidad Autónoma de Nuevo León, Mexico.
- Sánchez-Sosa, J. C. (2009). *Un modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizado*. Doctoral thesis, Monterrey, Nuevo León, Mexico.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 135–141.
- Schemelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research -Online*, 8, 23–74.
- Seisdedos, N. (1982). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo*. Madrid. TEA.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona. Paidós.
- Sinton, M. M., & Birch, L. L. (2005). Weight status and psychosocial factors predict the emergence of dieting in preadolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 346–354.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press (Spanish adaptation published by Editorial TEA).
- Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment*, 12, 123–131.
- Turchi, F. y Gago, M. (2010). *Estudio observacional sobre el vínculo parental y la emoción expresada en familias con hijos con patologías alimentarias*. Recuperado de: [http://www.etfsantpau.com/mediapool/67/674939/data/ESTUDIO\\_OBSERVACIONAL\\_SOBRE\\_EL\\_VINCULO\\_PARENTAL\\_Y\\_LA\\_EMOCION\\_EXPRESADA\\_EN\\_FAMILIA.pdf](http://www.etfsantpau.com/mediapool/67/674939/data/ESTUDIO_OBSERVACIONAL_SOBRE_EL_VINCULO_PARENTAL_Y_LA_EMOCION_EXPRESADA_EN_FAMILIA.pdf).
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: the mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 113–118.
- Van Kuyck, K., Gérard, N., Van Laere, K., Casteels, C., Pieters, G., Gábriels, L., & Nutin, B. (2009). Towards a neurocircuitry in anorexia nervosa: Evidence from functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1133–1145.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión Española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59–81.