

Cristina Herraiz-Serrano¹
Teresa Rodríguez-Cano²
Luis Beato-Fernández²
José Miguel Latorre-Postigo³
Luis Rojo-Moreno⁴
Francisco J. Vaz-Leal⁵

Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria

¹Centro de Salud Ciudad Real 3. Ciudad Real

²Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real

³Departamento de Psicología. Universidad de Castilla La Mancha. Albacete

⁴Facultad de Medicina. Universidad de Valencia

⁵Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura

Introducción. El objetivo de nuestro trabajo es identificar cómo los recuerdos de la crianza podrían influir en la expresión clínica de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Metodología. Administramos una batería de cuestionarios de psicopatología general (BDI, STAI, RSE) y alimentaria (EAT, EDI-2, BITE, BSO) a 196 pacientes diagnosticados de TCA y a 127 sujetos sanos reclutados de la Escuela de Enfermería. Todos completaron también un cuestionario sobre 'Los recuerdos de mi crianza' (EMBU) y una encuesta de variables familiares.

Resultados. En relación al grupo control, los pacientes con un TCA percibían mayor rechazo, sobreprotección y menor afecto que los controles. En el grupo de pacientes, el favoritismo paterno, la sobreprotección materna e inversamente el afecto paterno se relacionaba con la ansiedad estado y rasgo. El afecto paterno, junto al rechazo, la sobreprotección y el favoritismo maternos, también se relacionaba inversamente con la autoestima. Respecto a la psicopatología alimentaria, el rechazo corporal se relacionaba inversamente con afecto paterno y favoritismo materno. La ineficacia, perfeccionismo y ascetismo del EDI con el rechazo global y el rechazo materno con la tendencia a la delgadez, conciencia interoceptiva e impulsividad. El afecto global con perfeccionismo. La subescala bulimia y las puntuaciones del BITE se relacionaban inversamente con sobreprotección paterna y afecto paterno y directamente con favoritismo paterno y rechazo global.

Conclusiones. La percepción de la crianza difiere en los subtipos de TCA. Pacientes con bulimia o TCA no especificado recordaban mayor rechazo, menor afecto y mayor sobreprotección que pacientes con anorexia y controles.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Crianza, Relaciones familiares, EMBU, Anorexia nerviosa, Bulimia

Correspondencia:
Dr. Luis Beato Fernández.
Unidad de Trastornos Alimentarios
Hospital General Universitario de Ciudad Real
13005 - Ciudad Real
Correo electrónico: luis.beato@uclm.es

Actas Esp Psiquiatr 2015;43(3):91-8

Parental rearing and eating psychopathology

Introduction. The aim of this study was to identify the relationship between perceived rearing styles and the clinical expression of Eating Disorders (ED).

Methods. One hundred and ninety-six patients diagnosed of an ED and 127 healthy student as controls selected from the Nursing College were evaluated for general psychopathology (STAI, BDI II, RSE), and for abnormal eating attitudes (EAT, EDI-II, BITE). The EMBU ('my memories of upbringing') was administered for the assessment of perceived parental rearing styles and we used a questionnaire to assess familial variables.

Results. In relation to the control group, patients with ED perceived greater rejection, overprotection and less warmth than the controls. Patients who perceived greater paternal favoritism, maternal overprotection and low paternal emotional warmth, showed higher levels of anxiety. Paternal affection and maternal attitudes of rejection, overprotection and favoritism were related with lower self-esteem. Regarding abnormal eating attitudes, body dissatisfaction inversely correlated with paternal emotional care and maternal favoritism. The EDI subscales: ineffectiveness, perfectionism and ascetism were associated with parental rejection. Maternal rejection also related with drive for thinness, interoceptive awareness and impulse regulation. Perceived emotional warmth was related with perfectionism. Bulimia subscale and BITE scores were inversely associated with paternal overprotection and affection, and scored significantly higher in paternal favoritism and rejection from both parents.

Conclusions. Perceived parental bonding is different in the various subtypes of EDs. Patients diagnosed of Bulimia Nervosa or Eating Disorders Not Otherwise Specified perceived greater rejection, less affection and a greater overprotection than Anorexia Nervosa patients and controls.

Keywords: Eating disorders, Rearing, Family relationships, EMBU, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa

INTRODUCCIÓN

Algunas investigaciones han mostrado cierta asociación de los estilos de crianza con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)¹, pero son pocos los estudios que han explorado de forma exhaustiva esta relación. Entendemos por "estilo de crianza" el tipo de relación educativa que mantienen los padres con los hijos. Podemos distinguir dos dimensiones en la crianza: el afecto y el control², y combinándolas se obtienen cuatro estilos educativos: *autoritario, democrático, indulgente e indiferente*. Para evaluar los estilos de crianza se han elaborado diversos instrumentos como el "PBI" (*Parental Bonding Instrument*)³ o el "EMBU" (*Egna Minnen Beträffande Uppfostram – Los recuerdos de mi crianza*)⁴. Ambos se basan en los recuerdos de los hijos sobre los estilos educativos de sus padres. Cava, en un estudio realizado en población general¹, encontró que las adolescentes con un TCA recordaban una crianza con menor 'calor emocional' más 'sobreprotección' y más 'rechazo' por parte de la madre, así como más 'rechazo' paterno que las adolescentes del grupo control, siendo esta última la dimensión que presentaba mayor riesgo relativo. Sin embargo, otros autores no han hallado diferencias entre los estilos de crianza de pacientes con un TCA en comparación con controles sanos⁵. En definitiva, se han realizado pocos estudios sistemáticos con grupos control, y sus resultados muestran discrepancias que hacen difícil llegar a conclusiones válidas. Parte de estas divergencias se deben a aspectos metodológicos, como los diferentes instrumentos de medida utilizados, la utilización de muestras clínicas (la mayoría) o desigualdad en variables socio-culturales. Por otra parte, hay muy pocos estudios que comparen el estilo de crianza con la diferente expresión psicopatológica en los diferentes subtipos diagnósticos⁶.

El objetivo principal de nuestro trabajo es identificar si existe relación entre la percepción de la crianza y las características clínicas del TCA, evaluada mediante cuestionarios estandarizados, en una población de pacientes atendidos en consulta ambulatoria especializada. Como objetivos secundarios nos planteamos: 1) Valorar si existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la percepción de la crianza entre la población control y los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria, así como entre los diferentes subtipos diagnósticos de TCA y 2) Estudiar si existe una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de la crianza y aspectos psicopatológicos generales como ansiedad y baja autoestima. Nuestra hipótesis inicial es que los recuerdos sobre la crianza podrían estar asociados con el subtipo diagnóstico de TCA y estos estilos se relacionan con una diferente expresión psicopatológica.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio casos control, en el que participaron 196 pacientes que acudieron consecutivamente a

consultas externas de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital General Universitario de Ciudad Real entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2008, y que reunían criterios diagnósticos de algún TCA según el DSM-IV (APA 1994)⁷. Se realizó un muestreo sucesivo y se incluyeron en el estudio aquellas que estaban recibiendo tratamiento en nuestra unidad y que aceptaron participar de forma voluntaria. Las pacientes fueron entrevistadas por un psiquiatra experimentado y se aplicó una entrevista semi-estructurada para conocer otros datos clínicos como el consumo de tóxicos, conductas autolesivas o ideas de suicidio. Todas las pacientes fueron sometidas a examen físico rutinario (analítica, exploración física, índice de masa corporal (IMC=peso/talla m²) y determinación de constantes vitales básicas. Fueron informadas sobre las características del estudio y se les aseguró la confidencialidad de los datos. Las actuaciones formaban parte de la exploración rutinaria en consulta y su aplicación no modificaba las intervenciones habituales que se desarrollaban sobre los pacientes. Se elaboró una hoja de registro que incluía los datos socio-demográficos y los test descritos más adelante. La muestra control estaba constituida por 129 alumnas de la Escuela Universitaria de Enfermería de Ciudad Real que aceptaron participar en el estudio y colaborar en la realización de los cuestionarios. Los test fueron administrados en horario lectivo y se aseguró el anonimato de todas las participantes. Dos de estas alumnas presentaron puntuaciones de riesgo en los cuestionarios y, aunque esto pudiera suponer un sesgo, fueron excluidas en el análisis estadístico final quedando la muestra control en 127 sujetos. No se llevó a cabo una entrevista clínica posterior con el grupo control.

Instrumentos de medida

Utilizamos un cuestionario semi-estructurado de variables socio-demográficas y clínicas diseñado específicamente para este trabajo. Los test de psicopatología general utilizados fueron el "STAI" (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - *State-Trait Anxiety Inventory*)⁸, el "BDI" (Inventario de Depresión de Beck - *Beck Depression Inventory*)⁹ que evalúa los síntomas presentes en la depresión y el "RSE" (Cuestionario de Autoestima de Rosenberg - *Rosenberg Self-Esteem*)¹⁰ que explora la autoestima. Las escalas de psicopatología alimentaria aplicadas fueron el "EAT-40" (Test de Actitudes Alimentarias de 40 ítems - *Eating Attitudes Test*) validado en población española por Castro y cols¹¹, el "EDI-2" (Inventario de Trastornos Alimentarios - *Eating Disorders Inventory*)¹², el "BITE" (Test de Bulimia de Edimburgo - *Bulimic Investigatory Test Edinburgh*) para identificar los síntomas bulímicos¹³ y el "BSQ" (Cuestionario de la Silueta Corporal - *Body Shape Questionnaire*) en su versión adaptada a la población española¹⁴. Los estilos de Crianza se identificaron con el "EMBU"³. Este cuestionario consta de 81 ítems agrupados en 15 Subescalas de las que se obtienen 4 dimensiones. La dimensión "Rechazo" incluye elementos de hostilidad, agresividad e in-

diferencia; la dimensión "Calor Emocional" se relaciona con signos de amor parental y aceptación; la "Sobreprotección" valora los intentos de los padres de controlar el comportamiento de sus hijos y el "Favoritismo", la actitud de predilección respecto a los hermanos.

Las variables dependientes fueron la ansiedad determinada con el "STAI", la autoestima determinada con el "RSE, y la psicopatología alimentaria medida con el "EAT", el "EDI-2", el "BITE" y el "BSQ". Como variables independientes incluimos las subescalas del "EMBU". Utilizamos un análisis de la varianza para valorar las diferencias entre las distintas subescalas del "EMBU" y los subtipos diagnósticos. Así mismo, aplicamos un análisis de regresión múltiple para identificar la posible relación entre las subescalas del "EMBU" con las variables psicopatológicas.

RESULTADOS

Se analizaron 196 casos (43 [21,9%] correspondían al diagnóstico de "Anorexia Nerviosa" -AN-; 74 [37,8%] al diagnóstico de "Bulimia Nerviosa" -BN- y 79 [40,3%] a Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados" -TCANE-), y 127 controles. La media de edad global fue de 23,2 años, (desviación típica 5,89, con un rango de edad desde los 13 a los 44 años). La edad en las pacientes diagnosticadas de AN era significativamente menor que la de controles y resto de subgrupos diagnósticos (media 19,6, $F=9,01$, $gl=3$, $p<0,001$). Sin embargo, no consideramos hacer ninguna corrección, ya que los cuestionarios empleados no presentaban cambios en sus puntuaciones en función de la edad del paciente.

No encontramos diferencias significativas en cuanto al consumo de tóxicos entre pacientes y controles, ni entre los distintos subtipos diagnósticos entre sí. Pero sí encontramos mayor ideación suicida (χ^2 46,178, gl 3, $p<0,001$), más conductas autolesivas (χ^2 31,79, gl 3, $p<0,001$), y más intentos autolíticos en los tres subtipos diagnósticos comparados con los controles, esta última conducta era sobre todo más prevalente en pacientes con BN y TCANE (χ^2 63,88, gl 3, $p<0,001$).

Variables psicopatológicas

En cuanto a las variables psicopatológicas, se observó una mayor autoestima global en controles al compararlo con todos los subtipos diagnósticos ($F=58,543$, $gl=3$, $p<0,001$). La ansiedad rasgo era más acusada en pacientes con diagnóstico de BN que en AN ($F=72,606$, $gl=3$, $p<0,001$) y que en controles. También la ansiedad estado fue mayor en pacientes que en controles, sin objetivarse diferencias significativas entre aquellos ($F=40,544$, $gl=3$, $p<0,001$). Las puntuaciones medias en el "EAT" fueron significativamente más elevadas en los tres subgrupos de pacientes que en los controles (tabla 1).

Variables familiares: la media de hermanos estaba entre 2 y 3. No se objetivaron diferencias entre los grupos en cuanto a la pérdida de algún ser querido. Las pacientes describían sus relaciones familiares de forma más negativa que los controles, con mayor nivel de violencia y exigencia paterna en pacientes diagnosticadas de BN y mayor percepción de indiferencia, rigidez y excesivo control en BN y TCANE (tabla 2).

Percepción de la crianza medida con el "EMBU" en los diferentes subtipos de TCA: las pacientes con BN y TCANE percibían mayor 'rechazo', mayor 'sobreprotección' y menor 'afecto' que las diagnosticadas de AN y controles; y los tres grupos de TCA mayor 'favoritismo' que los controles sanos (tabla 3).

Relación de los estilos de crianza medidos con el "EMBU" y psicopatología

Encontramos una relación inversa entre el 'afecto del padre' y la 'ansiedad estado' ($F=20,395$; gl 3; $p<0,001$) y 'rasgo' ($F=29,336$, gl 3, $p<0,001$). Por el contrario tanto el 'favoritismo del padre' ($F=20,395$; gl 3; $p<0,001$; $R^2=0,183$; R^2 corregida [R^2c]=0,174) como la 'sobreprotección de la madre' se asociaban a una mayor ansiedad ($F=29,336$, gl 3, $p<0,001$ $R^2=0,24$). El 'afecto paterno' se relacionó con una mayor autoestima ($F=24,28$, gl 4, $p<0,001$, $R^2=0,26$; R^2c 0,25), en cambio el 'rechazo', el 'favoritismo' y la 'sobreprotección maternos' se asocian con menores puntuaciones del "RSE" de forma significativa ($F=24,28$, gl 4, $p<0,001$, $R^2=0,26$; R^2c 0,25).

Respecto a la relación entre percepción de la crianza y psicopatología alimentaria, en el análisis de regresión múltiple utilizamos la ansiedad como covariable para controlar su efecto sobre los síntomas alimentarios. Independientemente del efecto de la ansiedad, el 'rechazo de la madre' ($\beta=0,151$; IC 99% 0,151-0,590) y el 'favoritismo del padre' ($\beta=0,110$; IC 95% 0,260-1,958) se asociaban con las puntuaciones en el "EAT", explicando el 54,3% de la varianza. Controlando el efecto de la ansiedad sobre la satisfacción con la propia imagen corporal, el mayor 'afecto paterno' se asociaba con menores puntuaciones en el "BSQ" y el 'favoritismo materno' se relacionaba con mayor rechazo a su figura corporal ($F=76,95$; gl 3; $p=0,000$; $R^2=0,468$; $R^2c=0,462$). Un mayor 'rechazo global' se asociaba con mayores puntuaciones en 'ineficacia', 'perfeccionismo' y 'ascetismo' del "EDI". El mayor 'rechazo materno' se correlacionó con mayor puntuación en 'tendencia a la delgadez', 'conciencia interoceptiva' e 'impulsividad', pero el 'rechazo paterno' no se asoció de forma significativa con el "EDI". Se halló una relación negativa entre el 'afecto paterno' y los síntomas bulímicos, y entre el 'afecto materno' y las escalas de 'desconfianza interpersonal' e 'inseguridad social'. También se observó que el mayor 'afecto global' se asociaba con un mayor 'perfeccionismo'. La 'sobreprotección paterna' se asoció inversamente con la Subescala de 'bulimia' del "EDI" (tabla 4).

Tabla 1	Puntuaciones medias en el EAT y subescalas del EDI							
	Controles		AN		BN		TCANE	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
EAT	11,19*	9,005	47,10	22,23	48,86	18,641	49,11	25,95
EDI								
Obsesión por la delgadez	3,70***	7,82	9,69	5,863	14,63	4,974	13,24	6,279
Bulimia	0,81***	1,879	1,64***	3,281	9,23	5,636	4,33	4,968
Insatisfacción Corporal	6,70***	6,843	10,92	7,143	19,58	7,570	17,12	6,994
Ineficacia	2,03***	3,053	9,31	7,729	13,11	7,451	10,80	6,674
Perfeccionismo	2,72***	2,858	6,44	4,044	6,07	4,467	6,52	4,406
Desconfianza Interpersonal	2,75***	3,243	5,28	4,425	5,25	4,588	5,36	4,507
Conciencia Interoceptiva	1,79***	3,379	8,31	6,118	13,45	6,837	11,72	6,409
Miedo a la Madurez	5,28***	4,060	9,28	5,301	9,12	5,998	9,24	5,550
Ascetismo	2,04***	1,948	4,70	3,657	7,40	3,881	6,83	4,638
Regulación de impulsos	1,51***	2,944	6,07	4,795	8,87	7,298	6,88	5,003
Inseguridad social	2,71***	2,952	5,81	3,903	9,33	5,437	7,69	5,363

***p<0,001

Tabla 2	Variables familiares				
	Descripción ambiente familiar	DIAGNÓSTICO			
		Control (%)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)
Tensión familiar	No	36(31,0)	17(42,5)	18(25,4)	16(21,1)
	Discusiones	79(68,1)	19(47,5)	34(47,9)	42(55,3)
	Malos tratos	1(9)	4(10,0)	19(26,8)***	18(23,7)***
Relaciones	Malas	14 (11,0)	13(30,2)**	20(27,0)**	23(29,1)**
	Buenas	113 (89,0)	30 (69,8)	54 (73,0)	56(70,9)
Violencia padre	No	101 (90,2)	29(74,4)	42 (67,7)	45 (71,4)
	Sí	11 (9,8)	10 (25,6)***	20(32,3)***	18(28,6)***
Indiferencia	No	95 (82,6)	25(62,5)	26 (40,6)	29 (43,3)
	Sí	20 (17,4)	15(37,5)***	38(59,4)***	38(56,7)***
Control padre	Adecuado	54 (47,4)**	16 (41,0)**	19 (29,2)	24 (35,3)
	No control ni orden	2 (1,8)	1 (2,6)	4 (6,2)**	0 (,0)
	Normas relajadas	50 (43,9)	17 (43,6)	26 (40)	24 (35,3)
	Control excesivo	8 (7)	5 (12,8)	16 (24,6)**	20 (29,4)**
Control madre	Adecuado	57 (48,7)**	13 (31,7)**	17 (25,0)	19 (26,8)
	No control ni orden	1 (0,9)	1 (2,4)	4 (5,9)**	1 (1,4)
	Normas relajadas	57(48,7)	20 (48,8)	30 (44,1)	33 (46,5)
	Control excesivo	2 (1,7)	7 (17,1)	17 (25,0)**	18 (25,4)**

p<0,01, *p<0,001

Tabla 3		Puntuaciones medias en las subescalas del EMBU según los diferentes subgrupos diagnósticos. Media (95% IC)			
Sub-Escalas EMBU	Control (n=113)	AN (n=43)	BN (n=74)	TCANE (n=79)	
Rechazo	65,42 (62,95-7,89)	69,88 (65,20-74,57)	83,67 (77,96-89,38)**	81,00 (75,66-6,34)***	
Rec. Padre	32,63 (31,34-33,92)	34,35 (32,31-36,38)	41,60 (38,36-44,85)***	40,01 (37,3-42,93)***	
Rec. Madre	33,07 (31,75-34,39)	35,77 (32,91-38,63)	42,01 (39,07-44,95)***	41,00 (38,2-43,78)***	
Afecto	106,23 (102,48-109,97)	102,02 (93,72-110,32)	83,66 (78,29-89,02)	90,22 (84,65-95,78)	
Af. Padre	52,06 (50,07-54,05)	48,42 (44,26-52,58)	38,85 (35,76-41,94)**	42,73 (39,7-45,75)***	
Af. Madre	53,85 (52,01-55,69)	52,44 (48,68-56,21)	45,32 (42,61-48,04)***	47,34 (44,45-50,2)***	
Sobreprotección	64,19 (61,62-66,76)	66,79 (62,41-71,18)	71,60 (67,60-75,60)*	74,94 (70,9-78,97)***	
Sob. Padre	31,65 (30,35-32,95)	32,30 (30,05-34,56)	33,81 (31,69-35,93)	36,56 (34,4-38,72)***	
Sob. Madre	32,68 (31,34-34,2)	34,49 (31,80-37,17)	37,65 (35,41-39,89)**	38,15 (35,9-40,46)***	
Favoritismo	14,51 (13,65-15,38)	18,24 (17,1-19,4)***	17,34 (16,17-18,50)**	18,16 (17,06-19,3)***	
Fav. Padre	7,19 (6,76-7,62)	9,12 (8,44-9,81)**	8,55 (7,92-9,18)**	9,43 (8,79-10,07)**	
Fav. Madre	7,40 (6,94-7,86)	9,12 (8,46-9,78)**	8,81 (8,14-9,47)**	8,71 (8,19-9,23)**	

Rechazo total (Rechazo): F=17,010; gl 3; p=0,00. Rechazo Padre (Rec. Padre): F=14,315, gl 3, p=0,00; Rechazo Madre (Rec. Madre): F=14,858, gl 3, p=0,00; Afecto total (Afecto): F=16,960; gl 3; p=0,00. Afecto Padre (Af. Padre): F=19,231; gl 3; p=0,00; Afecto Madre (Af. Madre) F=10,374; gl 3, p=0,00; Sobreprotección total (Sobreprotección): F=8,0660; gl 3; p=0,00. Sobreprotección Padre (Sob. Padre): F=5,787; gl 3; p=0,001; Sobreprotección Madre (Sob. Madre): F=7,764; gl 3, p=0,00; Favoritismo total (Favoritismo): F=12,807, gl 3; p=0,000. Favoritismo Padre (Fav. Padre): F=14,007; gl 3; p=0,000; Favoritismo Madre (Fav. Madre): F=8,229; gl 3; p=0,00.

p<0,01, *p<0,001

El 'afecto' y la 'sobreprotección' por parte del padre presentaron una asociación negativa con los síntomas bulímicos medidos con el "BITE" ($\beta=-0,227$, IC 95% $-0,341-0,142$; $p=0,000$), en cambio el 'favoritismo paterno' y el 'rechazo global' favorecían la aparición de dichos síntomas ($\beta=0,095$, IC 95% $(0,035-1,023)$; $p<0,05$. $F=94,199$; gl 3; $p=0,000$; $R^2=0,519$, $R^2c=0,513$; cambio en $R^2=0,008$).

CONCLUSIONES

El objetivo principal de nuestro estudio se basaba en identificar si existía relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. Nuestros hallazgos apoyan la hipótesis inicial de que la percepción de la crianza se asocia con el diagnóstico de TCA, difiere de los controles sanos y se relaciona con una diferente expresión psicopatológica del TCA, tanto en

su psicopatología general alimentaria ('Perfeccionismo', 'Ineficacia' e 'Inseguridad social' del "EDI") como en las variables más específicas ('Bulimia' o 'Tendencia a la delgadez').

En nuestro trabajo, las pacientes con un TCA, especialmente las diagnosticadas de BN o de TCANE, percibían su crianza con un mayor 'Rechazo', 'Favoritismo' y 'Sobreprotección' y con menor 'Afecto' que la población control. En este sentido, se ha afirmado que los adolescentes que perciben poca comunicación familiar, poco afecto paterno y pocas expectativas parentales están en riesgo de desarrollar un TCA¹⁵. En un trabajo realizado por Horesh y cols.¹⁶, la percepción de una presión inadecuada a la edad, al sexo o a las habilidades del niño o la niña, y el predominio de sentimientos negativos en la familia, como la hostilidad hacia el niño o la sobreprotección por parte de los padres se correlacionan positivamente con las puntuaciones en el "EAT".

Tabla 4	Análisis de regresión múltiple: Relación de las subescalas del EMBU con las subescalas del EDI controlando el efecto de la ansiedad. β (IC)						
	EDI	Rechazo		Afecto		Sobreprotección	
		Total	Madre	Total	Madre	Padre	Padre
Tendencia delgadez			0,162 (0,48-0,172)**a)				
Bulimia					-0,181 (-0,111 a -0,026)**g)		-0,285 (-0,271 a -0,079)**k)
Desconfianza interpersonal				-0,184 (-0,107 a -0,023)**i)			
Ineficacia	0,135 (0,021-0,079)**b)						
Perfeccionismo	0,32 (0,033-0,099)**c)		0,215 (0,15-0,060) **h)				
Conciencia Interoceptica		0,185 (0,073-0,191)**d)					
Ascetismo	0,163 (0,011-0,055)*e)						
Impulsividad		0,35 (0,120-0,241)**f)					
Inseguridad social				-0,236 (-0,146 a -0,065)**j)			

a) F=153,475; gl2; p<0,001; R² 0,537; R² corregida=4,977, cambio en R²=0,022. b) F=241,773; gl2; p<0,001; R²=0,646; R² corregida 0,643; cambio en R²=0,015. c) F=45,84; gl4; p<0,001; R²=0,411; R² corregida 0,402; cambio en R²=0,024. d) F=137,361; gl 3; p<0,001; R²=0,610; R² corregida 0,605; cambio en R²=0,006. e) F=79,629; gl 2; p<0,001; R²=0,412; R² corregida =0,407; cambio en R²=0,022. f) F= 93,517; gl 3; p<0,001; R²=0,554; R² corregida= 0,548; cambio en R²=0,011. g) F=27,94; gl 4; p<0,001; R²=0,298; R² corregida= 0,288; cambio en R²=0,015. h) F=45,85; gl 4; p<0,001; R²=0,411; R² corregida 0,402; cambio en R²=0,024. i) F=33,697; gl 3; p<0,001; R²=0,277; R² corregida= 0,269; cambio en R²=0,013. j) F=100,96; gl 3; p<0,001; R²=0,573; R² corregida= 0,567; cambio en R²=0,008. k) F=34,81; gl 3; p<0,001; R²=0,283; R² corregida= 0,275; cambio en R²= 0,020.
p<0,01; *p<0,001

En nuestra revisión no encontramos estudios internacionales en los que se haya usado el "EMBU" en pacientes diagnosticados de TCA. Sin embargo en nuestro país, diferentes grupos lo han empleado presentando resultados contrapuestos. En ocasiones se realizaron con muestras heterogéneas que incluían diferentes subtipos diagnósticos y, en otras, solo con pacientes diagnosticadas de AN. Lógicamente los resultados varían según los grupos diagnósticos incluidos. Entre los estudios que incluyen muestras con un subtipo diagnóstico concreto, se encuentra el realizado por Castro y cols.¹⁷ sobre 158 adolescentes diagnosticadas de AN, en las que se investigaron las prácticas de crianza y su relación con la respuesta al tratamiento. En este trabajo, las pacientes con mala evolución a corto plazo perciben más 'rechazo' y 'sobreprotección' de ambos padres que aquellas con buena evolución; únicamente la subescala de 'rechazo paterno' y las puntuaciones totales en el "EAT" fueron predictores independientes de la respuesta al tratamiento. Las pacientes diagnosticadas de AN percibían incluso mayor calor emocional de sus padres que el grupo de adolescentes de la población general. En este caso, la media de edad era de 14,8 años, por lo que el mayor afecto percibido podría deberse a

la mayor atención que prestasen los padres a las hijas desde el comienzo del trastorno.

Otras investigaciones han analizado la percepción de la crianza en muestras heterogéneas con diferentes subtipos de trastornos alimentarios. Rojo y cols.¹⁸ encuentran diferencias en los recuerdos de la crianza entre adolescentes con algún TCA (tanto formas parciales y subclínicas como casos más severos) y controles, en el sentido de considerar a ambos padres menos afectuosos, más sobreprotectores y más rechazantes. En la población estudiada, la correlación más significativa entre las prácticas de crianza y los TCA corresponde al 'rechazo' paterno y materno, aunque también son importantes, la 'falta de calor emocional' materno y paterno, y la 'sobreprotección' paterna. Nuestros hallazgos coinciden con los de Rojo y también, parcialmente, con los de Cava¹⁹ quien, comparando los estilos de crianza de un grupo de adolescentes de la población general a los que se diagnosticó un TCA, con controles sanos y con un grupo control clínico, encontró que, según el recuerdo de sus hijas, las madres de las adolescentes con un TCA presentaban menor 'calor emocional', más 'sobreprotección' y más 'rechazo' que las madres de adolescentes sin

este trastorno. Las pacientes también recordaban a sus padres como más rechazadores. Al estimar el riesgo relativo, el alto '*rechazo*' paterno fue la dimensión de la crianza más significativa y la que puede predecir con mayor probabilidad el desarrollo de un TCA. En este estudio la muestra incluía mujeres con una mezcla de TCA, y una media de edad de $15,14 \pm 1,69$. No incluyeron la dimensión '*favoritismo*' del "EMBU", porque ésta no se mantiene en las diferentes culturas; y tampoco se analizaron las diferencias en los estilos de crianza entre subgrupos diagnósticos. En nuestro estudio, por el contrario, sí se estudiaron las cuatro dimensiones clásicas del "EMBU", y se encontraron mayores puntuaciones en '*favoritismo*', en los tres subgrupos diagnósticos que en los controles. En el caso de las pacientes diagnosticadas de anorexia, la explicación podría ser similar a la dada por Castro (una mayor atención a la hija enferma), pero en BN y TCANE, al coincidir con mayores puntuaciones en '*sobreprotección*', el mayor favoritismo percibido podría relacionarse con aspectos de dicha sobreprotección. Las puntuaciones en la subescala '*calor emocional*' no fueron diferentes entre pacientes con AN y controles aunque sí fueron menores en pacientes diagnosticadas de BN y TCANE que en las diagnosticadas de AN y los controles. En nuestro caso la edad media de las pacientes con AN era de 19 años, lo que podría justificar la diferencia encontrada. En general, los estudios previos revisados que encuentran diferencias entre pacientes y controles, se han llevado a cabo con pacientes de mayor edad, o con diferentes subtipos diagnósticos de TCA^{16,20}.

Sin embargo, el aspecto que consideramos más novedoso de nuestra investigación, por no existir ninguna referencia previa en la literatura, es la relación que establecemos de los estilos de crianza con la expresión psicopatológica de los TCA. Esto es especialmente útil al tener en cuenta la alta inestabilidad diagnóstica de los subtipos diagnósticos en los TCA. En nuestro trabajo, la dimensión '*rechazo*' procedente del padre se asociaba con las dimensiones '*Ineficacia*', '*Perfeccionismo*' y '*Ascetismo*' del "EDI", que no son exclusivas de ningún subtipo específico de TCA, por tanto, el rechazo global por parte del padre sería un factor facilitador inespecífico de TCA. Sin embargo, el '*rechazo*' materno percibido se asociaba con mayor '*Conciencia interoceptiva*', '*Impulsividad*' y con una subescala más específica de los TCA tipo restrictivo, como la '*Tendencia a la delgadez*'. La percepción de falta de '*afecto*' de la madre se correlacionaba con mayores puntuaciones en la dimensión social del EDI ('*Desconfianza interpersonal*' e '*Inseguridad social*'); mientras que el mayor afecto por parte del padre protegía frente a síntomas bulímicos. De igual forma, el '*afecto*' del padre se relacionaba con un menor rechazo a la figura corporal (BSQ). La '*sobreprotección*' paterna, se asoció con menor frecuencia de síntomas bulímicos, medidos tanto con el "EDI" como con el "BITE". Resulta interesante el hallazgo de que la '*sobreprotección paterna*' pudiera tener efectos beneficiosos en cuanto a la frecuencia de síntomas bulímicos. Esto podría explicarse de dos maneras: en primer lugar, la sobreprotección puede implicar mayor control parental, lo que explica-

ría el menor número de conductas purgativas. Otra posible explicación sería que quizá la aparición de síntomas bulímicos podría incrementar la sobreprotección inicial paterna, lo que de alguna manera aumentaría la sensación de recibir afecto por parte de la hija. En nuestra cultura el padre suele estar menos implicado en las demandas afectivas de los hijos en la familia, y en este caso la sobreprotección tendría un efecto más profundo relacionado con la satisfacción afectiva de la paciente que aliviaría de alguna manera los síntomas alimentarios. Aunque se ha comunicado cierta evidencia de '*sobreprotección paterna*' en los TCA²¹, la mayoría de las investigaciones los relacionan con bajo cuidado y alta sobreprotección maternos²². Entre éstas últimas destacamos los resultados de Cava¹⁹, quien también encontró que las adolescentes de la población general diagnosticadas de un TCA habían tenido más sobreprotección materna medida con el "EMBU". Estos resultados apoyarían las observaciones de numerosos clínicos que describen la anorexia como expresión de la dificultad de autonomía de unas hijas sobreprotegidas por sus progenitores.

Los trastornos depresivos se han relacionado con prácticas de crianza con bajo afecto y sobreprotección²³ y también con fuerte rechazo y pobre calor emocional²⁴. En el trabajo mencionado más arriba, Rojo y cols.¹⁸, encontraron que, aún controlando el efecto de la co-morbilidad psiquiátrica, el rechazo de ambos padres, así como el calor emocional materno permanecían significativamente asociados con la presencia de TCA. Esto puede sugerir que dichos factores de la crianza podrían tener tanto un efecto directo como indirecto sobre los TCA. En nuestro estudio, la percepción de afecto procedente del padre aparecía como factor protector frente a la ansiedad. Por el contrario, tanto el favoritismo del padre como la sobreprotección materna favorecían una mayor ansiedad. Teóricamente, la sintomatología depresiva o la ansiedad actuales podrían condicionar la percepción retrospectiva de la crianza. En este sentido, Livianos y cols. señalan que todas las escalas del "EMBU" son invariantes ante los cambios en el estado emocional, tanto de pacientes depresivos como de pacientes con trastornos de ansiedad, por lo que el "EMBU" aparece como un instrumento válido para la evaluación retrospectiva de la crianza en las poblaciones clínicas y se demostró la estabilidad del "EMBU" ante los cambios en el estado de ánimo²⁵.

En nuestro trabajo, el afecto del padre se relacionaba asimismo con una mayor autoestima, mientras que el rechazo, la sobreprotección y el favoritismo maternos disminuían los sentimientos de autovalía. Una autoestima global elevada es un importante factor protector para desarrollar insatisfacción corporal patológica²⁶ que a su vez pudiera favorecer la aparición de un TCA.

Nuestro estudio presenta limitaciones metodológicas que es necesario señalar como es el uso de test autoadministrados, sin una entrevista clínica diagnóstica asociada, lo

cual conlleva la tendencia a infradetectar comportamientos socialmente indeseables o lo 'subjetivo' de los 'recuerdos'. Sin embargo, a este respecto se ha argumentado que, la percepción que se tiene de la crianza, puede ser más importante para el sujeto que el estilo educativo real²⁷.

Otro aspecto que supone una limitación en nuestro trabajo es la diferencia de edad y de nivel cultural entre la muestra de pacientes y el grupo control. En este punto es especialmente señalar que estamos valorando recuerdos sobre las relaciones familiares los cuales pueden verse influidos por hechos recientes de la situación familiar en la que pueda verse envuelto el sujeto en el momento de la exploración. Existe también la posibilidad de una influencia bidireccional entre padres e hijos; ya que ciertos comportamientos de los hijos pueden provocar respuestas parentales de rechazo y control.

En resumen, en función de los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que:

Parece existir una percepción de la crianza diferente en los diferentes subtipos de TCA. Las pacientes con BN y TCANE recordaban una crianza con mayor rechazo, menor afecto y mayor sobreprotección que las pacientes diagnosticadas de anorexia y controles.

Encontramos relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología, tanto general como alimentaria. El afecto paterno, protección frente a la ansiedad y favorecía la autoestima. La sobreprotección favorecía la persistencia de psicopatología general y alimentaria, en especial la sobreprotección paterna se relacionaba con la persistencia de síntomas depresivos, tendencia a la delgadez, perfeccionismo e insatisfacción con la imagen corporal.

BIBLIOGRAFÍA

- Cava G. Conexión entre crianza anómala y trastornos de la conducta alimentaria. [tesis doctoral]. Universidad de Valencia. 2001.
- MacCoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Handbook of Child Psychology. Nueva York: Wiley. Hetherington EM, 1983.
- Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental Bonding Instrument. Br J Med Psycho. 1979; pp. 52.
- Perris C, Jacobsson L, Lindstrom H, Von Knorring L, Perris H. Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. Acta Psychiatr Scand. 1980;61(4):265-74.
- Russell J, Kopeck-Schrader E, Rey J, Beaumont P. The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand. 1992;86:236-9.
- Casper RC, Troiani M. Family functioning in Anorexia nervosa differs by subtype. Int J Eat Disord. 2001;30:338-42.
- APA; American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington DC, 1994.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. (3rd. Ed.). 1988. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA.
- Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. Clínica y Salud. 1997;8(3):403-22.
- Baños RM, Guillen V. Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. Psychol Rep 2000 Aug;87(1):269-74.
- Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish versión. Psychological Assessment. 1991;7:175-90.
- Corral S, González M, Peña J, Seisdedos N. EDI-2. Eating Disorder Inventory-2. Tea Ediciones, S.A., 1998.
- Henderson M, Freeman A. Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. Br J Psychiatry. 1987;150:18-24.
- Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. Clínica y Salud. 1996;7:51-66.
- Loth KA, Neumark-Sztainer D, Croll JK. Informing Family Approaches to Eating Disorder Prevention: Perspectives of Those Who Have Been There. Int J Eat Disord. 2009;42(2):146-52.
- Horesh N, Apter A, Ishai J, Danzinger Y. Abnormal Psychosocial situations and Eating Disorders in adolescence. Am Acad Child and Adolesc Psychiatry. 1996;35(7):921-7.
- Castro J, Toro J, Cruz M. Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. Psychol Med. 2000;30:61-7.
- Rojo Moreno L, Livianos Aldana L, Conesa Burguet L, Cava G. Disfunctional Rearing in Community and Clinic based populations with Eating problems. Prevalence and Mediating Role of Psychiatric Morbidity. Eur Eat Disord Rev. 2006;14:32-42.
- Cava G, Rojo L, Livianos L. Influencia de la percepción de la Crianza en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa. Barcelona : Ariel, 2003; pp.147-63.
- Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. Eating Disorders and perceived relationships with parents. Int J Eating Disord. 1990;9:479-85.
- Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for Eating Disorders Position Paper: The role of the family in Eating Disorders. Int J Eat Disorders. 2010;43(1):1-5.
- Shorebridge P, Gowers SG. Parental high concern and adolescent onset of Anorexia nervosa: A case-control study to investigate direction of causality. Br J Psychiatry. 2000;176:132-7.
- Duggan C, Sham P, Minne C, Lee A, Murray R. Quality of parenting and vulnerability to depression: results from a family study. Psychol Medicine. 1998;28:185-91.
- Rojo L, Livianos L, Conesa L, Cervera G, Dominguez JA. Rearing Style and depressive disorders in adulthood. A controlled study in a Spanish clinical sample. Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol. 1999;34:548-54.
- Livianos Aldana L, Rojo Moreno L, Cuquerella, MA, Rodrigo Montó G. El efecto del estado de ánimo en la percepción de la crianza. Archivos Psiquiatría. 2001;64(2):155-64.
- Beato L, Rodriguez T, Belmonte A, Martínez C. Risk Factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. Eur Child Adoles Psychiatry. 2004;13:287-94.
- Perris C, Arrindell WA, Perris H, Eisemann M, Van der Ebde J, Von Knorring L. Perceived depriving parental rearing and depression. Br J Psychiatry. 1986;148:170-5.