



# REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



### ARTÍCULO

## Influence of parental rearing styles on attitude towards change in eating disorders



Luis Beato Fernández<sup>a,\*</sup>, Cyntia Ramírez Espadas<sup>b</sup>, Cristina O’Ferrall González<sup>c</sup>  
y Teresa Rodríguez Cano<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Trastornos Alimentarios, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

<sup>b</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

<sup>c</sup> Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, España

Recibido el 14 de junio de 2015; aceptado el 12 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2016

### KEYWORDS

Eating disorders;  
Attitudes towards  
change;  
Motivation to change

### Abstract

**Objective:** To evaluate the relationships between “parental rearing styles” and “attitude towards change” in eating disorders patients according to DSM-IV-TR (American Psychiatric Association -APA-, 1994).

**Methods:** A total of 166 patients was evaluated: 66 (39.8%) patients met criteria for bulimia nervosa, 49 (29.5%) patients met criteria for anorexia nervosa and 51 (30.7%) patients met criteria for an eating disorder not otherwise specified. All the patients completed a set of self-administered questionnaires to evaluate their family relationships (APGAR familiar), their memories of parental upbringing and their attitudes towards change (ACTA) after one year treatment.

**Results:** A multiple regression analysis was performed. “overprotection” perceived during childhood was related to higher scores in “pre-contemplation” and lower scores in “action” and “maintenance”. On the other hand, “rejection” during upbringing was related to higher scores in “pre-contemplation” at one year follow-up regardless of family dysfunction. Finally, “warm” perceived was related to higher scores in “action”.

**Conclusions:** These results show the relevance of breeding in treatment important aspects in eating disorders patients.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lbeato@terra.com](mailto:lbeato@terra.com) (L. Beato Fernández).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**PALABRAS CLAVE**

Trastornos  
alimentarios;  
Actitudes hacia el  
cambio;  
Motivación hacia el  
cambio

**Influencia de la percepción de la crianza sobre la actitud hacia el cambio en los trastornos de la conducta alimentaria****Resumen**

**Objetivo:** Identificar la posible influencia de los «estilos de la crianza» con la «actitud hacia el cambio» en pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria según criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association -APA-, 1994).

**Método:** Fueron incluidas 166 pacientes de las cuales 66 (39.8%) recibieron el diagnóstico de bulimia nerviosa, 49 (29.5%) de anorexia nerviosa y 51 (30.7%) de trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Todas las pacientes completaron una batería de cuestionarios para evaluar las relaciones familiares (APGAR familiar), los recuerdos de su crianza y su actitud hacia el cambio (ACTA) al año de seguimiento.

**Resultados:** En el análisis de regresión múltiple realizado, se observó que la «sobreprotección» percibida en la infancia se relacionaba con mayores puntuaciones en «precontemplación» y menores puntuaciones en «acción» y «mantenimiento». Por otra parte, el «rechazo» percibido en la crianza se relacionaba con puntuaciones más elevadas en «precontemplación», independientemente del grado de disfunción familiar existente. Por último, el «afecto» percibido se relacionaba directamente con puntuaciones superiores en la fase de «acción».

**Conclusiones:** Estos resultados nos muestran la importancia de la crianza en aspectos tan relevantes del tratamiento como la motivación ante el cambio.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

**Introducción**

En las pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), conseguir su colaboración al inicio y durante el tratamiento es un aspecto clínico de especial relevancia pronóstica. Sin embargo, desde el inicio de la descripción del cuadro, la aparente indiferencia ante las repercusiones clínicas de la desnutrición o de las conductas purgativas es un aspecto clínico característico de estas pacientes (Serpell, Treasure, Teasdale y Sullivan, 1999). Los tratamientos más coercitivos, o con un componente básicamente conductual, pierden eficacia cuando no es posible mantener un control estrecho de las conductas o cuando el entorno no colabora adecuadamente. Clausen (2013), en una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema, encontró que la motivación del paciente al inicio del tratamiento es un aspecto fundamental en el pronóstico clínico.

El modelo transteórico del cambio, desarrollado por Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), ha supuesto aportaciones interesantes en el manejo terapéutico de aquellos trastornos en los que es necesaria la colaboración del paciente, tales como los trastornos adictivos o los TCA (Knowles, Anohkina y Serpell, 2013; Macdonald, Hibbs, Corfield y Treasure, 2012). Dicho modelo concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de cinco estados: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento. Estos estados, denominados del cambio, son dinámicos. El modelo también describe otros factores que caracterizan a las personas en cada etapa del cambio, como son: 1) los procesos del cambio: lo que la gente piensa y hace para cambiar su conducta. 2) El balance de decisión: la evaluación entre los pros y los contras del cambio. 3) La autoeficacia: la confianza

y la capacidad para conseguir el cambio. Así mismo, enfoques basados en la técnica de entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2012) pueden servir como un excelente encuadre en asociación con otros abordajes, como las técnicas cognitivo-conductuales (Fairburn et al., 2009), o integradoras, que faciliten integrar experiencias pasadas, identificar emociones, construir una narrativa y desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas. El trastorno alimentario puede suponer un estilo de relación con el entorno familiar, una forma de manejar estados emocionales displacenteros (Racine y Wildes, 2013; Pollert et al., 2013; Wildes, Marcus, Cheng, McCabe y Gaskill, 2014), o un patrón de respuesta secundario a situaciones traumáticas pasadas y que será necesario elaborar. Estudios previos confirman la importancia pronóstica de la actitud ante el cambio (Rodríguez-Cano y Beato-Fernández, 2005), así como la utilidad de considerar otros aspectos como la personalidad (Rodríguez-Cano, Beato-Fernández, Rojo-Moreno y Vaz-Leal, 2012) o la autonomía del paciente (Van der Kaap-Deede et al., 2014), que también influirán en la actitud hacia el cambio.

La familia es también un aspecto clave en el análisis de la psicopatología y evolución clínica de los TCA. En una reciente revisión (Ruíz Martínez, Vázquez Arévalo, Mancilla Díaz, Viadrich i Segué y Halley Castillo, 2013), se realiza un exhaustivo análisis de los factores familiares que pueden estar relacionados con los TCA. Esta revisión pone en evidencia la gran heterogeneidad de trabajos y la necesidad de estudios longitudinales que ayuden a clarificar la compleja interacción entre familia y TCA. En este sentido, un estudio longitudinal realizado por nuestro equipo (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Martínez-Delgado, 2004), confirmó la importancia de las relaciones familiares en la génesis de los TCA, así como

en la evolución clínica de los pacientes que sufren un TCA (Herraiz-Serrano et al., 2015). Con frecuencia, los TCA surgen cuando el/la paciente está conviviendo con sus padres, por dificultades en la relación con ellos, o incluso puede verse influido por sucesos ocurridos en estadios tempranos del desarrollo (Tasca y Balfour, 2014). De hecho, en pacientes menores de edad que aún conviven con sus padres, la terapia familiar es el abordaje de elección. Pero el TCA no solo podría jugar un papel en las negociaciones emocionales establecidas en el ámbito familiar, sino que este estilo de relación parental podría ampliarse a otros ámbitos de la relación con diferentes figuras de autoridad y, por consiguiente, afectar la relación terapéutica (Gabbard, 2006; Stiles-Shields et al., 2013). A pesar de la importancia de los aspectos familiares en los TCA, son escasos los estudios realizados sobre la influencia que ejerce la familia sobre la psicopatología alimentaria. La mayoría son descripciones de las relaciones familiares o de los estilos familiares, y aún son menos frecuentes los trabajos en los que se relaciona la posible influencia de los estilos familiares con la relación terapéutica y la manera en la que podrían influir en la motivación hacia el cambio en estos pacientes. Yamaguchi et al. (2000), analizó los estilos de crianza en pacientes con TCA y la conducta suicida, encontrando una relación con la sobreprotección de ambos padres en estos pacientes. Cava, Rojo y Livianos (2003), observó que los adolescentes diagnosticados de TCA recuerdan a sus madres con menor «calor emocional», (afecto) más «sobreprotección» y más «rechazo», mientras que perciben a sus padres con más «rechazo» hacia ellos, siendo esta última dimensión la que presentaba mayor riesgo relativo de desarrollar un TCA. Desde el punto de vista pronóstico, Fassino, Piero, Tomba y Abbate-Daga (2009), identificaron que, tanto la sobreprotección paterna como la falta de cuidados paternos, se relacionaba con un peor pronóstico, es decir mayor gravedad de la bulimia nerviosa (BN) y menores índices de recuperación de la anorexia nerviosa (AN).

El estilo de crianza influiría en la actitud que el paciente adopta para iniciar y mantener un cambio en su conducta patológica. Partiendo de esta hipótesis, el objetivo del presente estudio era valorar si los estilos de crianza percibida, controlando el grado de disfunción familiar actual, podrían relacionarse con la actitud frente al cambio.

## Método

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo.

## Muestra

Se incluyeron 166 pacientes, todas ellas de nacionalidad española. La muestra fue seleccionada utilizando un muestreo consecutivo, de pacientes de sexo femenino, que acudieron a tratamiento ambulatorio en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real y que reunían criterios diagnósticos de AN, BN o trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), según el manual diagnóstico DSM-IV-TR (American Psychiatric Association -APA-, 1994). Todas las pacientes incluidas aceptaron participar de forma voluntaria.

## Instrumentos de medida

Se utilizó un cuestionario semiestructurado, diseñado específicamente para este estudio, que incluía variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, núcleo de convivencia), consumo de tóxicos y datos antropométricos.

Los test empleados para evaluar la psicopatología general fueron:

«Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida (Egna Minnen Beträffanden Uppfostran -EMBU-)».

Este cuestionario (Perris, Jacobsson, Lindström y von Knorring, 1980) consta de 81 ítems que se puntúan según una escala que oscila entre 1 y 4, siendo el valor de 1: no/nunca; 2: sí/ocasionalmente; 3: sí/a menudo y 4: sí/siempre. Permite obtener puntuaciones de los estilos de crianza percibidos en el entrevistado siguiendo 15 subescalas:

1. «Abusivo»: maltrata física y/o verbalmente al sujeto.
2. «Afectuoso»: muestra calor emocional y aceptación al sujeto.
3. «Culpabilizador»: origina sentimientos de culpa en el sujeto.
4. «Estimulante»: que favorece la actitud orientada a la acción.
5. «Favorecedor de los hermanos»: le rechaza o castiga más que a sus hermanos.
6. «Favorecedor del paciente».
7. «Fomentador del rendimiento»: promueve el rendimiento del sujeto.
8. «Privador»: priva al paciente de cosas materiales que se le podrían proporcionar.
9. «Punitivo»: castiga habitualmente al sujeto.
10. «Rechazante»: priva al paciente de amor.
11. «Sobreimplicado»: invade la intimidad del sujeto.
12. «Sobreprotector»: exagera las amenazas que pueda sufrir el paciente y presenta con frecuencia conductas de cuidado ante peligros insignificantes.
13. «Tolerante»: acepta al sujeto, con sus características y peculiaridades.
14. «Vergonzante»: intenta degradar al paciente como medio para modelar su comportamiento.
15. «No especificado».

De dichas escalas se obtienen 4 dimensiones:

«Rechazo»: hostilidad verbal y física, agresividad e indiferencia.

«Calor emocional»: signos verbales y físicos de amor parental, aceptación y disponibilidad.

«Sobreprotección»: intento de controlar los progenitores la conducta del hijo, excesiva preocupación por la seguridad del hijo.

«Favoritismo»: evalúa el trato más favorable y privilegiado de los progenitores hacia el hijo en relación con los cuidados con sus hermanos.

Este cuestionario permite obtener de forma independiente puntuaciones para ambos progenitores. Las tres primeras dimensiones han mostrado estabilidad en las

adaptaciones del «EMBU» a diferentes culturas, pues ha sido adaptado a las necesidades de 25 países (Perris et al., 1985). En la validación del «EMBU» en población española (Arrindell et al., 1988), el coeficiente alfa de Cronbach para la escala de «rechazo» fue de 0.92 para el padre y 0.91 para la madre. Para «calor emocional» 0.89 (padre) y 0.89 (madre). En la escala de «sobreprotección», los coeficientes resultaron 0.77 en el caso del padre y 0.73 para la madre; por último, para «favoritismo» los resultados fueron 0.55 y 0.45 respectivamente para el padre y la madre. Los coeficientes de correlación test-retest se situaron entre 0.74 y 0.95.

«Cuestionario sobre funcionamiento familiar (APGAR familiar)»

Diseñado por Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar, puede ser cumplimentado tanto por el entrevistador como directamente por la persona entrevistada. El acrónimo «APGAR» hace referencia a los cinco componentes evaluados de la función familiar:

«Adaptabilidad», mide la utilización de los recursos «intra» y «extra» familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

«Participación», valora la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

«Gradiente de crecimiento», mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente valora la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar de forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

«Afecto», pondera las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

«Resolución», mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de cinco preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y ponderan tanto el ambiente emocional que rodea a los pacientes como la capacidad del grupo familiar para enfrentarse a las posibles crisis que pudieran surgir. Se valoran con 2 puntos si suceden casi siempre; 1 punto si ocurren en algunas ocasiones y con 0 puntos si prácticamente nunca suceden, estableciéndose el rango entre los 0 y 10 puntos. Los puntos de corte se sitúan entre 7-10 (normofuncional), 3-6 (disfuncional leve) y entre 0-2 (disfuncional grave). Se conoce así el funcionamiento de la estructura familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que uno de sus integrantes posee sobre el propio funcionamiento familiar. Fue validada en España por Bellón et al. (Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardel, 1996). En el estudio de validación, los coeficientes de correlación intraclase de los 5 ítems del APGAR-familiar fueron superiores a 0.55, tanto si eran

autocumplimentados como con entrevistador. La correlación ítem-escala varió de 0.61 a 0.71. El alfa de Cronbach fue 0.84.

«Cuestionario de actitudes frente al cambio en los pacientes con trastornos de la conducta alimentarias (ACTA)».

Cuestionario diseñado para evaluar, en los pacientes diagnosticados de TCA (Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2003), las actitudes ante el cambio en tres áreas: cognitiva, conductual y afectiva. Se basa en el modelo de las fases del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1982). La versión final consta de 59 ítems agrupados en seis subescalas y que se corresponden con los seis estados del cambio descritos:

«Precontemplación»: constituida por 10 ítems. Hace referencia a la fase en la que los pacientes no reconocen su problema y/o la necesidad de cambio, rechazando por tanto la consideración de la existencia de una enfermedad.

«Contemplación»: formada por 11 ítems que valoran la ambivalencia extrema, característica de esta fase, en la que el sujeto reconoce que tiene un problema aunque aún no ha decidido modificar su actitud.

«Decisión»: compuesta por 11 ítems. El sujeto acepta la necesidad de cambio de sus hábitos alimentarios en un futuro.

«Acción»: formada por 10 ítems que valoran la puesta en marcha de las acciones que conllevarían a la modificación o eliminación de la conducta problema.

«Mantenimiento»: 10 ítems que evalúan la estabilidad de los cambios producidos en la fase anterior.

«Recaída»: 7 ítems que ponderan la percepción subjetiva de empeoramiento que puede tener el sujeto.

Es un cuestionario autoaplicado, que consta de una escala tipo Likert con valores que oscilan entre 0 (no/nunca) a 4 (sí/siempre). En 3 ítems (12, 15 y 25) la puntuación es en sentido inverso 4 (no/nunca) y 0 (sí/siempre). El marco de referencia temporal es «los últimos días». Se obtienen puntuaciones independientes en las distintas subescalas, sin existir una puntuación final y permitiendo obtener un perfil de la actitud frente al cambio. Su sensibilidad al cambio le hace ser un buen indicador de la actitud del paciente ante el tratamiento. El «ACTA» muestra una buena consistencia interna global en población española ( $\alpha$  de Cronbach = 0.84).

## Procedimiento

Las pacientes fueron entrevistadas por un psiquiatra experimentado y, tras la primera consulta, cumplimentaron los cuestionarios autoinformados anteriormente descritos. Se realizó una entrevista semiestructurada para conocer otros datos clínicos, así como el consumo de tóxicos o ideas de suicidio. Todas las pacientes fueron sometidas a examen físico rutinario (analítica, exploración física rutinaria, índice de masa corporal -IMC = peso/talla m<sup>2</sup>- y toma 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

**Tabla 1** Variables sociodemográficas según los grupos diagnósticos

| Variable          | Grupos diagnósticos |      |                 |      |                 |      | p     |
|-------------------|---------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|-------|
|                   | AN (n = 49)         |      | BN (n = 66)     |      | TCANE (n = 51)  |      |       |
|                   | $\bar{x}$           | DE   | $\bar{x}$       | DE   | $\bar{x}$       | DE   |       |
| Edad              | 19.4                | 6.4  | 24.1 (DE = 5.9) |      | 24.0 (DE = 8.3) |      | 0.001 |
| Estado civil      | n                   | %    | n               | %    | n               | %    | 0.018 |
| Solteras          | 37                  | 77.1 | 30              | 47.6 | 31              | 60.8 |       |
| Casadas           | 8                   | 16.7 | 24              | 38.1 | 11              | 21.6 |       |
| Viudas/separadas  | 3                   | 6.3  | 9               | 14.3 | 9               | 17.6 |       |
| Datos perdidos    | 1                   |      | 3               |      | 0               |      |       |
| Nivel de estudios |                     |      |                 |      |                 |      | 0.84  |
| No escolarizadas  | 1                   | 2.1  | 1               | 1.5  | 1               | 2.0  |       |
| Primarios         | 16                  | 33.3 | 16              | 24.2 | 10              | 19.6 |       |
| Secundarios       | 20                  | 41.7 | 26              | 38.4 | 24              | 47.1 |       |
| Medios            | 10                  | 20.8 | 19              | 28.8 | 14              | 27.5 |       |
| Superiores        | 1                   | 2.1  | 4               | 6.1  | 2               | 3.9  |       |
| Datos perdidos    | 1                   |      |                 |      |                 |      |       |

Edad: análisis de la varianza (ANOVA); Estado civil:  $\chi^2$ : 11.9; F: 7.78, gl: 2, gl: 4; nivel de estudios  $\chi^2$ : 4.1, gl: 6.

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 sociodemográficos y los test descritos más arriba. Un año después ( $t_2$ ), las pacientes incluidas en la muestra inicial fueron nuevamente entrevistadas siguiendo el mismo procedimiento previo y los datos de la evaluación fueron recogidos en la hoja de seguimiento.

### Análisis estadístico

Se aplicó el paquete estadístico SPSS (Norusis, 1999) utilizando estadística descriptiva, media y desviación estándar en el caso de variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes en el caso de variables nominales. Se usó el «análisis de la varianza» (ANOVA) para realizar comparaciones respecto a variables cuantitativas entre los grupos diagnósticos, con el «test de Scheffé» a posteriori, para determinar entre qué grupos existían diferencias significativas. Utilizamos el test de «Chi-cuadrado» para comparar frecuencias de las variables nominales y el test de la t de Student para comparar las medias de las variables cuantitativas. Se realizó un «análisis de regresión múltiple» para valorar la posible relación o asociación entre las variables independientes (subescalas del EMBU) con las variables dependientes (subescalas del ACTA).

### Resultados

La [tabla 1](#) muestra la estadística descriptiva de la muestra. Las 166 pacientes se distribuyeron en tres grupos diagnósticos de TCA. La mayoría de las pacientes recibieron el diagnóstico de BN (n=66, 39.8%), seguido por el grupo de TCANE (n=51, 30.7%) y por último el de AN (n=49, 29.5%). Las características sociodemográficas se reflejan en la [tabla 1](#). Se hallaron diferencias significativas entre los grupos: las pacientes diagnosticadas de AN eran menores significativamente que las diagnosticadas de BN y TCANE. Además las AN eran menores y estaban solteras con mayor frecuencia que las pacientes con BN o TCANE. Globalmente, considerando todos los trastornos, el tiempo medio de evolución del trastorno previo a la consulta fue de 59.2 meses (IC 95% 73.3-46.2).

Las puntuaciones medias en las subescalas del «EMBU» se reflejan en la [tabla 2](#) y el grado de «disfunción familiar», según las puntuaciones del «APGAR», en la [figura 1](#). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnósticos con respecto a las puntuaciones en dichas subescalas. Las puntuaciones medias en el «APGAR» fueron AN: 7.32 (IC del 95% 5.89-8.74), BN: 7.77 (IC del 95% 6.37-9.17) y TCANE: 7.75 (IC del 95% 6.61-8.89).

La [tabla 3](#) muestra las puntuaciones en las subescalas del «ACTA» al inicio y tras un año de tratamiento.

**Tabla 2** Puntuaciones medias en las subescalas del EMBU en los tres grupos de TCA

| Subescalas del EMBU | AN (n = 49) |      | BN (=66)  |      | TCANE (n = 51) |      | ANOVA |      |
|---------------------|-------------|------|-----------|------|----------------|------|-------|------|
|                     | $\bar{x}$   | DE   | $\bar{x}$ | DE   | $\bar{x}$      | DE   | F     | p    |
| Rechazo             | 74.5        | 24.7 | 81.6      | 22.4 | 80.4           | 26.6 | 0.2   | 0.3  |
| Calor emocional     | 97.3        | 29.2 | 86.1      | 22.8 | 88.3           | 27.4 | 2.06  | 0.07 |
| Sobreprotección     | 68.1        | 15.7 | 70.7      | 16.5 | 69.5           | 16.5 | 1.2   | 0.3  |
| Favoritismo         | 16.8        | 4.4  | 17.1      | 4.8  | 16.1           | 5.1  | 0.6   | 0.6  |

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TCANE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

**Tabla 3** Cambios en las puntuaciones medias en el ACTA durante un año de seguimiento

| Subescalas del ACTA | Puntuaciones al inicio (DE) |      | Puntuaciones al año (DE) |      | t   | p     |
|---------------------|-----------------------------|------|--------------------------|------|-----|-------|
|                     | $\bar{x}$                   | DE   | $\bar{x}$                | DE   |     |       |
| Precontemplación    | 12.2                        | 9.5  | 8.8                      | 8.4  | 4.5 | 0.001 |
| Contemplación       | 18.1                        | 7.9  | 13.4                     | 7.5  | 6.8 | 0.001 |
| Decisión            | 19.7                        | 8.1  | 15.3                     | 9.3  | 5.7 | 0.001 |
| Acción              | 24.4                        | 8.3  | 27.4                     | 8.3  | 3.6 | 0.001 |
| Mantenimiento       | 15.0                        | 8.6  | 21.1                     | 11.1 | 5.9 | 0.001 |
| Recaída             | 19.3                        | 10.9 | 14.2                     | 12.1 | 4.2 | 0.001 |

**Tabla 4** Relación entre subescalas del EMBU y ACTA

|                                    | Sobreprotección<br>$\beta$ (95% IC)        | Calor emocional<br>$\beta$ (95% IC)   | Rechazo<br>$\beta$ (95% IC) |
|------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Precontemplación (t <sub>1</sub> ) | 0.3 (0.06 0.2)** (6.9% de la varianza)     |                                       | 0.3 (0.03 0.2)**            |
| Acción (t <sub>1</sub> )           |                                            | 0.2 (0.01 0.1)* (3.7% de la varianza) |                             |
| Precontemplación (t <sub>2</sub> ) | 0.2 (0.02 0.2)** (4.5% de la varianza)     |                                       |                             |
| Acción (t <sub>2</sub> )           | -0.2 (-0.16 -0.002)* (3.1% de la varianza) |                                       |                             |
| Mantenimiento (t <sub>2</sub> )    | -0.2 (-0.2. -0.01)* (3.7% de la varianza)  |                                       |                             |

Análisis de regresión múltiple. t<sub>1</sub> = al inicio. t<sub>2</sub> = al año. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ . Las subescalas que no figuran en la tabla no mostraron asociación estadística. Aparece subrayado el resultado del segundo análisis en que se controló el efecto del APGAR familiar.

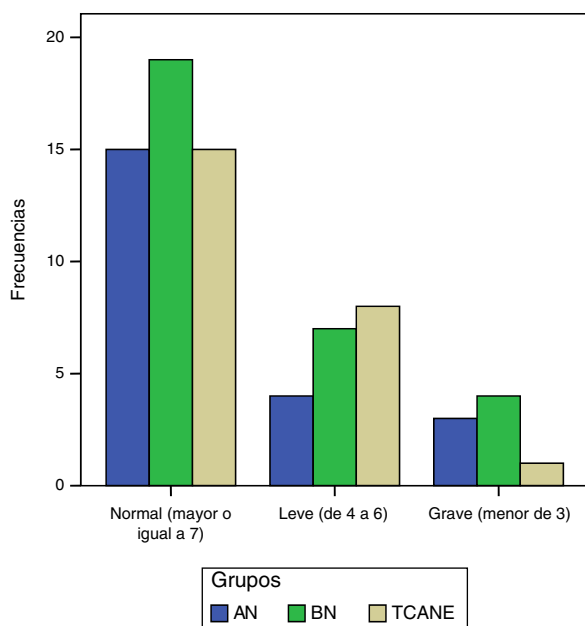
Las pacientes experimentaron una disminución significativa en «precontemplación», «contemplación», «decisión» y «recaída» y un aumento en «acción» y «mantenimiento» tras un año de tratamiento.

Se realizaron sucesivos análisis de regresión múltiple para valorar si el recuerdo de la crianza medido con las subescalas del «EMBU» influía sobre la actitud frente al cambio. Se incluyó como covariable la puntuación en el «APGAR

familiar» para controlar el efecto de la disfunción familiar actual sobre el «ACTA» (tabla 4). Las puntuaciones en «sobreprotección» se asociaban de forma directa con las puntuaciones en «precontemplación» ( $F = 8.9$ , 6.9% de la varianza). Al año de seguimiento, la «sobreprotección» se asociaba de forma inversa con «acción» y «mantenimiento». Por otra parte, las puntuaciones en «afecto» se asociaban con las puntuaciones en «acción». Además, en el «APGAR», el «rechazo» se asociaba con «precontemplación».

## Discusión

Los principales hallazgos del presente estudio muestran que las actitudes parentales en la crianza desempeñan un papel relevante en el desarrollo y en el pronóstico de los TCA, influyendo la motivación para el cambio. De esta forma, los recuerdos sobre la crianza influyen sobre la actitud frente al cambio que las pacientes presentan al año de tratamiento. La «sobreprotección» percibida en la infancia se asocia con el hecho de continuar aún en la fase de «precontemplación» al año de tratamiento. Además, la «sobreprotección» influye negativamente en las puntuaciones de «acción» para el proceso del cambio y también el «mantenimiento» al año de seguimiento. Por tanto, la sobreprotección percibida invalida en cierta medida a las pacientes y les hace menos eficaces a la hora de pasar a la acción en la superación de su TCA. En este mismo sentido, también las altas puntuaciones de «rechazo» percibido en la crianza se asocian con una puntuación más elevada en «precontemplación» al año de tratamiento, independientemente del grado de disfunción familiar existente en ese momento. Por el contrario, el «calor emocional» percibido se relaciona directamente



**Figura 1** Funcionamiento familiar en los distintos grupos diagnósticos según las puntuaciones del APGAR.

con mayores puntuaciones en la fase de «acción» al año de seguimiento, probablemente por el hecho de que también puede influir en los procesos del cambio. Las pacientes con mayor calor emocional percibido en su infancia podrían tener mayor sentimiento de autoeficacia.

El «favoritismo» no mostró ninguna asociación con la actitud frente al cambio. No obstante, hay que tener en cuenta que los datos relativos al factor favoritismo del cuestionario EMBU son poco fiables, ya que, mientras que los resultados de las otras tres escalas se han mantenido constantes en diferentes poblaciones, el favoritismo no se ha mantenido así en las adaptaciones a las distintas culturas y países (Cava et al., 2003).

Los comportamientos de los padres durante la crianza ya han sido descritos como relevantes sobre aspectos como la percepción de la propia imagen corporal (Marco, Perpiñá y Botella, 2013) o sobre la expresión de la psicopatología alimentaria. En este sentido, Murris, Meesters, Merckelbach y Hülsenbeck (2000) identificaron cómo el rechazo y la crianza ansiosa se asociaban a mayor nivel de preocupaciones en los hijos. Lo más novedoso de nuestros hallazgos es que también confirman cómo la crianza puede influir en aspectos específicos sobre la motivación hacia el tratamiento, lo que finalmente influirá en el pronóstico. Investigaciones aún no publicadas de nuestro grupo han encontrado que la influencia de la crianza sobre la motivación al cambio también están relacionadas con otras variables mediadoras, tales como la autoestima y la insatisfacción con la imagen corporal.

El estudio presenta algunas limitaciones y consideraciones. En primer lugar, las propias de los test autoadministrados. Estos posibles sesgos ya han sido tenidos en cuenta a la hora de validar dichos test diagnósticos. Una posible limitación a reseñar sería el hecho de que el EMBU no fue administrado de nuevo cuando se realizó la evaluación al año. Se podría pensar que la percepción del estilo de crianza mejora una vez mejorada también la psicopatología. No obstante se ha visto que las escalas del EMBU son invariantes ante los cambios en el estado emocional de las personas (Livianos Aldana, Rojo Moreno, Cuquerella y Rodrigo Montó, 2001). En relación a la valoración retrospectiva de la crianza es importante resaltar que evaluamos el recuerdo, no la crianza en sí misma. Se podría argumentar que la influencia es bidireccional y ciertos comportamientos de los hijos pueden provocar respuestas parentales de rechazo y control. A este respecto, se ha aclarado que en el recuerdo, la percepción que se tiene de la crianza, puede ser más importante para el sujeto que el estilo educativo real (Perris et al., 1985).

En definitiva, los principales resultados del presente estudio confirman la hipótesis planteada de que la percepción de los pacientes sobre su crianza influye sobre la actitud frente al cambio que presentan al año de iniciar el tratamiento, hecho que es importante porque, a su vez, la actitud frente al cambio va a condicionar en gran medida la evolución de la psicopatología. Según los hallazgos obtenidos, la «sobreprotección» por parte de los padres es la variable que más peso tiene, y demuestran que el efecto negativo que ejerce la sobreprotección en la crianza, se mantiene incluso una vez que surge el TCA y las pacientes buscan ayuda para superarlo, probablemente manteniendo un estilo inseguro de funcionamiento. Por el contrario, tal

como defiende la teoría del apego (Bowlby, 1986), el apoyo por parte de figuras de apego genera autoconfianza, que tiende a subsistir durante el resto de la vida.

Entender cómo la percepción de la crianza puede influir no solo en la expresión psicopatológica, sino también en un aspecto tan esencial como la actitud ante el tratamiento, puede ayudar desde el punto de vista terapéutico y pronóstico además del preventivo. El hecho de que sobreprotección percibida sea un factor determinante en el hecho de que las pacientes con TCA se encuentren en la etapa de precontemplación, incluso después de su permanencia durante un año en un programa de tratamiento, y que el calor emocional percibido favorece la disposición a la acción, ayudaría en un futuro a identificar el trabajo a realizar a través de la relación terapéutica para facilitar el inicio del proceso del cambio. Podría ser útil incorporar al tratamiento no solo aspectos motivacionales, sino también otros de tipo relacional que, considerando el estilo de crianza percibido por la paciente, permitiera a los terapeutas establecer un tipo de relación correctora del vínculo parental y el fomento de la autodirectividad, entendiendo por tal la capacidad de integrar experiencias y asumir la responsabilidad de los propios objetivos, valores y bienestar.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *DSM-IV - Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Masson.
- Arrindell, W., Perris, H., Denia, M., van der Ende, J., Perris, C., Kokkevi, A., et al. (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.
- Beato-Fernández, L. y Rodríguez-Cano, T. (2003). Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). Development and psychometric properties. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 111-119.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-LLario, A. y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294.
- Bellón, J., Delgado, A., Luna del Castillo, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.

- Bowlby, J. (1986). "Vínculos afectivos": formación, desarrollo y pérdida (p. 53). Madrid: Morata.
- Cava, G., Rojo, L. y Livianos, L. (2003). Influencia de la percepción de la crianza en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. En L. Rojo, G. Cava, L. Rojo, y G. Cava (Eds.), *Anorexia nerviosa* (pp. 147-163). Barcelona: Ariel. Ciencias Médicas.
- Clausen, L. L. (2013). Motivation to change in the eating disorders: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 755-763.
- Fairburn, C., Cooper, Z., O'Connor, M., Doll, H., Bohn, D., Hawwer, D., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Fassino, S., Piero, A., Tomba, E. y Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BioMed Central Psychiatry*, 9, 67-68.
- Gabbard, G. (2006). When is transference work useful in dynamic psychotherapy? *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1663-1669.
- Herraiz-Serrano, C., Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Vaz-Leal, F., Rojo-Moreno, L. y Latorre-Postigo, J. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 91-98.
- Knowles, L., Anohkina, S. y Serpell, L. (2013). Motivational interventions in the eating disorders: What is the evidence? *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 97-107.
- Livianos Aldana, L., Rojo Moreno, L., Cuquerella, M. A. y Rodrigo Montó, G. (2001). El efecto del estado de ánimo en la percepción de la crianza. *Archivos de Psiquiatría*, 64(2), 155-164.
- Macdonald, P., Hibbs, R., Corfield, F. y Treasure, J. (2012). The use of motivational interviewing in eating disorders: A systematic review. *Psychiatric Research*, 200, 1-11.
- Marco, J., Perpiñá, C. y Botella, C. (2013). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: diferencias en la respuesta al tratamiento según el diagnóstico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(3), 491-509.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping people change. Applications of motivational interviewing* (3rd ed). New York: The Guilford Press.
- Murris, P., Meesters, C., Merckelbach, H. y Hülsebeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research Therapy*, 38(5), 487-497.
- Perris, C., Arrindell, W., Perris, H., van der Ende, J., Maj, J., Benjaminsen, S., et al. (1985). Cross-national study of perceived parental rearing behaviour in healthy subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72(3), 278-282.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H. y von Knorring, L. (1980). Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274.
- Pollert, G., Engel, S., Schreiber-Gregory, D., Crosby, R., Cao, L. y Wonderlich, S. A. (2013). The role of eating and emotion in binge eating disorder and loss of control eating. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 233-238.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, 47, 1102-1114.
- Racine, S. y Wildes, J. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 713-720.
- Rodríguez-Cano, T. y Beato-Fernández, L. (2005). Attitudes towards change and treatment outcome in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 10, 59-65.
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Rojo-Moreno, L. y Vaz-Leal, F. (2012). Influence of attitudes towards change and self-directness on dropout in eating disorders: a 2-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 123-128.
- Ruiz Martínez, A., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J., Viadrich i Segué, C. y Halley Castillo, M. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. y Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.
- Stiles-Shields, C., Touyz, S., Hay, P., Lacey, H., Crosby, R., Rieger, E., et al. (2013). Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 783-789.
- Tasca, G. y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 710-717.
- Van der Kaap-Deede, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Verstuyf, J., Boone, L. y Smets, J. (2014). Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: the role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 585-600.
- Wildes, J., Marcus, M., Cheng, Y., McCabe, E. y Gaskill, J. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 870-873.
- Yamaguchi, N., Kobayashi, J., Tachikawa, H., Sato, S., Hori, M., Suzuki, T., et al. (2000). Parental representation in eating disorder patients with suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(2), 131-136.