

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Influencia del estilo parental autoritario en el desarrollo de
Anorexia Nerviosa
Proyecto de Investigación**

María Gracia Dueñas Fadic

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 18 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Influencia del estilo parental autoritario en el desarrollo de
Anorexia Nerviosa**

María Gracia Dueñas Fadic

Calificación:

Nombre del profesor, título académico

Mariel Paz y Miño, PhD.

Firma del profesor

Quito, 18 de mayo de 2016

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Gracia Dueñas Fadic

Código: 00106942

Cédula de Identidad: 171371699-9

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2016

RESUMEN

Este estudio tiene como propósito encontrar la relación entre el estilo parental autoritario y su influencia en el desarrollo de anorexia nerviosa en adolescentes de 12-18 años. A pesar de que no es posible distinguir una causa única para este trastorno, es importante estudiar hasta qué punto el estilo parental autoritario puede fomentar su desarrollo. Los participantes de esta investigación tentativa son de 25-30 adolescentes de 12-18 años que actualmente cumplan con un diagnóstico de anorexia nerviosa y estén dentro de un centro de rehabilitación (público o privado). Por medio de Parental Authority Questionnaire (PAQ) y Parental Authority Questionnaire Revised (PAQ-R) se pretende medir cuantitativamente el estilo parental que tiene cada participante. Los resultados esperados señalan que tanto el estilo parental autoritario como el permisivo se evidencian en pacientes con un diagnóstico de anorexia nerviosa. Esto indica que a pesar de que estos estilos parentales no sean una causa directa del trastorno, están presentes y pueden tener un impacto en el mantenimiento de los síntomas.

Palabras clave: anorexia nerviosa, estilos parentales, estilo parental autoritario, estilo parental permisivo, estilo parental democrático, adolescencia.

ABSTRACT

The purpose of this study is to find the relationship between authoritarian parenting style and the influence it may have in the development of anorexia nervosa in adolescents from 12-18 years old. Although it is not possible to establish one single cause for this disorder, it is important to understand to what point authoritarian parenting style encourages its development. The participants of this possible investigation are of 25-30 adolescents from the ages of 12-18 that currently have a full diagnosis of anorexia nervosa and are in a rehabilitation center (public or private). With the Parental Authority Questionnaire (PAQ) and the Parental Authority Questionnaire Revised (PAQ-R) the aim is to measure quantitatively the participant's parenting style. The expected results point out that permissive and authoritarian parenting styles are present in patients with anorexia nervosa. This shows that even though parenting styles are not a direct cause of this disorder, they are present and may have a significant impact in the maintenance of the symptoms.

Key words: anorexia nervosa, parenting styles, authoritarian parenting style, permissive parenting style, authoritative parenting style, adolescence.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| REVISIÓN DE LITERATURA..... | 14 |
| METODOLOGÍA..... | 34 |
| RESULTADOS Y CONCLUSIONES..... | 39 |
| REFERENCIAS..... | 46 |
| ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES..... | 49 |
| ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 51 |
| ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN... | 57 |

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación es distinguir como y hasta qué punto el estilo parental autoritario influye en el desarrollo de anorexia nerviosa (AN) en adolescentes de 12-18 años. Las características principales de este trastorno es la restricción voluntaria de alimento por un miedo irracional y obsesivo de subir de peso (American Psychiatric Association, 2013). La prevalencia de este trastorno en la población general es de 0.5-1% y las consecuencias adversas hace que exista un alto índice de mortalidad (Lazarevic, Batinic & Vukosavljevic-Gvozden, 2016). Esta prevalencia es considerada a nivel mundial y representa de igual manera a la población ecuatoriana. Algunas de las consecuencias fisiológicas incluyen la amenorrea, fallas de órganos, bradicardia, hipotensión y problemas coronarios (Sidiropoulos, 2007). Por la seriedad de este trastorno, se considera importante investigar y profundizar sus posibles causas, el estilo parental siendo una de ellas.

Los estilos parentales fueron desarrollados y categorizados por Diana Baumrind y fueron divididas en tres estilos: democrático, permisivo y autoritario (Sharma, Sharma & Yadava, 2011). Se considera al estilo permisivo y autoritario como mal adaptativos ya que no proveen el espacio necesario de negociación de límites y normas con los hijos (Haycraft & Blissett, 2010). De igual manera, se ha determinado como el estilo parental y modo de crianza dentro de un hogar impacta al desarrollo de los hijos a corto y largo plazo (Xiuquin et al., 2010). Por esta razón, es importante determinar si hay alguna relación entre el estilo parental en un hogar y el desarrollo y mantenimiento de AN en la adolescencia. A pesar de que esto no se puede considerar como una causante única, es fundamental determinar cómo puede influir en su desarrollo.

Es importante considerar este tema en nuestra cultura ecuatoriana dado a que las investigaciones únicas para nuestra sociedad son escasas. Se debe investigar para obtener resultados que potencialmente sirvan como un método de prevención de este trastorno dentro de nuestra sociedad específicamente. Los estudios y resultados realizados en el extranjero no siempre son aplicables para nuestra sociedad. A continuación, se presenta una explicación del problema a profundidad seguido por una revisión literaria por el cual se determinarán los resultados esperados para esta investigación. Por último, se presentaran las conclusiones y discusión para este estudio seguido por sus limitaciones y recomendaciones para el futuro.

Introducción al problema

Los trastornos alimenticios dentro de la sociedad se consideran un tema de interés por todas las consecuencias adversas que traen. Se evidencian tasas significativas de mortalidad, especialmente por AN, al igual que problemáticas de salud a corto y largo plazo (Papadopoulos, Ekbom, Brandt & Ekselius, 2009). Algunas complicaciones fisiológicas incluye hipotensión, bradicardia, amenorrea, pérdida de cabello y falla de los órganos (Sidiropoulos, 2007). A pesar de que no es posible establecer una causa concreta de lo que lleva a la presencia de este trastorno, es útil tener un buen entendimiento de algunos factores que pueden tener un rol en su desarrollo. La AN tiene una prevalencia de 0,5-1% en la población general lo cual es un porcentaje significativo tomando en cuenta todas las consecuencias adversas (Lazarevic et al., 2016). Considerando que la familia es donde las personas generan sus primeros vínculos y relaciones, existe la relevancia de investigar como el estilo parental adoptado por los padres puede influir en el desarrollo de trastornos alimenticios (Enten & Golan, 2008). La descripción y establecimiento de los diferentes tipos

de estilos parentales fueron propuestos por Diana Baumrind. Esta categorización describe los diferentes modelos y tipos de crianza que pueden presenciarse en diferentes hogares e incluyen estilos: democrático, permisivo y autoritario (Sharma et al., 2011). Cada estilo parental contiene diferentes límites, actitudes y disponibilidad por parte de los padres. Se estima que el estilo parental adoptado en casa impactan el desarrollo y comportamientos de los hijos a corto y largo plazo (Xiuqin et al., 2010). Se busca encontrar hasta qué punto los padres con un estilo parental autoritario pueden influir en el desarrollo de anorexia nerviosa en adolescentes de 12-18 años. Si bien todos los trastornos alimenticios tienen la misma importancia y efectos negativos, para esta investigación se trabajará con la anorexia nerviosa dado a su alto índice de mortalidad a comparación de otros trastornos alimenticios.

Antecedentes

La historia de Anorexia Nerviosa y Estilos Parentales: una breve reseña.

La AN es visto y estudiado como un trastorno mental desde el siglo diecinueve (Almenara, 2003). Anteriormente la abstención voluntaria de la comida no era visto como un síntoma patológico y formaba parte de algunas prácticas cristianas (Fairburn & Brownell, 2002). De igual manera, se ha encontrado jeroglíficos egipcios que describen comportamientos anoréxicos y de restricción de comida (Almenara, 2003). Los síntomas predominantes de este trastorno es el deseo obsesivo de no querer subir de peso, tener una visión distorsionada de la imagen personal, baja de peso repentina y restricción voluntaria en la ingesta de comida. Afecta aproximadamente a 1% de la población y se manifiesta más en mujeres (10:1) (Guo, Wei & Keating, 2016).

No existe una causa única de AN, sin embargo hay varios factores de riesgo que son considerados en su desarrollo. Se evidencia que las personas que tienen tendencia a hacer dieta a tempranas edades tienen más riesgo de desarrollar AN. Este constante deseo de perder peso muchas veces se da por factores sociales de alcanzar el cuerpo ideal (Tozzi, Sullivan, Fear McKenzie & Bulik, 2002). Adicionalmente, se ha visto que personas que vienen de familias con un nivel más alto de control, rigidez, sobreprotección y discordia marital tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia (Tozzi et al., 2002). Por último, hay una influencia genética dado a que los estudios demuestran un 84% de incidencia en gemelos con anorexia (Guo et al., 2016).

Los estilos parentales han sido estudiados minuciosamente porque se estima que la manera de crianza llega a tener un efecto positivo o negativo a largo plazo en la vida del niño (Xiuqin et al., 2010). El estilo parental adoptado dentro de una familia, o la combinación de ellos, puede llevar a problemas de internalización o externalización en los hijos (Aunola & Nurmi, 2005). Aunque se relacionen ciertos tipos de consecuencias a ciertos estilos parentales, esto depende mucho de las características únicas de cada individuo. Los hijos dentro de una familia pueden ser expuestos al mismo tipo de estilo parental y aun así tener un desarrollo diferente

La atención de esta investigación se enfocará en adolescentes de 12-18 años porque es la edad donde se encuentra un alto índice de desarrollo de AN donde también se ve que las pacientes siguen bajo la crianza de sus padres. Nuevamente, se eligió este trastorno alimenticio por el alto nivel de mortalidad que existe considerando esto como un problema grande de la sociedad. Al tener un mejor entendimiento de una de las posibles causas de este trastorno será posible determinar hasta qué punto los estilos parentales juegan un rol importante en el desarrollo de AN.

El problema

A pesar de que el interés para determinar la vinculación entre el efecto que tiene la familia y el desarrollo de AN ha sido investigado, los estudios encontrados se enfocan más en el estilo de apego que en estilos parentales per se. Si bien el entendimiento sobre el estilo de apego es importante para tener una clara idea del desarrollo de AN, se considera útil investigar el estilo parental dado a que es algo con lo que se puede intervenir directamente a comparación del apego que es algo ya establecido.

Se han realizado estudios que buscan encontrar la relación entre estilos parentales y AN, sin embargo han sido investigaciones amplias que estudian todos los estilos parentales (Bolghan, Ali & Amir, 2011). Algunos hallazgos señala la relación entre estilos parentales mal adaptativos (permisivo, autoritario) y trastornos alimenticios (Haycraft & Blissett, 2010). Para esta investigación se hará el enfoque únicamente en el estilo parental autoritario dado a que no hay información exhaustiva sobre esta relación.

La dinámica familiar es considerada dentro de la AN por lo cual muchas veces el tratamiento implica alguna intervención con la familia (Nichols, 2014). Por este lado, la investigación entre la relación entre la familia y la paciente con AN tiene muchas bases empíricas que han sido estudiadas a profundidad. Sin embargo, nuevamente, aunque la familia es un eje importante en el estudio de este trastorno muchas veces el enfoque no gira alrededor del estilo parental, sino de cómo cambiar la dinámica dentro de la estructura familiar para generar cambios.

Aunque con los resultados obtenidos por medio de esta investigación no se intentara forzar cambios de estilos parentales dentro de una familia con una persona con AN, se podrá

explicar con bases científicas como la manera de crianza pudo ser un factor para el desarrollo del trastorno y potencialmente aumentar el entendimiento de la familia a cuanto esta temática.

Para concluir, el déficit de información dentro de esta área de investigación se centra principalmente en la falta de enfoque en un solo tipo de estilo parental. Es decir, existe información sobre los estilos parentales como una generalidad pero no hay suficiente información sobre el efecto del estilo parental autoritario con el desarrollo de AN. La información que existe alrededor de este ámbito es muy inespecífica y requiere de más investigación para determinar una causalidad más marcada entre estas dos variables.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto el estilo parental autoritario puede influir en el desarrollo anorexia nerviosa en adolescentes de 12-18?

El significado del estudio.

Dentro del Ecuador no existen investigaciones profundas acerca de la relación del estilo parental autoritario y el desarrollo de AN en adolescentes de 12-18 años. Es importante profundizar este tema dado a que se puede lograr brindar un mejor entendimiento a las familias que tienen un integrante con este trastorno sobre las posibles causas. A pesar de que no se busca eliminar por completo el estilo parental adoptado por la familia, por medio de estos resultados se pueden desarrollar herramientas que pueden ser útiles para los padres autoritarios. Es una manera que se puede ayudar a mejorar su estilo parental hacia sus hijos que potencialmente puede generar mejoras en la paciente. Considerando que dentro de la AN se implementa la terapia familiar, es fundamental que la familia entienda cuál es su rol en el desarrollo de este trastorno en su hijo(a) y con esto buscar posibles soluciones que mejoren el

trastorno. Es una manera de concientizar la dinámica familiar que puede fomentar y mantener los síntomas.

Resumen

A continuación se presenta la Revisión de la Literatura que será dividida en dos diferentes apartados. Primeramente, se describe la AN y sus criterios de diagnóstico al igual que diferentes teorías que brindan posibles explicaciones para el trastorno. En la segunda parte de la revisión literaria, se da una explicación sobre los estilos parentales y diferentes teorías que aclaran como el estilo de crianza impacta a corto y largo plazo la vida de los hijos. Esta revisión es seguida por la metodología donde se expone todos los pasos y consideraciones necesarias para llevar a cabo este estudio. Por último, se presenta los resultados esperados, la discusión y la conclusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información presentada en la revisión de literatura se obtuvo de artículos académicos que han sido publicados en los últimos seis años. No se consideró estudios realizados antes del 2010, salvo algunos trabajos clásicos que ayudan a entender las teorías primarias sobre los temas presentados. De igual manera, se hace una grande referencia al DSM-V que se utiliza para entender la descripción, síntomas y criterio de diagnóstico de la anorexia nerviosa. Se utilizó la versión electrónica del DSM-V. La información se encontró por medio de palabras claves que hacían referencia al tema de interés con el que se estaba trabajando. En la mayoría de los casos se ingresó las palabras claves en inglés dado que de esta manera se tuvo acceso a información actualizada y reciente. Se buscó las fuentes por medio de EBSCO, Proquest y Google Scholar dado que son métodos de búsqueda que brindan artículos académicos de journals que han sido publicadas después de un proceso de peer editing. Todos los artículos utilizados fueron adquiridos de manera fácil, rápida y gratuita. Se descartó cualquier artículo que no presentaba una fecha de publicación, nombres de autores o el nombre del journal por el cual se publicaba.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión que se presentará a continuación será dividida por temas de interés que brindaran un mejor entendimiento sobre el problema de investigación. Primeramente, se explicará la anorexia nerviosa al clarificar su definición, criterio de diagnóstico y sus posibles causas. Se discutirá los factores genéticos, psicosociales y la relación con el tipo de apego que se relacionan con la anorexia. En el segundo apartado de esta revisión se expondrá la

influencia de la familia en el desarrollo de anorexia nerviosa al igual que la clasificación y explicación de los estilos parentales. En conjunto, esta información brindará un mejor entendimiento sobre la posible conexión que puede existir entre el estilo parental adoptado dentro de una familia y el desarrollo de anorexia nerviosa en uno de los integrantes.

TEMA 1: ANOREXIA NERVIOSA

Tras más de diez años de investigación, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V) fue finalmente publicado en el 2013 (American Psychiatric Association, 2013). Dentro de esta nueva publicación existieron cambios en los criterios para el diagnóstico de trastornos alimenticios. Tras estos cambios, se ha evidenciado un incremento en el diagnóstico de AN de 35% a 47% al igual que un incremento en el diagnóstico de otros trastornos alimenticios (Mancuso et al., 2015). La modificación de los criterios necesarios para cumplir un diagnóstico de AN excluye a menos personas dado que ya no se debe cumplir con un cierto porcentaje de pérdida de peso (anteriormente era bajo el 85% del peso) y no se debe tener ausencia de la menstruación (amenorrea) de por lo menos tres meses como presentaba el DSM-IV-TR (Mancuso et al., 2015)

A pesar de que la prevalencia mundial de AN es entre 0.5-1%, en los últimos años se ha evidenciado un incremento de mujeres con síntomas de trastorno alimenticio a pesar de no cumplir con el diagnóstico completo (Lazarevic, Batinic, Vukosavljevic-Gvozden, 2016). Se estima alrededor de 8-17% de mujeres que presentan síntomas como niveles intensos de ejercicio al igual que dietas estrictas (Lazarevic et al., 2016). Esto indica como a pesar de que la tasa de AN per se no pasa el 1%, hay muchas mujeres que luchan con síntomas que igual interfieren con su vida diaria.

Para cumplir con un diagnóstico de AN, el DSM-V requiere tres criterios: A) que exista una restricción de ingesta en alimentos que no cumpla con las necesidades corporales y que lleven a un peso significativamente bajo en relación con la edad, sexo, el curso de desarrollo y salud física. En este apartado se aclara que la palabra *significativamente* se refiere a un peso corporal menor que el peso mínimo normal. En niños y adolescentes se define como un peso menor al mínimo esperado. B) Tener un miedo intenso a subir de peso o engordar, o

comportamientos constantes que no permiten el aumento de peso, aunque tengan un peso significativamente bajo. C) Alteración en la manera de percibir el propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o ausencia constante de reconocer de la gravedad del peso corporal bajo actual (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro del mismo criterio de AN en el DSM-V se encuentra la codificación para especificar el tipo de anorexia del que se está hablando. Se presenta el tipo restrictivo (F50.01) que indica que si durante los últimos tres meses, la persona no ha tenido episodios repetidos de atracones o purgas (vómito auto provocado, utilización errónea de laxantes, diuréticos o enemas). Este especificador se trata de una presentación donde la pérdida de peso se debe más que nada a la dieta restrictiva, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. Adicionalmente, se presenta en especificador de anorexia tipo con atracones/purgas (F50.02) donde el individuo, durante los últimos tres meses, si ha tenido episodios repetidos de atracones o purgas (vómito auto provocado, utilización errónea de laxantes, diuréticos o enemas). (American Psychiatric Association, 2013).

Las personas con anorexia nerviosa muchas veces se caracterizan por rasgos de personalidad obsesivos y ansiosos por lo cual tienden tener trastornos paralelos de ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo). Adicionalmente, se evidencia un nivel de preocupación excesivo sobre el incremento de peso al igual que detalles generales en la vida lo cual llevan a comportamientos perfeccionistas e ideas rígidas (Lazarevic et al., 2016). Estas características se evidencian más dentro de las familias con algún miembro que tiene anorexia y algunos estudios indican como estos factores mantienen los síntomas del paciente. Es decir, altos niveles de ansiedad dentro de una familia puede

tener el poder de mantener y fortalecer los síntomas de AN (Sternheim, Konstantellou, Startup & Schmidt, 2011).

Las causas de AN no son únicas dado a que no se puede determinar una variable consistente entre todos los casos donde se origina el trastorno (Dring, 2015). Sin embargo, se puede explicar el trastorno por medio de una combinación de variables tanto biológicas, sociales y familiares que, en conjunto, pueden facilitar el desarrollo de AN. Estos factores pueden ser responsables de tanto el desarrollo como el mantenimiento del trastorno por lo cual es importante considerar la combinación de estos diferentes factores para tener un mejor entendimiento del desarrollo de este trastorno. Las diferentes posibles causas y precipitantes de AN son presentadas a continuación.

Causas Genéticas

No se puede discutir qué factores ambientales y sociales influyen en el desarrollo de AN. No obstante, varias investigaciones demuestran que también existen factores genéticos que afectan el desarrollo de este trastorno. Según un estudio, en porcentajes aproximados, AN se desarrolla por 60% factores ambientales y 40% factores genéticos (Karwautz et al., 2010). Un estudio que trabajó con gemelas determinó que 56% del desarrollo de AN se debe a factores genéticos. Estos resultados concuerdan con un estudio Sueco que determinó el atribuyó el mismo porcentaje a factores genéticos (Bulik, 2010). Hipótesis que vinculan AN con factores genéticos surgen de estudios con gemelos realizados por Stober et al. (2000), Holland et al. (1984, 1988), Klump et al. (2001) y Lilenfeld et al. (1998). (Dring, 2015). En combinación, sus conclusiones demuestran que la presencia de anorexia es más alta en parientes de primer grado y gemelos idénticos (Dring, 2015). La evidencia de factores genéticos que pueden influir en AN han sido comprobados a pesar de no presentarse por igual en todos los casos. Es decir, no se puede generalizar que todas las personas con AN tienen las

mismas causas genéticas a pesar de que si existen similitudes entre ellas. En algunos casos, se reporta un variación en el gen OPRD1 que se encontró en 21.7% de los sujetos con AN (Dring, 2015). De igual manera, existe evidencia que hay un variación en el gen HTR1D, a pesar de que estos hallazgos no son tan significativos y se presenta únicamente en casos de AN tipo restrictiva. Se estima que la variación del gen OPRD1 incrementa el riesgo de AN por 0.5% y no se tiene una estimación del riesgo por el gen HTR1D (Dring, 2015). Es decir, estos estudios indican una correlación por la presencia de estos genes en el desarrollo de AN, sin embargo no es lo suficientemente alta como para atribuir la causa del trastorno únicamente a variaciones genéticas (Dring, 2015).

Adicionalmente, una investigación que estudio la genética molecular en AN demostró que aquellas personas con el trastorno tienen incluido en su genotipo de *5-HTTLPR polymorphism* un alelo-S (Karwautz, 2010). Como se mencionará a continuación, el tipo de apego que una persona desarrolla puede poner en riesgo el desarrollo de AN. Este estudio de genética molecular señala que para que una persona tenga la vulnerabilidad de desarrollar un tipo de apego que sea susceptible para el desarrollo de AN debe estar presente el alelo S. Esto puede llevar a una alteración en el eje HPA y a una pobre auto regulación de estrés. Esto acompañado con un factores ambientales en la niñez o adolescencia puede aumentar la probabilidad del desarrollo de AN (Karwautz, 2010).

La restricción voluntaria de comida es un síntoma típico y necesario para el diagnóstico de AN. La disminución de la ingesta de comida se puede deber a los péptidos responsables de regular el hambre. Estos son los péptidos *ghrelin* que están clasificados en *acyl ghrelin* y *des-acyl ghrelin* (Ogiso et al., 2011). Pacientes con AN ha demostrado un incremento en sus niveles de los péptidos *ghrelin* especialmente en el plasma de los *des-acyl ghrelin* lo cual es responsable de la regulación del hambre. De igual manera, el péptido ácido

nesfatin-1 está asociado con la saciedad después de la alimentación. Este péptido está distribuido a lo largo del sistema nervioso centran particularmente en el núcleo del hipotálamo lo cual hace que este asociado con la regulación apropiada de la ingesta de comida y del metabolismo (Ogiso et al., 2011). Como el péptido ácido nesfatin-1 está vinculado con la conducta alimenticia y peso corporal por medio de la supresión de comida, está asociado con el desarrollo y mantenimiento de AN. Esta investigación demostró como los niveles de nesfatin-1 estaban más bajos en el grupo de AN en comparación con el grupo control. El nivel de nesfatin-1 también se correlaciono de manera positiva con el índice de masa corporal (BMI) de los participantes: a menor BMI había un menor nivel de nesfatin-1.

Adicionalmente, los niveles de serotonina presentes durante y después de la recuperación de AN se ven afectados (Kiezebrink et al., 2010). La serotonina es un neurotransmisor responsable de la regulación de la saciedad, alimentación, ansiedad, adicciones, estado de ánimo, ciclo de sueño, percepción de la imagen corporal e impulsividad. A pesar de que se habla de una desregulación de serotonina en pacientes con AN, esto se puede deber a la combinación inusual de diferentes subtipos de serotonina o la interacción de serotonina con diferentes receptores (Kiezebrink et al., 2010). Dentro del sistema de serotonina (5-HT) hay diferentes genes que tienen más vinculación con el desarrollo de síntomas de AN. El gene transportador de serotonina (5-HTT) se responsabiliza de codificar la proteína 5-HTT. Dentro de esta región se encuentra la región *polymorphic* ligada al gen (5-HTTLPR) que contiene los alelos L y S (mencionados anteriormente) que son los responsables de la regulación del gen 5-HTT (Chen et al., 2015). El alelo S del 5-HTTLPR polimorfismo disminuye la expresión del gen 5-HTT que se ha asociado con diferentes trastornos psiquiátricos que incluyen tanto la anorexia como la bipolaridad, depresión y suicidio (Chen et al., 2015). Es decir, la irregularidad dentro de los diferentes genes en el

sistema de serotonina se vincula con la presencia y mantenimiento de AN. Es importante considerar que no solo se puede hablar en términos de deficiencia o sobre producción de serotonina, sino considerar los mecanismos dentro de este sistema para tener un mejor entendimiento del sistema en su totalidad.

De igual manera, el sistema dopaminérgico se ve alterado en pacientes con AN (Bailer et al., 2013). La dopamina es un neurotransmisor responsable del dolor, impulsividad, estado de ánimo, motivación, sistema de recompensa, placer y memoria (Cools, Nakamura & Daw, 2011). Se evidencia niveles alterados de dopamina en pacientes con AN que juega un rol importante en la conducta alimenticia, niveles excesivos de actividad y disforia. La alteración de este sistema es visto como un factor que incrementa la vulnerabilidad del desarrollo de AN y no como consecuencia de la malnutrición (Bailer et al., 2013). El sistema de recompensas en el cerebro se origina en el cerebro medio hasta el estriado ventral que está relacionado con la motivación (Zink & Weinberger, 2010). Se evidencia una estimulación disminuida en el sistema dopaminérgico en pacientes con AN que se vincula con el poco placer que experimentan al momento de ingerir algún alimento. Es decir, usualmente las personas tienen una asociación positiva y una liberación de dopamina normal al momento de comer. Por esta razón, normalmente, se asocia la comida de manera positiva como un aporte nutricional y algo que contribuye a nuestra satisfacción. Sin embargo, pacientes con AN no tienen una asociación positiva a la ingesta de comida y la disminución en la respuesta del sistema dopaminérgico incrementa la falta de motivación y emociones positivas detrás de la alimentación (Zink & Weinberger, 2010).

Teorías del Apego

El interés de investigación de estilos de apego en relación con AN ha incrementado a través de los años (Zachrisson & Skarderud, 2010). Se presume que los vínculos en los primeros años perduran a lo largo de la vida y tienen el potencial de influir en el desarrollo de psicopatología en la adultez. Estudios realizados en diferentes países indican como los síntomas relacionados con AN tienen una correlación positiva con el estilo de apego que tiene el individuo (Lazarevic et al., 2016). El estilo de apego inseguro es un factor de riesgo para el desarrollo de AN ya que se evidencian mayores síntomas de insatisfacción de peso, imagen del cuerpo y actitudes que resaltan características de AN. Por otro lado, las personas que presentan un estilo de apego seguro demuestran una correlación negativa con la preocupación constante de la imagen del cuerpo y de su peso (Lazarevic et al., 2016). Dentro del estudio de AN, es fundamental entender la importancia que un estilo de apego puede tener en la vida de un individuo ya que es otra manera de entender como las interacciones familiares pueden influir en el desarrollo de este trastorno (Zachrisson & Skarderud, 2010).

Algunas investigaciones demuestran que mujeres con un estilo de apego inseguro suelen tener una mayor tendencia a comparar su aspecto físico con el de otras personas por el cual son más vulnerables a desarrollar AN (Zachrisson & Skarderud, 2010). Dentro de la teoría del apego de John Bowlby, los bebés con madres menos sensibles a sus necesidades tienden a desarrollar un estilo de apego inseguro. De igual manera, Bowlby sostiene que el cuidador y el ambiente al que es expuesto el niño es el responsable de los daños que existen en el psique humano. Es decir, las experiencias tempranas en la mayoría de su parte contribuyen al desarrollo de patología en la adultez (Ganis, 2015). El estilo de apego inseguro que se evidencia en pacientes con AN se desarrolla por la carencia de necesidades satisfechas en la infancia. Es decir, en la etapa donde se genera el apego, el bebé fue

depravado de un cuidador que satisfaga sus necesidades de manera constante. Estos niños no tienen la seguridad necesaria para desarrollar confianza y seguridad en su ambiente. No sienten que tienen una figura constante que brinda seguridad por el cual no perciben al mundo como un lugar seguro. Buscan cada vez menos el cuidado de los demás y empiezan a depender de sus propias capacidades para satisfacer sus necesidades (Ganis, 2015).

Nuevamente, existe una correlación entre el estilo de apego inseguro y el desarrollo de AN.

En diferentes estudios el apego de los participantes es medido y establecido de diferentes maneras. En una investigación, se utilizó el *Parental Bonding Inventory* que mide el nivel de unión (*bonding*) que existe con los padres que se relaciona con el tipo de apego que tiene el individuo (Rommel, Nandrino, Atoine & Dodin, 2013). Los resultados de este inventario se reflejan dentro de un espectro donde se puede encontrar el individuo. A un lado del espectro se refleja una unión parental donde existe apoyo emocional, cariño, protección, afecto y cercanía. Al otro lado del espectro hay resultados que destacan una unión parental donde el paciente reporta sobre protección, control, intrusión y negligencia. Dentro de esta investigación, pacientes con AN obtuvieron resultados en el lado del espectro que refleja sobre protección y control (Rommel et al., 2013). Se vio que las personas con AN tienden a describir su relación maternal como fría y distante, lo cual señala un estilo de apego inseguro.

Otra investigación estableció el tipo de apego de las participantes con AN por medio del *Adult Attachment Interview* (Zachrisson & Skarderud, 2010). Es un inventario relacionado con la teoría de apego de Bowlby y se considera uno de los mejores en medir el tipo de apego en adolescentes y adultos. Reporta el criterio actual que tiene el participante respecto al apego y no se enfoca en la perspectiva de las relaciones de apego pasadas (Zachrisson & Skarderud, 2010). Los resultados demuestran que las pacientes con AN (sin especificar el tipo) tienden a tener resultados que denominan su descripción de apego dentro de las categorías de

Preoccupied y *Dismissing*. Es decir, el tipo de apego que reflejan las pacientes con AN es predominante inseguro o ambivalente y ninguno se aproxima a una vinculación segura (Zachrisson & Skarderud, 2010). Esta misma investigación resalta que la falta de confianza y seguridad que tienen las personas con AN es un reflejo de las experiencias y relaciones que tuvieron en la infancia. Los autores señalan como las alteraciones en la relación del niño y padre se relaciona con el desarrollo de un trastorno alimenticio (AN) en la adultez.

Factores Psicosociales

Muchas veces la presión e información que circula en medios sociales influyen significativamente en el desarrollo de AN. En la actualidad, la mayor parte de personas pasan su tiempo en redes sociales donde se comparte información de manera instantánea. Se ha evidenciado que hay mucha información difundida por medio de videos, blogs y fotos que brinda datos erróneos acerca de expectativas de belleza y estilos de vida “saludables” (Abdul et al., 2013). Esta información promete que el estilo de vida anoréxico es sano al igual que proponer dietas restrictivas que supuestamente ayudan a reducir tallas en un tiempo limitado. Toda esta información que existe en línea es un factor de riesgo para personas que tienen la vulnerabilidad para desarrollar AN u otros trastornos alimenticios. Se promueve el cuerpo anoréxico como la moda actual y se idealizan a modelos que tienen un bajo peso corporal. (Abdul et al., 2013).

Muchas veces adolescentes que tienen acceso a esta información la forman parte de su vida y adoptan patrones alimenticios que restringe la ingesta de comida de manera drástica. La presión que ejerce la sociedad sobre el cuerpo ideal y las dietas “fáciles” expuestas en el internet hace que el camino hacia la anorexia sea fácil. En una investigación (Abdul et al., 2013) se presentó aproximadamente 11 horas de videos sobre la anorexia donde se clasifico la información como informativa, pro-anorexia u otro. El contenido de los videos fue evaluado y

clasificado por médicos y los resultados demostraron que 29.3% de la información que se presenta en videos sobre anorexia se clasifican como pro-anorexia. Es decir, hay una vasta cantidad de información en el internet que promueve la anorexia que dan recomendaciones de cómo empezar y mantener este estilo de vida.

Las páginas de internet que promueven ideas de pro anorexia influyen de manera significativa al ideal de delgadez en mujeres y el deseo de músculos en hombres (Juarez, Soto & Pritchard, 2012). Dentro de estos espacios web, las personas tienen la oportunidad de compartir sus experiencias por medio de blogs y chat rooms donde reciben apoyo y consejos de cómo mantener o intensificar su vida anoréxica. Dentro de estas páginas se comparten imágenes de personas delgadas, frases de motivación para no darse por vencido y consejos que fomentan bajar de peso. Muchas veces, adolescentes dentro de un mismo grupo aconsejan este tipo de páginas a otros por el cual se ve la presión social que existe no solamente por ser delgada pero también para visitar estas páginas (Juarez et al., 2012). Nuevamente, se refuerza ideas de delgadez irreales que lleva a consecuencias negativas porque se promueven comportamientos arriesgados de alimentación por aprobación y apoyo de otras personas. A pesar de que se evidencia la influencia de páginas web pro-anorexia en hombres y mujeres, el impacto es mucho mayor en mujeres. En mujeres, existe una correlación positiva mayor entre el nivel de internalización de estas páginas web con pensamientos y conductas alimenticias riesgosas que llevan al desarrollo de AN (Juarez et al., 2012).

A pesar de que considera que los mensajes recibidos por redes sociales y programas de televisión incrementan la posibilidad de un trastorno alimenticio, también se estima la importancia de la opinión, presión y comentarios de compañeros como un factor de riesgo para AN (Gondoli, Corning, Salafia, Bucchianeri & Fitzsimmons, 2012). Los mensajes y presión que adolescentes (usualmente mujeres) reciben de sus compañeras influyen en su

propia auto imagen. Adolescentes mujeres tienden a compararse con sus compañeras que consideran que tienen el cuerpo ideal e intentan alcanzar ese mismo estándar. Usualmente, las adolescentes se comparan a los estándares más altos e intentan alcanzar eso (Ferguson, Munoz, Garza & Galindo, 2012). Pocas veces se comparan e imitan a sus compañeras que tienen un BMI normal o más alto. Hay la tendencia de querer alcanzar lo que parece ser más difícil para llegar a ser más delgadas y perfectas (Ferguson et al., 2012). Esto genera un nivel de ansiedad y estrés más alto para alcanzar el cuerpo deseado.

La presión social prolongada para alcanzar un cuerpo delgado ideal ha demostrado que aumenta la insatisfacción que las adolescentes tienen hacia su cuerpo (Gondoli et al., 2012). Mientras más atención gira alrededor de la imagen corporal, más disgusto hay hacia el propio cuerpo por el cual se toma medidas drásticas para reducir esta intolerancia. Se estima que la presión social para alcanzar el cuerpo ideal no genera el mismo impacto en todos los adolescentes. Esto depende de las diferencias individuales de cada persona ya que algunas pueden internalizar la delgadez de manera extrema mientras otras personas (con la misma presión social) pueden no darle mucha importancia (Gondoli et al., 2012). Existen semejanzas entre las preocupaciones sobre el peso e imagen corporal en grupos de pares (Linville, Stice, Gau & O'Neil, 2011). Por ejemplo, dentro de un grupo de amigas en la secundaria, usualmente las chicas comparten las mismas metas y perspectivas acerca de querer alcanzar (o no) la delgadez. Las adolescentes se agrupan con personas que comparten sus mismas ideas y pensamientos. Los comportamientos e ideas de AN y otros trastornos alimenticios se ven de manera repetitiva en los grupos de pares. En algunos casos, los adolescentes tienden a buscar la aprobación de otras amigas y compañeras por medio de conductas peligrosas para su salud que les ayuda bajar de peso. Existe el constante deseo de alcanzar un cuerpo ideal por el cual hay un nivel de competencia extremadamente alta entre las chicas adolescentes (Linville et

al., 2011). Estos hallazgos no solamente se aplican al desarrollo de AN, sino también para conductas de bulimia nerviosa, atracones y trastornos alimenticios no especificados.

Algunos grupos feministas expresan que los estándares de belleza, especialmente en países y culturas patriarcales, se basan en normas irreales donde las mujeres son vistas como objetos y son utilizadas con fines sexuales para los hombres (Slater & Tiggemann, 2010). En la mayoría de programas de televisión, se presenta la idea de que los hombres solamente sienten atracción por una mujer si tienen el cuerpo y figura ideal para ellos. Según esta línea de pensamiento, esta es la manera de cómo se forman los estándares exagerados y falsos que las mujeres estiman alcanzar por medio de dietas restringidas y exageradas. Acorde esta teoría de que se ve a la mujer como un objeto (*objectification theory*), la razón por el cual las mujeres monitorean y se preocupan tanto por su imagen corporal es por las expectativas extremas instauradas por la sociedad y querer satisfacer estas demandas (Sheldon, 2010). Relacionar al cuerpo como un objeto aumenta los sentimientos de vergüenza y ansiedad sobre la auto imagen (Slater & Tiggemann, 2010). Tener esta perspectiva hacia uno mismo aumenta la probabilidad del desarrollo de AN en mujeres y cuerpo musculosos en hombres.

TEMA 2: FAMILIA-ESTILOS PARENTALES

La familia y sus integrantes conforman los primeros vínculos que una persona desarrolla en su vida. En el sistema familiar es donde se aprende los primeros métodos de comunicación e interacciones que tienen da forma e impacta a un individuo por el resto de su vida. Se considera a la familia como un sistema, donde cada parte (integrante) interactúa con los demás de manera constante y cambiante. (Segrin & Flora, 2005). La influencia tanto de los padres como hermanos (diferentes sistemas) tiene un impacto diferente en la vida de las personas. Cada integrante tiene un papel que corresponde a su rol. Un padre tiene el rol de disciplinar, poner orden y límites en un hogar. A la vez, los hermanos están ahí para negociar, jugar y aprender (Segrin & Flora, 2005). Dentro del rol de los padres, se categoriza su estilo de crianza como los *estilos parentales*. Crear esta tipología del estilo de crianza de los padres permite categorizar los modelos de crianza más representativos que están presentes en diferentes hogares. Existen cuatro divisiones de estilos parentales: democrático, permisivo y autoritario que fueron propuestas, definidas y categorizadas por Diana Baumrind (Sharma et al., 2011).

Cada tipo de estilo parental representa un diferente nivel de balance, actitudes y comportamientos. Es decir, los padres que se encuentran dentro de los diferentes estilos tienden a actuar y comportarse de diferente manera con sus hijos y esto se mide por el nivel de demanda y respuestas que presentan a sus hijos (Berge, Wall, Loth & Neumark-Sztainer, 2011). Su forma de ser da pasó a que los hijos se desarrollen de cierta manera u otra. Se estima que el tipo de estilo parental adoptado en los hogares tiene un impacto en la manera que se forma una persona (Xiuqin et al., 2010). Esto puede ser determinado por el comportamiento actual de los padres versus la percepción que los hijos tienen de la forma de crianza y autoridad de sus padres (Manfredi et al., 2011).

El estilo parental permisivo se caracteriza por permisividad y aprobación constante (Jago et al., 2011). Este estilo de crianza presenta un bajo nivel de demanda de sus hijos y un alto nivel de aprobación (Berge et al., 2011). Los padres permisivos evita la confrontación y a pesar de brindar soporte a sus hijos, pocas veces establecen límites y reglas (Sharma et al., 2011). Permiten que sus hijos regulen, planeen y estructuren sus propias actividades brindándoles un nivel de libertad significativo sin importar la edad del niño. Se estima que el nivel de libertad que se da a los niños bajo este estilo de crianza fomenta los niveles de energía y actividad que desarrollan los niños y su capacidad para balancear esto (Jajo et al., 2011). Padres permisivos no demandan un alto nivel de madurez de sus hijos y muchas veces dejan pasar por alto comportamientos que bajo otro estilo parental seria castigado (Ishak, Low & Lau, 2012). Se enfatiza la evitación que existe de confrontación dado que, la característica principal dentro de este estilo parental, es un bajo nivel de involucramiento en la regulación del comportamiento de los hijos (Sharma et al., 2011).

Un segundo estilo parental es el autoritario, el cual será el enfoque de esta investigación. Los padres que se rigen por este modelo de crianza tienen altos niveles de demanda y un bajo nivel de respuesta (Sharma et al., 2011). Es decir, piden cosas de sus hijos constantemente y forman un alto nivel de expectativas y responsabilidades pero no responden de manera alentadora hacia sus hijos. Estos padres establecen límites rígidos y claros y no proveen el espacio necesario para discutir y negociar las cosas que se hacen dentro del hogar. Se espera que los hijos obedezcan sin importar las circunstancias y son inflexibles en los cambios que atraviesan los hijos (Ishak et al., 2012). Es decir, se mantienen las reglas rígidas (reglas de goma) sin importar la edad y etapa de desarrollo que se encuentre la familia. Nunca hay espacio para negociación y excepciones a las reglas. De igual manera, hay pocas respuestas emocionales (baja afectividad) de los padres y no existe validación sobre los

buenos comportamientos de sus hijos (Topham et al., 2011). Estos padres son percibidos como controladores y siempre en poder el cual no permite que nadie cuestione ni comparta su nivel de autoridad (Huver, Otten, Vries & Engels, 2010).

Dado que el estilo parental tiene el potencial de formar y mantener el comportamiento a lo largo de la vida de las personas, un estudio (Topham et al., 2011) relacionó los hábitos de alimentación de los hijos con el estilo parental de un hogar. Los hallazgos demostraron que las personas que se encuentran bajo la crianza de un estilo parental autoritario tienen mayor tendencia a tener problemas de comer emocionalmente (Topham et al., 2011). Es decir, ingerir comida de manera impulsiva por cuestiones emocionales (ansiedad, estrés, depresión, etc.). Los castigos sin razonamiento o reglas sin flexibilidad se ha relacionado con altos niveles de impulsividad y baja capacidad de resolver problemas en niños (Topham et al., 2011). Esto puede llevar al desarrollo y mantenimiento de comportamientos mal adaptativos en el futuro, dado que no se cuenta con las herramientas necesarias para regular y reflexionar sobre el comportamiento.

El tercer tipo de estilo parental es el democrático donde los padres tanto demandan y responden a la conducta de sus hijos (Sharma et al., 2011). Se considera una combinación de los dos estilos parentales presentados anteriormente (autoritarios y permisivos). Aquí se encuentra un balance entre reglas del hogar que son establecidas por los padres y el permiso que tienen los hijos para opinar, negociar y flexibilizar estas reglas. A diferencia del estilo parental autoritario, las expectativas y reglas dentro de estos hogares van cambiando y flexibilizando según la etapa de desarrollo y edad de los hijos. Por ejemplo, los padres democráticos no les dan el mismo tipo de permiso a los hijos cuando tienen 15 años de cuando cumplen 21. Existen límites claros que se rigen por respeto, pero también hay un gran espacio para la negociación y flexibilidad (Sharma et al., 2011). Algunas investigaciones

indican como los hijos criados bajo este estilo parental desarrollan una mejor capacidad de auto eficacia, auto disciplina y un mayor nivel de madurez emocional (Topham et al., 2011). Esto se debe principalmente al alto nivel de responsabilidad y confianza que se les otorga a los hijos al igual que la firmeza y apoyo que reciben de los padres. Son padres que a pesar de ser asertivos y tener expectativas claras, no son intrusivos y respetan el espacio y decisiones que tomen sus hijos. Sin embargo, no toman el papel extremo de padres permisivos porque proveen soporte y estructura (Huver, Otten, Vries & Engels, 2010). Lo más significativo, después de la flexibilidad, dentro de este estilo parental es la consistencia que ofrecen los padres. Hay constante afecto, respeto, límites y negociación lo cual genera el balance apropiado en la relación padre-hijo (Monaghan, Horn, Alvarez, Cogen & Streisand, 2012). Hay un mejor desarrollo de habilidades para resolución de problemas lo cual lleva a una menor tendencia al desarrollo de problemas inter e intrapersonales (Sharma, et al., 2011).

La categorización y teoría de Diana Baumrind de estilos parentales se complementa con el desarrollo de la teoría de los límites propuesta por Salvador Minuchin el promotor de la terapia familiar estructural (Patterson & Forgatch, 2010). Dentro de su teoría propuso que los dos tipos de límites más significativos que se pueden encontrar dentro de una familia son los enmeshed (enredados) y rígidos (desenganchados) (Bascoe, Davies & Cummings, 2013). Los límites se encuentran dentro de un espectro donde van hacia los más rígidos hasta los más flexibles y se estima que encontrarse en cualquiera de estos extremos puede generar algún tipo de disfunción dentro del hogar (Ratner, 2013). Los límites rígidos (desenganchados) caracterizan a sistemas familiares que tienen poco contacto entre sí. Es decir, existe una gran distancia y autonomía entre los miembros de la propia familia (Bascoe et al., 2013). Dentro de estos límites existe poco conocimiento sobre los problemas que pueden estar teniendo otros miembros de la familia y hay poco cariño y apoyo (Nichols, 2014). Aunque exista poca

relaciona entre los miembros, el poco contacto que existe es rígido con poca comunicación y negociación. No existe mucha libertad de expresión lo cual resulta en que cada miembro se desenvuelva de manera individual e independiente (Nichols, 2014). Las familias con relaciones y límites rígidos y desenganchados tienen una correlación positiva con el estilo parental autoritario. Se puede ver como entre sí, comparten un alto nivel de distanciamiento emocional, poco apoyo, comunicación y flexibilidad entre la familia. De igual manera, existe una correlación negativa con el estilo parental democrático dado que hay un bajo nivel de aceptación, cariño y flexibilidad (Ratner, 2013).

Consecuentemente, los límites enredados (enmeshed) se presentan un extremo nivel de cercanía entre los miembros de una familia (Nichols, 2014). A pesar de que esto puede tener un aspecto positivo porque promueve la interacción y comunicación hay un exceso de contacto que no promueve la independencia de los miembros. Genera relaciones inapropiadas entre los familiares porque la abundancia del contacto no permite un desarrollo de autonomía normal (Garber, 2011). Hay mucha cercanía emocional entre los miembros al igual que un extremo acceso y violación de límites entre los subsistemas de una familia (Nichols, 2014). Por ejemplo, los hijos tienen mucho acceso y poder en la relación de los padres o los padres tienen mucha cercanía e influencia en el subsistema de los hijos. La falta de autonomía e independencia no permite que los hijos desarrollen sus propias herramientas para resolver problemas o que sean eficientes y responsables de ellos mismos (Ratner, 2013). A pesar de que dentro de este constructo existe cercanía (excesiva) entre los miembros, existe una correlación positiva con el estilo parental autoritario dado el control y falta de autonomía que predomina dentro de este sistema de límites (Ratner, 2013).

Existe una investigación que demuestra como la actitud e influencia de los familiares pueden impactar el desarrollo de AN (Sim & Mathews, 2013). Un estudio, enfocado en el rol

de la madre, indica como la percepción que la madre tiene acerca de la enfermedad puede determinar hasta qué punto se reducen los síntomas del paciente. Muchas veces los estudios se enfocan en la actitud y percepción del paciente dentro de la enfermedad pero no considera como la actitud de la madre (en este caso) también puede afectar en la reducción de síntomas (Sim & Mathews, 2013). Aquí se hace énfasis en el modelo de *self regulation model of illness* que señala como al entender la enfermedad, los síntomas y sus causas hace que un individuo desarrolle una perspectiva y actitud hacia su condición. Esta actitud que es adoptada puede determinar si el individuo sigue y se mantiene en un tratamiento. Este estudio indica que a pesar de que el paciente con AN puede tener una buen actitud hacia su trastorno, la manera que la madre se comporta y reacciona ante los síntomas puede disminuir el nivel de progreso en el tratamiento (Sim & Mathews, 2013).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

Para esta investigación se utilizará un diseño cuantitativo ya que los hallazgos no se enfocaran en experiencias subjetivas, sino en los resultados de las pruebas que se mencionarán a continuación. Para poder determinar si el estilo parental autoritario influye en el desarrollo de AN, es importante establecer el tipo de estilo parental que tiene cada participante. El entendimiento de los estilos parentales puede ser confuso para personas que no están totalmente familiarizados con el tema, por el cual se descarta experiencias subjetivas de los participantes. Se debe contar con cuestionarios estandarizados que miden específicamente el estilo parental que tienen los participantes para determinar si esto influye en su anorexia.

Un diseño cuantitativo es secuencial y probatorio, lo que quiere decir que tiene una estructura y orden específico que permite poder replicar esta investigación en el futuro (Sampieri, Collado & Lucio, 2010). En este diseño, los datos se obtienen por medio de números que deben ser estadísticamente analizadas para poder llegar a resultados y conclusiones concretas. Los cuestionarios que serán utilizados en esta investigación cuentan con una sumatoria al final y se contarán con estos números para determinar los resultados de esta investigación. A pesar de que el método cuantitativo es limitado a resultados totalmente objetivos, para esta investigación es la mejor manera para determinar el estilo parental en los participantes y ser lo más exactos posibles. Se analizarán los resultados de los cuestionarios para determinar el efecto que existe (o no) entre la AN y el estilo parental autoritario. Es la manera más efectiva y precisa para trabajar y medir este fenómeno.

Herramientas de investigación utilizada

Para determinar el tipo de estilo parental en los participantes, se cuenta con dos cuestionarios: Parental Authority Questionnaire (PAQ) y el Parental Authority Questionnaire-Revised (PAQ-R) (Anexo C). La razón por la cual se utiliza ambas versiones de este cuestionario es porque el PAQ mide el estilo parental desde el punto de vista del participante (hijo/hija) y el PAQ-R mide el estilo parental por medio de las respuestas de los padres (Reitman, Rhode, Hupp & Altobello, 2002). Ambos cuestionarios han sido utilizados en investigaciones que buscan una medición concreta del tipo de estilo parental que posee un individuo (Reitman et al., 2002). Se desarrolló a raíz de la teoría propuesta por Baumrind que se basó en la premisa de que existen cuatro tipos de estilos parentales: permisivo, democrático y autoritario. Ambos cuestionarios cuentan con 30 preguntas que describen modos de crianza. En el PAQ, los participantes deben elegir del 1-5 que tan de cierto es la premisa que describe la manera que fueron criados. En este caso, al marcar 1 la persona está totalmente en desacuerdo con lo que propone la pregunta y 5 demuestra que está totalmente de acuerdo. El PAQ cuenta con tres sub-escalas (permisivo, autoritario, democrático) y los resultados son determinados según los puntajes de cada sub-escala. Se determina el estilo parental según la sub-escala más predominante y representativa. Por el otro lado, las respuestas del PAQ-R consisten en un rango de SD (strongly agree), A (agree), N (neither agree or disagree), D (disagree) y SD (strongly disagree). Aquí los padres de los participantes eligen el rango con el que se identifican según cada premisa que consiste de frases que describen diferentes estilos de crianza. De igual manera, este cuestionario consiste de las mismas tres sub-escalas mencionadas en el PAQ y los resultados se consideran según la predominancia de la sub-escala más representativa (Reitman et al., 2002). Al combinar los resultados obtenidos por

medio de estos dos cuestionarios, se tendrá un entendimiento más claro y preciso sobre el estilo parental que existe entre los participantes y su padre o madre.

Para determinar el estado y presencia de la AN en los participantes, se cuenta con el criterio de diagnóstico establecido en el DSM-5. A pesar de que los participantes son los que se encuentran actualmente dentro de un centro de rehabilitación de AN, con un equipo clínico se determinará la presencia o no de los síntomas de AN en el participante en el momento de la evaluación. Esto se debe a que, a pesar de encontrarse dentro de un centro de rehabilitación, algunos individuos pueden estar en fase terminación del tratamiento y mejoramiento y no podrán ser considerados para esta investigación. Los participantes voluntarios que forman parte de este estudio serán únicamente los que actualmente cuentan con un diagnóstico completo de AN, por el cual se cuenta con el DSM-5 para determinar tal diagnóstico.

Descripción de participantes

Las participantes dentro de esta investigación serán pacientes que cumplan con un diagnóstico actual de AN y estén dentro de un centro privado de rehabilitación. Se estima trabajar con un promedio de 25-30 participantes, dado que es un número representativo de la cantidad de internos que pueden existir en un centro de rehabilitación. Para poder participar en este estudio, los participantes deben estar dentro del rango de edad de 12-18 (adolescencia), actualmente vivir con su madre y/o padre y cumplir con un diagnóstico completo y actual de AN (según criterios del DSM-5). De igual manera, se debe encontrar dentro de un centro de rehabilitación (público o privado) y estar recibiendo tratamiento de AN. Se considerará a participantes que actualmente estén en fases tempranas o medias de tratamiento, no aquellos que están por terminar su tratamiento. Se considerará a hombres y mujeres dentro de la investigación por igual, a pesar de que hay una mayor prevalencia de

mujeres que cumplen con el diagnóstico de AN. Se considerará a personas que se encuentren dentro de cualquier nivel socioeconómico dado que los participantes se pueden encontrar dentro de centros de rehabilitación tanto públicos como privados, ese no será un factor de exclusión para este estudio. Por último, la madre o padre de los participantes deben estar dispuestos a también formar parte de la investigación para que puedan llenar el PAQ-R que indica el estilo parental desde su punto de vista.

Reclutamiento de los participantes

Para esta investigación se utilizará un muestreo no probabilístico casos-tipo que considera a los participantes únicamente a aquellos que cumplen con los criterios de inclusión establecidos anteriormente (Sampieri, Collado & Lucio, 2010). Los participantes serán voluntarios que no se seleccionaran estadística o aleatoriamente. Se publicará en diferentes centros de rehabilitación de trastornos alimenticios un cartel donde se explicará la investigación de manera clara y concreta y al final se brindará la información de contacto necesaria para cualquier persona que quisiera contactarse y formar parte de la investigación. El grupo de investigación agendará una cita con todas las personas que se ponen en contacto y en este encuentro se verá si los voluntarios cumplen con los criterios de inclusión establecidos anteriormente. Únicamente se reclutará a los voluntarios que cumplan con totalidad los criterios de inclusión y con constante publicación e información sobre la investigación se espera contar con un promedio de 25-30 participantes. La carta para el reclutamiento de participantes se encuentra en el Anexo A. Se llegara a un acuerdo con cada participante para establecer la fecha y hora donde se realizará el estudio. Todos los participantes serán atendidos en el mismo lugar y se espera que en un lapso de tiempo de 3 semanas se pueda realizar los cuestionarios a todos los participantes. No se ofrecerá ninguna recompensa

monetaria o material por lo cual la participación dentro de esta investigación será completamente voluntaria.

Consideraciones éticas.

Todos los participantes dentro de este estudio recibirán un consentimiento informado (Anexo B) que aclara todos los aspectos y detalles de la investigación. Aquí se presenta todo el protocolo que se tomará en cuenta y explica claramente que los participantes tienen el derecho de retirarse en cualquier momento de la investigación. Se mantendrá completo anonimato de los participantes y la colaboración es totalmente voluntaria. Para mantener los resultados y datos anónimos, se asignará a cada participante un código que será utilizado en remplazo de su nombre. De esta manera, nunca se expondrá la identidad de los participantes. Los objetivos estarán completamente claros, concretos y precisos y habrá un espacio para aclarar cualquier duda o confusión que puedan tener los participantes. Por medio de esta explicación clara, se busca evitar cualquier consecuencia o experiencia negativa que puedan tener los participantes al formar parte de esta investigación. Al completa la investigación y el informe, todos los participantes tendrán acceso a los resultados finales de esta investigación.

RESULTADOS ESPERADOS Y DISCUSIÓN

Para esta investigación se planteó la pregunta: ¿Cómo y hasta qué punto el estilo parental autoritario puede influir en el desarrollo de anorexia nerviosa en adolescentes de 12-18 años? Al llevar a cabo esta investigación, se esperaría que exista una presencia representativa del estilo parental autoritario dentro de las relaciones padre-hijo en pacientes que actualmente cumplen con un diagnóstico de AN. A pesar de que esta tesis en específico no se llevó a cabo, es importante revisar otros estudios que han intentado investigar temas similares. Los resultados de estos diferentes estudios complementan la pregunta de investigación y brinda el espacio necesario para evaluar cuales pudieran ser algunos resultados y respuestas esperadas para la pregunta de investigación de esta tesis.

La literatura descrita anteriormente propone como la relación padre-hijo tiene un impacto en la vida de las personas (Segrin & Flora, 2005). Es decir, resalta la clara influencia que un padre tiene en la vida de sus hijos. Este impacto es algo que se ve tanto a corto y largo plazo dado que se evidencia en las diferentes etapas de la vida. Un estudio demostró una correlación positiva existente entre el desarrollo de AN (entre otros trastornos alimenticios) y estilos parentales menos adaptativos (permissivo, autoritario) (Haycraft & Blissett, 2010). Síntomas más graves y significativos de trastornos alimenticios (incluyendo AN) se relacionan con estilos parentales permisivos y autoritarios (Haycraft & Blissett, 2010). Estos resultados indican la clara influencia que tiene el estilo parental y de crianza con el desarrollo patológico de las personas. Es decir, aunque el tipo de estilo parental mal adaptativo no sea la única variable para el desarrollo de una sintomatología patológica (AN), claramente influye de cierta manera en el desarrollo de este trastorno.

Otro estudio señala la importancia de incorporar estilos parentales democráticos dentro de los hogares dada toda la evidencia que señala como los estilos parentales no adaptativos no solamente pueden contribuir al desarrollo de AN, sino también al abuso de sustancias y depresión (Enten & Golan, 2008). Se estresa la importancia de la concientización sobre la importancia de los estilos parentales dentro de un hogar dado a que un estilo no adaptativo puede llevar al desarrollo de diferentes trastornos en diferentes etapas de la vida. No solamente se debe entender la influencia del estilo parental en un hogar para prevenir el posible desarrollo de AN, sino también de otras patologías. Por medio de estos estudios se evidencia el verdadero impacto que tienen los padres en la salud mental de sus hijos. La conexión que existe entre la depresión, abuso de sustancias y suicidios demuestra como la implementación de un estilo parental mal adaptativo puede llevar a estas serias consecuencias.

De igual manera, como se mencionó anteriormente, la tasa de mortalidad de pacientes con AN también demuestra la gravedad de un caso donde el estilo de crianza no fue el óptimo (Lazarevic et al., 2016). Nuevamente, no se intenta decir que el estilo parental es el causante de estos trastornos devastadoras, sin embargo, al entenderlo como un factor provocador se debe estudiar y entender a profundidad. Esto se trata de la salud mental en general y no solamente la preocupación sobre los trastornos alimenticios. De igual manera, se debe considerar que el estilo parental es solamente una de las maneras que los padres impactan la vida de sus hijos. Algunos estudios demuestran como también existe una gran correlación entre la influencia de hermanos(as) en el desarrollo de AN y otros trastornos alimenticios (Striegel, Taylor, Bryson, Doyle & Luce, 2006). Es importante considerar la influencia que otros miembros de la familia pueden tener en el desarrollo y mantenimiento de AN para tener un mejor entendimiento de otros factores que contribuyen a este trastorno. Por medio de esto,

se intenta entender como la familia en sí, y no solamente los padres, pueden impactar en este trastorno.

Un último estudio demostró como existe una correlación negativa entre el desarrollo de AN y el estilo parental democrático (Bolghan, Ali & Amir, 2011). Estos mismos hallazgos también indicaron como, a la vez, existe una correlación positiva entre AN y el estilo parental autoritario al igual que permisivo. Estos resultados demostraron que, efectivamente, existe una relación entre los estilos parentales y el desarrollo de AN en algún momento de la vida (Bolghan, Ali & Amir, 2011). Se ve como el estilo parental democrático es el que menos concuerda con el desarrollo de AN. La cantidad de demandas y respuestas que proveen los padres democráticos forma el ambiente adecuado donde existe apoyo, reglas establecidas, flexibilidad al igual que estructura (Sharma et al., 2011). Al ser una combinación del estilo parental autoritario y permisivo, son evidentes las razones detrás de la eficiencia del estilo parental democrático. En el caso de la AN, es indudable que estos pacientes van a necesitar validación, tolerancia y aceptación de sus padres. Esto es algo que muchas veces no reciben por encontrarse dentro de un sistema familiar con un estilo parental no adaptativo. Aunque no se intenta atribuir el desarrollo de AN al estilo parental que existe en casa, se puede ver de manera más evidente porque las características del estilo parental más adaptativo (democrático) funciona de mejor manera en hogares donde existen patologías severas. Cuando hay respeto, límites y espacio para la negociación se forma un ambiente positivo donde es más difícil (aunque no imposible) el desarrollo de AN (Sharma et al., 2011).

Por medio de los resultados obtenidos en estos diferentes estudios, se puede deducir que el estilo parental autoritario si influye en el desarrollo de AN. No se puede concluir que esto es únicamente cierto con personas de 12-18 años, sin embargo se puede generalizar los resultados a esta población. Se considera que la población seleccionada, en la mayoría de los

casos, aún están bajo el cuidado e influencia de sus familias. Por esto se espera que el impacto que las pacientes con AN tengan actualmente de los estilos parentales en su hogar sean más directos y fuertes. Se puede asumir que en pacientes mayores que ya son independientes de sus familias la cercanía con sus padres puede ser menos fuerte y hubiera mayor dificultad para obtener los datos necesarios para esta investigación. No obstante, no se descarta que la presencia de AN en pacientes mayores también pueda tener una relación con el estilo parental al cual fueron expuestos en su niñez y adolescencia. Por medio de esta investigación, es importante considerar como el estilo parental autoritario puede influir y fomentar el desarrollo de AN en cualquier edad y momento de la vida. Como se mencionó en la revisión de la literatura, el estilo parental impacta la formación y desarrollo de las personas (Xiuqin et al., 2010). Por esta razón, no se debe descartar el estilo parental como un variable que puede influir o fomentar el desarrollo de cualquier trastorno.

Los estudios que concluyen que se debe adoptar un estilo parental adaptativo (democrático) enfatizan la importancia de un modelo constructivo y positivo dentro del hogar (Bolghan, Ali & Amir, 2011). Es decir, al dar importancia a estilos parentales positivos y efectivos, se promueve la idea de que tanto el estilo parental autoritario como el permisivo no son los óptimos para la crianza. Adicionalmente, no se puede atribuir, en este caso el desarrollo de AN, únicamente al estilo parental autoritario. Como demuestran otros estudios, el estilo parental permisivo también se correlaciona positivamente con el desarrollo de AN al igual que otros trastornos alimenticios (Haycraft & Blissett, 2010). Se debe tener en mente todas las causas de AN descritas en el marco teórico para entender la complejidad de este trastorno. No se trata únicamente de vivir con padres autoritarios o permisivos. Como se ha enfatizado a lo largo de esta investigación, el propósito es tener un buen entendimiento de una posible causa de AN que en este caso es el estilo parental autoritario. Por esta razón, al

momento de evaluar y conceptualizar un caso de AN, se debe considerar todas las causas e influencias que rodean al paciente. Se debe pensar en factores genéticos, de apego, sociales, ambientales y cognitivos. En este caso, el estilo parental se puede considerar una variable ambiental que proviene de la familia.

A pesar de que dentro de esta investigación se habla únicamente del desarrollo de AN, se debe considerar como la mayoría de estos estudios también relacionan el estilo parental autoritario y permisivo con el desarrollo de otros trastornos alimenticios (bulimia) al igual que diferentes trastornos mentales. Se puede atribuir el desarrollo de diferentes síntomas y trastornos mentales a la influencia de la familia, aunque no sea el factor causal. Como se mencionó en el marco teórico, las teorías propuestas por Salvador Minuchin indican como los límites y jerarquías en la familia son importantes para un buen desarrollo (Nichols, 2014). Al comparar y resaltar las semejanzas entre los límites claros con el estilo parental democrático (flexibilidad, negociación, apoyo) se puede ver cómo tanto los estilos parentales y límites de una familia pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de diferentes síntomas (no solamente AN). A pesar de que tratan de teorías diferentes con puntos investigativos variados, se debe destacar las semejanzas y no descartar la vinculación que existe entre los límites propuestos por Minuchin y los estilos parentales desarrollados por Baumrind.

Como conclusión, se puede declarar el impacto que tiene el estilo parental y la manera de crianza en el desarrollo de AN. Se enfatiza la significancia de la influencia que tienen los padres en la vida de sus hijos. Este impacto no siempre es negativo, ya que en muchos casos un buen estilo parental y de crianza da como resultado individuos mentalmente saludables (Sharma et al., 2011). No obstante, como propósito de este estudio, la conclusión se mantiene en que el estilo parental autoritario (no adaptativo) influye en el desarrollo de AN en adolescentes de 12-18 años.

Limitaciones del estudio

Para futuras investigaciones Para futuras investigaciones y réplicas de este estudio es importante considerar varias limitaciones. Primeramente, se debe considerar un rango de edad más extenso que incluya a personas que sean mayores de edad. A pesar de que el enfoque de este estudio era en adolescentes, hay mayor nivel de voluntarios que cumplen con diagnóstico de AN que son mayor de edad. Para esta propuesta en futuras investigaciones, se debe tomar en cuenta que los padres de los participantes que sean mayores de edad estén dispuestos a formar parte de la investigación. Por otro lado, a pesar de que exista un número limitado de participantes, para futuras investigaciones es bueno enfocarse únicamente en un centro de rehabilitación. Esto no solamente facilita en proceso de implementación de los cuestionarios (al no tener que movilizarse a varias instituciones) sino que también permite un enfoque más profundo de los pacientes de un solo centro. Incrementa la limitación de solo conocer un tipo de pacientes pero al mismo tiempo se tiene un mejor entendimiento de un tipo específico de pacientes. Por otro lado, es importante adaptar los cuestionarios al español dado que otra limitación fue que los participantes debían hablar inglés para entender las preguntas. En muchos casos esto no es un problema, sin embargo se debe suponer que no todos son fluyentes en inglés.

Recomendaciones para futuros estudios

Para futuras investigaciones, es importante considerar una población más grande. A pesar de que eso no nos permitiría generalizar los resultados dentro de la sociedad, nos daría un mejor entendimiento entre la relación entre el estilo parental autoritario y la anorexia. De igual manera, es importante que todos los integrantes que están formando parte y colaborando con el estudio estén igual de interesados e involucrados en el proceso. De esa manera se garantiza que los resultados sean lo más precisos y honestos posibles. Adicionalmente, sería bueno atender a todos los participantes en la misma ubicación para que así el proceso de distribuir los cuestionarios sea más fácil para los investigadores. De esta manera, es más fácil recolectar y analizar datos. Por esta razón, quizás también sería importante conseguir voluntarios que asisten al mismo centro de rehabilitación. A pesar de que esto limita los resultados a los pacientes de un solo centro, nos permite profundizar de manera exhausta el tema de investigación.

Considerando el tema de la AN y los estilos parentales, para futuras investigaciones es importante también considerar como el estilo parental puede también fomentar la presencia de la obesidad. Sería interesante determinar cómo y hasta qué punto el estilo parental también influye en este aspecto del peso corporal y la salud. Para esto se debe considerar temas más extensos que no formaron parte del presente estudio como los criterios de la obesidad y el rango de edad en el que se enfocaría. Sin embargo, es un área interesante de estudio que puede llevar a resultados nuevos y llamativos.

REFERENCIAS

- Abdul, S.S., Fernandez-Luque, L., Jian, W.S., Crain, S., Hsu, M.H., Wang, Y.C., Khandregzen, D., Chuluunbaatar, E., Nguyen, P.A. & Liou, D.M. (2013). Misleading health-related information promoted through video-based social media: anorexia on you tube. *J Med Internet, 15*, 30
- Almenara, C. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatria, 66*, 52-62.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). From planning to publication: developing DSM-5.
- Aunola, K. & Nurmi, J.E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development, 76*, 1144-1159.
- Bailer, U.F., Narendran, R., Frankle, W.G., Himes, M.L., Duvvuri, V., Mathis, C.A. & Kaye, W.H. (2011) Amphetamine induced dopamine release increases anxiety in individuals recovered from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord, 45*, 263-271.
- Bolghan, M., Ali, S. & Amir, F. (2011). The relationship between parents child rearing styles and their children's quality of life and mental health. *Psychology, 2*(3), 230-234.
- Bulik, C.M., Thornton, L., Root, T.L., Pissetsky, E.M., Lichtenstein, P. & Pedersen, N.L. (2010). Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a swedish national twin sample. *Biol Psychiatry, 67*, 71-77.
- Chen, J., Kang, Q., Jiang, W., Fan, J., Zhang, M., Yu., S. & Zhang, C. (2015). The 5-HTTLPR confers susceptibility to anorexia nervosa in hans Chinese: evidence from case-control and family-based study: *PLos One, 10*, 1-10.
- Cools, R., Nakamura, K. & Daw, N.D. (2011). Serotonin and dopamine: unifying affective, activational and decision functions. *Neuropsychopharmacology, 36*, 98-113.
- Dring, G. (2015). Anorexia runs in families: is this due to genes or the family environment? *Journal of Family Therapy, 37*, 79-92.
- Enten, R.S. & Golan, M. (2008). Parenting styles and weight related symptoms and behaviors with recommendations for practice. *Nutrition Reviews, 66*(2), 65-75.
- Fairburn, C.G. & Brownell, K.D. (2002). *Eating disorders and obesity*. New York, NY: The Gullford Press.

- Ferguson, C.J., Munoz, M.E., Garza, A. & Galindo, M. (2012). Concurrent and prospective analyses of peer, television and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. *J Youth Adolescence*. DOI 10.1007/s10964-012-9898-9
- Ganis, R. (2015). Insecure attachment and narcissistic vulnerability: implications for honneth's recognition-theoretic reconstruction of psychoanalysis. *Critical Horizons*, 4, 329-351.
- Gondoli, D.M., Corning, A.F., Salafia, E.H., Bucchianeri, M.M., Fitzsimmons, E.E. (2011). Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girls. *Body Image*, 8(2), 143-148.
- Haycraft E. & Blissett J. (2010). Eating disorders and parenting styles. *Appetite*, 54(1), 221-224.
- Hernandez, R., Fernandez, C. & Baptista, M.P. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Huver, R., Otten, R., Vries, H. & Engels, R. (2010). Personality and parenting style in parents of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33, 395-402.
- Ishak, Z., Low, S.F. & Lau P.L. (2012). Parenting style as a moderator for students' academic achievement. *J Sci Educ Technol*, 21, 487-493.
- Garber, B.D. (2011). Parental alienation and the dynamics of the enmeshed parent-child dyad: adultification, parentification and infatilization. *Family Court Review*, 49(2), 322-335.
- Guo, Y., Wei, Z. & Keating B.J. (2016). Machine learning derived risk prediction of anorexia nervosa. *BMC Medical Genomics*, 1-9.
- Jago R., Davison K.K., Thompson, J.L., Page, A.S., Brockman, R. & Fox, K.R. (2011). Parental sedentary restriction, maternal parenting style and television viewing among 10 to 11 year-olds. *Aap Gateway*, 128.
- Jovana, L., Batinic, B. & Vukosavljevic-Gvozden, T. (2016). Risk factors and the prevalence of anorexia nervosa among female students in serbia. *Vojnosanitetski Pregled: Military Medical & Pharmaceutical Journal of Serbia*, 34-41.
- Juarez, L., Soto, E. & Pritchard, M. (2012). Drive for muscularity and drive for thinness: the impact of pro-anorexia websites. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 20 (2), 1-12.

- Karwautz, A.F.K., Wagner, G., Waldherr, K., Nader, I.W., Fernandez-Aranda, F., Estivill, X., Holliday, J., Collier, D.A. & Treasure, J.L. (2010). Gene-environment interaction in anorexia nervosa: relevance of non-shared environment and the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry*, 16, 590-592.
- Lazarevic, J., Batinic, B. & Vukosavljević-Gvozden, T. (2016). Risk factors and the prevalence of anorexia nervosa among female students in serbia. *Vojnosanitetski Pregled: Military Medical & Pharmaceutical Journal Of Serbia*, 73, 34-41.
- Linville, D., Stice, E., Gau, J. & O'Neil, M. (2011). Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms : a 3-year longitudinal study. *Int J Eat Disord*, 44(8), 745-751.
- Mancuso, S.F., Newton, J.R., Bosanac, P., Rossell, S.L., Nesci, J.B. & Castel, D.J. (2015). Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 206, 519-520.
- Manfredi, C., Caselli, G., Rovetto, F., Rebecchi, D., Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. & Spada, M.M. (2011). Temperament and parental styles as predictors of ruminative brooding and worry. *Personality and Individual Differences*, 50, 186-191.
- Monaghan, M., Horn, I.B., Alvarez, V., Cogen, F.R. & Streisand, R. (2012). Authoritative parenting, parenting stress, and self-care in pre-adolescents with type 1 diabetes. *J Clin Psychol Med Settings*, 19(3), 255-261.
- Nichols, M.P. (2014). Family therapy: concepts and methods. London: Pearson.
- Ogiso, K., Asakawa, A., Amitani, H., Nakahara, T., Ushikai, M., Haruta, I., Koyama, K.I., Amitani, M., Harada, T., Yasuhara, D. & Inui, A. (2011) Plasma nesfati-1 concentrations in restricting-type anorexia nervosa. *Science Direct*, 32, 150-153.
- Papadopoulos, F.C., Ekblom, A., Brandt, L., & Ekselius. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 10-17.
- Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (2010). Cascading effects following intervention. *Dev. Psychopathology*, 22(4), 949-970.
- Ratner, K. (2013). Boundaries: the relationship among family structure, identity style and psychopathology. *UCF*, 5-106.

- Reitman, D., Rhode, P.C., Hupp, S.D.A & Altobello, C. (2002). Development and validation of the parental authority questionnaire- revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(2), 119-127.
- Rommel, D., Nandrino, J., Antoine, P., & Dodin, V. (2013). Emotional differentiation and parental bonding in inpatients suffering from eating disorders. *The British Journal of Clinical Psychology / The British Psychological Society*, 52(2), 215-229.
- Segrin, C. & Flora, J. (2005). Family communication. New York, NY: Routledge.
- Sheldon, P. (2010). Pressure to be perfect: influences on college students self-esteem. *Southern Communication Journal*, 75, 277-298. 0
- Sidiropoulos, M. (2007). The physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts. *MJM*, 10(1), 20-25
- Sim, L. & Mathews, A. (2013). The role of maternal illness perceptions in family functioning in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Child & Family Studies*, 541-550.
- Sternheim, L., Konstanellou, A., Startup, H. & Schmidt, U. (2011). What does uncertainty mean to women with anorexia nervosa? An interpretative phenomenological analysis. *European Eating Disorders Review*, 12-24.
- Striegel, R.H., Taylor, C.B, Bryson, S., Doyle, A.C. & Luce, K.H. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk of eating disorders. *American Academy of Pediatrics*, 4-12.
- Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., Mckenzie, J. & Bulik, C.M. (2002). Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *Wily Interscience*.
- Topham, G.L., Hubss-Tait, L., Rutledge, J.M., Page, M.C., Kennedy, T.S., Shriver, L.H. & Harrist, A.W. (2011). Parenting styles, parental response to child emotion and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite*, 56, 261-264.
- Zachrisson, H.D. & Skarderud, F. (2010). Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. *Wiley InterScience*.
- Zink, C.F. & Weinberger, D. (2010). The rewards of self-starvation. *Nature Medicine*, 16, 1382-1383.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Se busca voluntarios dispuestos a formar parte de una investigación desarrollada por estudiantes de quinto año de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito. Se necesita participantes de 12-18 años que actualmente estén recibiendo ayuda en este centro. De igual manera, se requiere que el padre o madre del participante que también forme parte del proceso de investigación. Si estas interesando en ser un participante, contáctate con nosotros para coordinar una cita y brindar mayor información sobre el propósito y proceso de investigación.

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Influencia del Estilo Parental Autoritario en el Desarrollo de Anorexia Nerviosa

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: María Gracia Dueñas

Datos de localización del investigador principal: 0995787544- duenasma@gmail.com

Co-investigadores: Ninguno

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la determinación de posibles factores que pueden influir en la anorexia nerviosa porque se encuentra en el rango de edad que se busca para esta investigación y cumple con un diagnóstico actual de anorexia nerviosa.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El propósito de este estudio es determinar ciertas posibles causas que pueden influir en el desarrollo de anorexia nerviosa. Se trabajará con 25-30 participantes

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Coordinaremos una cita para hacer una evaluación de los voluntarios donde explicaremos a detalle cada paso de los cuestionarios e investigación. El proceso (evaluación y cuestionario) se tomará aproximadamente 2 horas.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

El voluntario no corre ningún riesgo al momento de formar parte de este estudio, sin embargo tiene la libertad y derecho de retirarse en cualquier momento dado. Es una investigación que no requiere de involucramiento físico y busca incrementar el conocimiento del participante sobre el tema que se está tratando.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y los co-investigadores tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 009787544 que pertenece a María Gracia Dueñas, o envíe un correo electrónico a duenasma@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | |
|---|--|
| Título de la Investigación | Influencia del Estilo Parental Autoritario en el Desarrollo de Anorexia Nerviosa |
| Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i> | María Gracia Dueñas |
| Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i> | Ninguno |
| Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i> | María Gracia Dueñas Email: duenasma@gmail.com Teléfono: 0995787544 |
| Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i> | Mariel Paz y Miño Email: mpazyminom@usfq.edu.ec |
| Fecha de inicio de la investigación | 1 de febrero del 2016 |
| Fecha de término de la investigación | 20 de abril del 2016 |
| Financiamiento | no aplica |

| DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO | |
|---|---|
| Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i> | Se busca encontrar la influencia del estilo parental autoritario en el desarrollo de anorexia nerviosa por medio de dos diferentes cuestionarios (PAQ y PAQ-R) para así poder conocer más sobre un posible factor de riesgo para este trastorno. |
| Objetivos Específicos | Determinar los estilos parentales de los participantes y su posible relación con su trastorno (anorexia nerviosa). |
| Diseño y Metodología del estudio <i>Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..</i> | Es un estudio cuantitativo donde se utilizarán los resultados de dos cuestionarios (PAQ y PAQ-R) para determinar los estilos parentales de las participantes con anorexia nerviosa. Se utilizará una muestra de 25-30 participantes de 12-18 años que |

fueron elegidas por medios probabilísticos y que deben cumplir con el criterio de inclusión para formar parte de la investigación. De igual manera, el padre o madre de las participantes deben también estar dispuestos a participar para completar el formulario PAQ-R.

Procedimientos *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

Se contactará a los participantes por medio de los centros de rehabilitación y para que puedan formar parte de este estudio deben estar dentro del rango de 12-18 años y cumplir con un diagnóstico actual de anorexia nerviosa al igual de estar atendiendo un centro de rehabilitación. Los padres de los participantes también formarán parte del estudio dado que debe completar un cuestionario de estilo parental. Se agendará una cita previa para evaluar a los participantes para asegurar que cumplen con los criterios de inclusión y después se llevará a cabo la recolección de datos.

Recolección y almacenamiento de los datos *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

Los datos serán recolectados por la investigadora principal María Gracia Dueñas. Los participantes llenarán en cuestionario manualmente que serán entregados a la investigadora que evaluará los datos y resultados. Los datos serán utilizados únicamente para los propósitos de investigación y se mantendrá el anonimato.

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Se utilizará el DSM-5 para asegurar un diagnóstico actual de anorexia nerviosa al igual que dos cuestionarios PAQ y PAQ-R que son herramientas para medir los estilos parentales de cada participante.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

Se tendrá un mejor entendimiento de posibles factores de riesgo para anorexia nerviosa que puede ser utilizado para intervenciones de prevención en el futuro.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

Se utilizó artículos científicos que fueron publicados a partir del 2005, DSM-5 y libros actualizados que están presentados en el apartado de “Referencias”.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

Deben estar en el rango de edad de 12-18 años, cumplir un diagnóstico actual de anorexia nerviosa y estar en un centro de rehabilitación. No importa el género de los participantes. El padre o madre también debe estar dispuesto a participar para llenar uno de los formularios requeridos.

Riesgos *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

Ninguno, sin embargo el participante tiene el derecho de retirarse el proceso de investigación en cualquier momento.

Beneficios para los participantes *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

El participante tendrá conocimiento sobre un posible factor de riesgo para su trastorno y tendrá un mejor entendimiento sobre su dinámica familiar..

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

Los resultados pueden ser utilizados como un modo de prevención y concientización sobre los factores de riesgo de la anorexia nerviosa.

Derechos y opciones de los participantes del estudio *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

| |
|---|
| Los participantes tienen el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento y tiene el derecho de aclarar cualquier duda o pregunta que surja a lo largo de toda la investigación. |
| Seguridad y Confidencialidad de los datos <i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i> |
| Para proteger los derechos de los participantes se reemplazará sus nombres con un código. Así se mantendrá el anonimato a todo momento y la identidad de los participantes nunca será revelada. |
| Consentimiento informado <i>Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario</i> |
| El consentimiento informado será presentado y explicado al inicio del proceso de investigación para que los participantes estén informados sobre los detalles del estudio y sus derechos desde el comienzo. |
| Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio. |
| Mantener el anonimato de los participantes y respetar su decisión de abandonar el estudio en cualquier momento. |

| Documentos que se adjuntan a esta solicitud <i>(ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)</i> | | | |
|--|---------|--------|---------|
| Nombre del documento | Adjunto | Idioma | |
| | | Inglés | Español |
| PARA TODO ESTUDIO | | | |
| 1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI * | X | | X |
| 2. Formulario de Asentimiento (FAI) <i>(si aplica y se va a incluir menores de 17 años)</i> | | | |
| 3. Herramientas a utilizar <i>(Título de:: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)</i> | X | | X |
| 4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP) | | | |
| SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO | | | |
| 5. Manual del investigador | | | |
| 6. Brochures | | | |
| 7. Seguros | | | |
| 8. Información sobre el patrocinador | | | |
| 9. Acuerdos de confidencialidad | X | | X |
| 10. Otra información relevante al estudio (especificar) | | | |

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

PROVISIONES ESPECIALES

Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.

Click here to enter text.

| CRONOGRAMA | AÑO | | | | | | | |
|---|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fechas | | | | | | | |
| Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Reclutar participantes en los diferentes centros de rehabilitación por medio de volantes y anuncios. | | | | | | | | |
| Coordinar citas con los participantes para determinar si cumplen con los criterios de inclusión. | | | | | | | | |
| Administrar los cuestionarios a los participantes y recolectar datos. | | | | | | | | |

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí (X) No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí (X) No ()
Aplica ()

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

| | |
|---|-------|
| Firma del participante | Fecha |
| Firma del testigo (si aplica) | Fecha |
| Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado | |
| Firma del investigador | Fecha |

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Parental Authority Questionnaire

Instructions: For each of the following statements, circle the number of the 5-point scale (1 = strongly disagree, 5 = strongly agree) that best describes how that statement applies to you and your mother. Try to read and think about each statement as it applies to you and your mother during your years of growing up at home. There are no right or wrong answers, so don't spend a lot of time on any one item. We are looking for your overall impression regarding each statement. Be sure not to omit any items.

1 = Strongly disagree

2 = Disagree

3 = Neither agree nor disagree

4 = Agree

5 = Strongly Agree

| | |
|---|-------------------|
| 1. While I was growing up my mother felt that in a well-run home the children should have their way in the family as often as the parents do. | 1 2 3 4 5 |
|---|-------------------|

| | |
|--|-------------------|
| 2. Even if her children didn't agree with her, my mother felt that it was for our own good if we were forced to conform to what she thought was right. | 1 2 3 4 5 |
|--|-------------------|

| | |
|---|-------------------|
| 3. Whenever my mother told me to do something as I was growing up, she expected me to do it immediately without asking any questions. | 1 2 3 4 5 |
|---|-------------------|

| | |
|---|-------------------|
| 4. As I was growing up, once family policy had been established, my mother discussed the reasoning behind the policy with the children in the family. | 1 2 3 4 5 |
|---|-------------------|

| | |
|--|-------------------|
| 5. My mother has always encouraged verbal give-and-take whenever I have felt that family rules and restrictions were unreasonable. | 1 2 3 4 5 |
|--|-------------------|

| | |
|---|-------------------|
| 6. My mother has always felt that what her children need is to be free to make up their own minds and to do what they want to do, even if this does not agree with what their parents might want. | 1 2 3 4 5 |
|---|-------------------|

| | |
|--|-------------------|
| 7. As I was growing up my mother did not allow me to question any decision she had made. | 1 2 3 4 5 |
|--|-------------------|

| | |
|--|-------------------|
| 8. As I was growing up my mother directed the activities and decisions of the children in the family through reasoning and discipline. | 1 2 3 4 5 |
|--|-------------------|

| | |
|---|-------------------|
| 9. My mother has always felt that more force should be used by parents in order to get their children to behave the way they are supposed to. | 1 2 3 4 5 |
|---|-------------------|

| | |
|--|-------------------|
| 10. As I was growing up my mother did not feel that I needed to obey rules and regulations of behavior simply because someone in authority | 1 2 3 4 5 |
|--|-------------------|

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| had established them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. As I was growing up I knew what my mother expected of me in my family, but I also felt free to discuss those expectations with my mother when I felt that they were unreasonable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. My mother felt that wise parents should teach their children early just who is boss in the family. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. As I was growing up, my mother seldom gave me expectations and guidelines for my behavior. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Most of the time as I was growing up my mother did what the children in the family wanted when making family decisions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. As the children in my family were growing up, my mother consistently gave us direction and guidance in rational and objective ways. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. As I was growing up my mother would get very upset if I tried to disagree with her. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. My mother feels that most problems in society would be solved if parents would not restrict their children's activities, decisions, and desires as they are growing up. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. As I was growing up my mother let me know what behavior she expected of me, and if I didn't meet those expectations, she punished me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. As I was growing up my mother allowed me to decide most things for myself without a lot of direction from her. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. As I was growing up my mother took the children's opinions into consideration when making family decisions, but she would not decide for something simply because the children wanted it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. My mother did not view herself as responsible for directing and guiding my behavior as I was growing up. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. My mother had clear standards of behavior for the children in our home as I was growing up, but she was willing to adjust those standards to the needs of each of the individual children in the family. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. My mother gave me direction for my behavior and activities as I was growing up and she expected me to follow her direction, but she was always willing to listen to my concerns and to discuss that direction with me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. As I was growing up my mother allowed me to form my own point of view on family matters and she generally allowed me to decide for myself what I was going to do. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 25. My mother has always felt that most problems in society would be solved if we could get parents to strictly and forcibly deal with their children when they don't do what they are supposed to as they are growing up. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. As I was growing up my mother often told me exactly what she wanted me to do and how she expected me to do it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. As I was growing up my mother gave me clear direction for my behaviors and activities, but she was also understanding when I disagreed with her. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. As I was growing up my mother did not direct the behaviors, activities, and desires of the children in the family. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. As I was growing up I knew what my mother expected of me in the family and she insisted that I conform to those expectations simply out of respect for her authority. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. As I was growing up, if my mother made a decision in the family that hurt me, she was willing to discuss that decision with me and to admit it if she had made a mistake. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Description: The PAQ is designed to measure parental authority, or disciplinary practices, from the point of view of the child (of any age).

The PAQ has three subscales:

permissive (P: items 1, 6, 10, 13, 14, 17, 19, 21, 24 and 28), authoritarian (A: items 2, 3, 7, 9, 12, 16, 18, 25, 26 and 29), and authoritative/flexible (F: items 4, 5, 8, 11, 15, 20, 22, 23, 27, and 30). Mother and father forms of the assessment are identical except for references to gender.

Scoring: The PAQ is scored easily by summing the individual items to comprise the subscale scores. Scores on each subscale range from 10 to 50.

Author: Dr. John R. Buri, Department of Psychology, University of St. Thomas, 2115 Summit Avenue, St. Paul, MN 55105.

Source: Buri, J.R. (1991). Parental Authority Questionnaire, *Journal of Personality and Social Assessment*, 57, 110-119