



ARTÍCULO ORIGINAL

Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria

Risk eating behaviors, perception of parental practices and assertive behaviors in high school students

María Leticia Bautista-Díaz ^{1*}, Ariana Ibeth Castelán-Olivares ², Armando Martín-Tovar ², Karina Franco-Paredes ³ y Juan Manuel Mancilla-Díaz ⁴

¹ Carrera de Psicología, Grupo de Investigación en Aprendizaje Humano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

² Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

³ Centro de Investigación en Riesgos y Calidad de Vida, Universidad de Guadalajara, México.

⁴ Grupo de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

* **Correspondencia:** Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Avenida de los Barrios # 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. Mex. C.P. 54090, A.P. 314, México. e-mail: psile_7@yahoo.com.mx; psile_7@unam.mx. Teléfono: +55 9188 0791.

Recibido: 03 de mayo de 2020 | Revisado: 19 de julio de 2020 | Aceptado: 02 de agosto de 2020 | Publicado Online: 14 de septiembre de 2020.

CITARLO COMO:

Bautista-Díaz, M., Castelán-Olivares, A., Martín-Tovar, A., Franco-Paredes, K., & Mancilla-Díaz, J. (2020). Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. *Interacciones*, 6(3), e162. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.162>

RESUMEN

Introducción: Se considera que la adolescencia tardía es una etapa de vulnerabilidad para la salud psicológica. El objetivo de esta investigación fue evaluar la asociación entre conductas alimentarias de riesgo (CAR), prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria de acuerdo con el sexo. **Método:** Con un diseño no-experimental de tipo transversal, participaron 200 estudiantes mexicanos (104 hombres y 96 mujeres) de una preparatoria pública, con edad promedio de 16.52 ($DE = 1.05$ años), quienes después de un consentimiento informado contestaron el Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT, por sus siglas en inglés), la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A) la cual posee nueve subescalas, cuatro hacia el padre (PPp) y cinco hacia la madre (PPm) y la Escala de Conducta Asertiva (CABS, por sus siglas en inglés), todos validados para población mexicana. **Resultados:** Se encontraron asociaciones diferenciales de acuerdo con el sexo: en las mujeres el EAT-26-Total se asoció con: CABS-Total, Comunicación paterna, Imposición y Control Psicológico materno ($r_s = -.36, .25, -.28, -.36$, respectivamente); mientras que, en los hombres sólo se asoció con Imposición paterna ($r_s = -.30$). El CABS-Total se asoció con todas las subescalas de las PPm en las mujeres (rango $r_s = .22$ a $.36$) y en los hombres solo con Comunicación, Control Psicológico y Conductual ($r_s = .30, .35, -.23$). **Conclusión:** En los estudiantes mexicanos de preparatoria –en las mujeres en mayor grado– a mayor CAR mayor estilo agresivo (no asertividad), mayor control psicológico materno y menor control conductual materno. **Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria; asertividad; parentalidad; adolescentes; salud mental.

ABSTRACT

Background: Late adolescence is considered a risk stage for psychological health. The objective of this research was evaluating the association among risk eating behaviors (REB), parental practices and assertive behavior in high school students according to sex. **Method:** With a non-experimental design and transversal study participated 200 students (104 men and 96 women) from a public high school with age mean of 16.52 ($SD = 1.05$ years), who after signing informed consent fulfilled the Eating Attitudes Test-26 (EAT), the Scale of Parental Practices for Adolescents (PP-A) which has nine subscales, four towards the father (PPf) and five towards the mother (PPm) and the Assertive Behavior Scale (CABS), all of them validated for Mexican population. **Results:** Differential associations were found according to sex: in women, EAT-26-Total was associated with CABS-Total, parental Communication, maternal Imposition and maternal Psychological Control ($r_s = -.36, .25, -.28, -.36$, respectively); but in men, was only associated with parental Imposition ($r_s = -.30$). The CABS-Total was associated with all PPm subscales in women (range $r_s = .22$ to $.36$) and in men only with Communication, Psychological and Behavioral Control ($r_s = .30, .35, -.23$). **Conclusion:** The high school students—women to a greater degree—higher REB greater aggressive style (no assertiveness), greater maternal psychological control and less maternal behavioral control.

Keywords: Eating disorders; assertiveness; parenting; adolescence; mental health.

INTRODUCCIÓN

En la dimensión biológica de cualquier ser vivo, la alimentación es una de las necesidades básicas más importantes del ser humano, ya que, la supervivencia depende de ella (González, Plasencia, Jiménez, Martín, & González, 2008; Martínez, & Pedrón, 2016). En cuanto a la dimensión psicosocial de la alimentación en los seres humanos, se involucran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales, además representa un punto central de socialización (Fleta & Sarría 2012; Marmo, 2014; Musitu, Buelga, Lila, & Cava 2001; Ngo de la Cruz, 2012; Peña & Reidl, 2015). Al respecto, cuando la alimentación presenta alteraciones importantes que tienen como base las cogniciones o bien la conducta, ya sea con disminución o aumento de la ingestión de alimentos para controlar el peso corporal, surgen las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y en casos extremos de frecuencia, intensidad y morfología de las CAR pueden conducir a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA; Asociación Americana de Psicología [APA], 2013; Bermúdez, Machado, & García, 2016; Contreras et al., 20015; Cortez et al., 2016).

Las CAR son una entidad compleja porque intervienen en su desarrollo o mantenimiento, factores biológicos y psicosociales con consecuencias devastadoras que pueden conducir a daños importantes como la comorbilidad médica o psiquiátrica y en ocasiones graves, llegar hasta el suicidio, por esta razón es campo de estudio desde la psicología de la salud por ser no sólo una problemática individual sino que representa un asunto de salud pública nacional e internacional que ha cobrado importancia principalmente en mujeres, pero cada vez más, se reportan casos de varones con estas psicopatologías (Gonçalves, Machado, & Machado, 2011; López & Treasure, 2011; Martínez, Vianchá, Pérez, & Avendaño, 2017; Skemp, Elwood, & Reineke, 2019).

Al menos se reconocen cinco CAR vinculadas a remediar el peso corporal: 1) ingesta excesiva de alimentos (atracción), 2) uso inadecuado de diuréticos y/o laxantes (purga), 3) práctica regular de dietas restrictivas, 4) ayunos prolongados o frecuentes y 5) vómito auto-inducido (Ortega-Luyando et al., 2015; Unikel, Díaz de León, & Rivera, 2016).

Algunos estudios demuestran que las CAR pueden presentarse primordialmente a edades tempranas, sin embargo, es en la etapa de la adolescencia donde prevalece en mayor medida este problema de salud (Gutiérrez et al., 2012; López & Treasu-

re, 2011; Miranda, 2012; Ortega et al, 2015; Radilla et al., 2015). Esto puede explicarse, porque se sabe que la adolescencia se caracteriza por diversos cambios físicos, cognitivos y psicosociales, que suelen determinar el actuar de los individuos en los diferentes contextos sociales (Berger, 2016; Papalia, Feldman, & Matorrel, 2017); por ello, se considera que la adolescencia temprana, media o tardía es una etapa de vulnerabilidad para llevar a cabo conductas que afectan la salud física y psicológica de esta población, tal es el caso específico de las CAR, u otras alteraciones psicológicas (Campell & Peebles, 2014; Radilla et al., 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

A pesar del cuerpo amplio de investigación respecto a las CAR, todavía no son concluyentes los datos sobre su etiología o mantenimiento. Por ejemplo, se ha sugerido que la percepción de las prácticas parentales, entendidas como aquellas creencias, actitudes y comportamientos que los padres ejercen sobre los hijos, con el propósito de influir, educar y orientar a los hijos para su desarrollo social y emocional, pueden tener un efecto negativo en diversas esferas de sus condescendientes (Matalinares-Calvet et al., 2019; Ruvalcaba-Romero, Gallegos-Guajardo, Caballo, & Villegas-Guinea, 2016). Es por ello que, cuando las dinámicas de interacción no son adecuadas podrían conducir al desarrollo de CAR, (Espinoza, Ochoa de Alda Martínez, & Ortego, 2007; Guttman & Laporte, 2002; Marmo, 2014; Sánchez, Villarreal, & Musitu, 2010). Por el contrario, se ha evidenciado que el rol familiar en torno a la alimentación es un factor protector contra la conducta de atracón-purga (Valero, Granero, & Sánchez-Carracedo, 2019). Sin embargo, también se ha reportado que no hay asociación significativa entre las prácticas parentales y las CAR (Espina et al., 2007).

Algunos estudios han demostrado que los hábitos alimentarios de los hijos son el espejo de los padres, ya que, ellos adoptan ciertas prácticas alimentarias que pueden ser negativas, como las relacionadas con el control del peso, concretamente, las dietas restrictivas o ayunos prolongados, entre otras, mismas que si se presentan con cierta regularidad e intensidad, pueden desencadenar patrones que escapen al control o voluntad de los hijo(a)s y en su momento desarrollar CAR o TCA (Castrillón & Giraldo, 2014; Ventura & Birch, 2008; Losada, 2018).

Por otro lado, en cuanto al estudio de las habilidades sociales (HHSS) en la etapa de la adolescencia, es relevante debido a la

búsqueda de identidad que caracteriza a esta población, estas –a pesar de la falta de consenso en su conceptualización– se han definido como un conjunto de destrezas sociales emitidas por el individuo, que surgen de los sentimientos, actitudes y emociones ante ciertas situaciones y en ciertos contextos (Caballo, 2005; Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares, & Olivares, 2014); dichas destrezas sociales son esenciales para las relaciones interpersonales adecuadas, no sólo entre pares, sino con personas de mayor o menor edad. Además, de ayudar a los adolescentes a internalizar las normas sociales, así las HHSS pueden ser un factor protector para su salud psicológica o, por el contrario, cuando son inadecuadas pueden ser un factor de riesgo para su bienestar (Betina & Contini de González, 2011; Caballo, Salazar, & Equipo de investigación, CISO-A España, 2018).

Debido a que los adolescentes se enfrentan a diversas exigencias del medio, suelen hacer uso de los recursos psicológicos que se encuentran en su repertorio conductual, poniendo en práctica de manera cotidiana un componente fundamental de las HHSS, tal es el caso del estilo social conductual asertivo o no asertivo. El primero, es el estilo más adecuado de comportamiento social, debido a que su actuar demuestra buena competencia social, por lo que, un adolescente con estilo asertivo, respeta los derechos de los demás y defiende los suyos, piensa antes de actuar, valora los pros y contras de las situaciones y de su propia conducta (Caballo et al., 2014; De la Peña, Hernández, & Rodríguez, 2003; León & Vargas, 2009).

Mientras que, el segundo (no asertivo), involucra dos subtipos; 1) pasivo, el cual se caracteriza por no poseer la competencia social, por tanto, se trata de una obstrucción en el desarrollo o mantenimiento de las relaciones interpersonales, así como en sus propios sentimientos ya que, a tienden a reprimir su forma de pensar y sentir, este tipo de habilidad social, algunos investigadores le han llamado estilo inhibido (Corrales, Quijano, & Góngora, 2017; De la Peña et al., 2003; Naranjo, 2008); y 2) estilo agresivo, que también es considerado como destreza social inadecuada, porque las personas con este tipo social de comportamiento, no toman en cuenta los derechos de los demás, poniendo sus deseos propios por encima de los otros, sin tomar en cuenta los daños que pueda causar.

A manera de síntesis, la CAR, las prácticas parentales y la conducta asertiva-no asertiva pueden jugar un papel importante en la salud psicológica presente y futura de los estudiantes de educación media superior por encontrarse en una etapa vulnerable, sin embargo, es del conocimiento de los autores que estas variables en conjunto han recibido poca atención, por ello, el objetivo de esta investigación fue evaluar la asociación entre conductas alimentarias de riesgo, prácticas parentales y conducta asertiva de acuerdo con el sexo en estudiantes de educación media superior.

Hipótesis de investigación: Hay asociación estadísticamente significativa entre conductas alimentarias de riesgo, prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria de acuerdo con el sexo.

MÉTODO

Diseño

En la presente investigación sólo se evaluaron las variables en

un momento dado y no hubo manipulación deliberada de las variables, por lo que el diseño es no-experimental y de tipo transversal. En cuanto a su alcance, es correlacional (Coolican, 2005; García et al., 2014; Ríos, 2017).

Participantes

Mediante un muestreo no-probabilístico por disponibilidad (Universo), participaron 200 alumnos (104 hombres [52%] y 96 mujeres [48%]) de una preparatoria pública del Estado de Hidalgo, México, con promedio de edad de 16.52 ($DE = 1.05$, años) y un rango entre 15 y 19 años.

Instrumentos

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26, por sus siglas en inglés; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). Desarrollado para evaluar actitudes y conductas alimentarias de riesgo, a través de 26 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, el cual posee tres subescalas: 1) Dieta; 2) Bulimia y preocupación por la comida; 3) Control oral y posee un punto de corte ≥ 20 el cual indica riesgo elevado de desarrollar TCA. El EAT-26, se validó para población mexicana por Franco, Solorzano, Díaz e Hidalgo-Rasmussen (2016), un análisis factorial confirmatorio replicó las subescalas originales e indicó una confiabilidad alta ($Alfa = .83$). Para esta investigación se obtuvo un $Alfa = .82$.

Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (EPP-A) creada y validada para población mexicana por Andrade y Betancourt (2010). La componen 80 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert. Cuenta con dos dimensiones, una de estas evalúa cómo es la percepción de los adolescentes sobre las prácticas parentales del padre (40 reactivos) y consta de cuatro subescalas: 1) Comunicación y control conductual; 2) Autonomía paterna; 3) Imposición paterna y 4) Control psicológico paterno; mientras que, la segunda dimensión evalúa cómo es la percepción de los adolescentes sobre las prácticas parentales de la madre (40 reactivos) y consta de cinco subescalas: 1) Comunicación materna; 2) Autonomía materna; 3) Imposición materna; 4) Control psicológico materno; 5) Control conductual materno. A continuación, se describe brevemente lo que evalúan las escalas: Comunicación y control conductual, evalúa la comunicación entre el padre/madre y el/la adolescente; Autonomía, respeto por las decisiones de lo(a)s hijo(a)s; Imposición, grado en el que padre/madre imponen creencias y conductas a lo(a)s hijo(a)s; Control psicológico, la inducción de culpa y críticas excesivas hacia lo(a)s hijo(a)s; Control conductual evalúa el conocimiento sobre las actividades cotidianas de lo(a)s hijo(a)s. Las dos dimensiones poseen buena confiabilidad, específicamente la relacionada con las prácticas parentales del padre tiene una $Alfa$ de $.88$ con un rango de $Alfa$ entre las subescalas de $.74$ a $.94$; y la de prácticas parentales de la madre es de $.82$, con rango de $Alfa$ entre sus subescalas de $.66$ a $.87$. Para la presente investigación se obtuvo confiabilidad adecuada para ambas dimensiones (PPm $\alpha = .82$ y Ppp $\alpha = .94$), así como para las subescalas de PPM con un rango de coeficientes $Alfa$ entre $.80$ y $.92$ y para las de Ppp ($Alfa$ entre $.94$ y $.96$).

Escala de Comportamiento Asertivo para Niños (CABS, por sus siglas en inglés), desarrollado por Michelson y Wood (1982) con el objetivo de evaluar y clasificar el comportamiento de niños

y adolescentes como asertivo, pasivo o agresivo. Consta de 27 reactivos con opción de respuesta tipo Likert. Esta escala fue validada para población mexicana por Lara y Silva (2002) demostrando adecuada confiabilidad ($Alfa = .80$) y para la clasificación de la habilidad social derivó los puntos de corte siguientes: 0-42 asertivo; 43-50 pasivo; 51-135 agresivo. Para la presente investigación se obtuvo una confiabilidad total de $Alfa = .81$.

Procedimiento: Una vez aprobado el protocolo de investigación por las autoridades de la institución de adscripción, se contactó a la institución educativa de educación media superior para presentar el protocolo y solicitar los permisos necesarios para realizar la evaluación. Posteriormente, en una sesión grupal se explicó el objetivo de la investigación y se invitó a participar en el estudio, la totalidad de los padres presentes firmaron un consentimiento informado y los alumnos otorgaron su asentimiento para formar parte del estudio. En otra sesión de 20 minutos, los participantes contestaron la batería de instrumentos al interior de las instalaciones de la institución educativa. En todo momento, personal capacitado estuvo presente para resolver dudas y evitar sesgos en las respuestas.

Análisis de datos: Se realizaron análisis descriptivos, calculando las medidas de tendencia central y de dispersión. Debido a que los datos no se distribuyen normalmente: EAT-total ($Kolmogorov-Smirnov = 3.02, p = .001$), CABS total ($Kolmogorov-Smirnov = 1.40, p = .04$), y para las subescalas de PPA (rango de $p = .01-.04$) se calcularon pruebas no-paramétricas; de este modo, para evaluar las diferencias entre sexo se calculó la prueba U de *Mann Whitney*. Mientras que, para los análisis de correlación entre variables, se calculó la prueba Rho de *Spearman*. Tanto para comparación como para correlación se consideró un valor de $p < .05$. Finalmente, para el evaluar el tamaño del efecto se utilizó el Programa *G*Power* versión 3.1.

Aspectos éticos

La presente investigación de tipo observacional, es considerada sin riesgo, debido a que no se realizó intervención o manipulación de variables, misma que, fue avalada por el comité de investigación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por apegarse al Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

RESULTADOS

Descriptivos sociodemográficos

Se encontró que 56.3% de la muestra vive con ambos padres diariamente y 43.7% de los participantes convive con sus padres el fin de semana dado que se desplazan de su hogar para tener acceso a una educación media superior, alquilando habitación o viviendo con algún familiar cerca de la institución educativa; por tanto, todos los participantes tienen contacto con ambos padres. Así, al momento de la evaluación se encontró que, del total de la muestra ($n = 200$), 112 (56.3%) participantes vivían con ambos padres, 66 (33.2%) vivían solo con mamá, 14 (7.0%) con el papá y el porcentaje restante (3.5%) vivía con otro familiar. Respecto a la ocupación se encontró que la mayoría de la muestra, 164 (82.4%) sólo estudiaban y 35 (17.6%) estudiaban

y realizaban una actividad remunerada.

Análisis descriptivo del riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria

Se encontró que 11 (5.5%) estudiantes rebasaron el punto de corte (PC) del EAT-26, con un rango de puntuaciones de 21 a 55, mientras que, los otros 189 (94.5%) participantes no representan riesgo para desarrollar TCA. En cuanto al sexo de los que rebasaron el PC del EAT-26, siete (63.6%) son mujeres y cuatro (36.4%) son hombres. Al hacer la comparación entre el sexo, respecto al comportamiento alimentario, se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto del EAT-26-Total, como de sus subescalas (U de *Mann Whitney*; $Z = 1.3, 1.1, 1.0, 1.4$ respectivamente, $p > .05$).

Análisis descriptivos de la percepción de las prácticas parentales

En cuanto a la percepción de las prácticas parentales, en la Tabla 1, se puede observar que hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la percepción de: Imposición paterna con mayor rango promedio en los hombres ($z = -.2.4, p < .05$), con un tamaño del efecto mínimo recomendado para significancia práctica; Comunicación materna ($z = -.2.8, p < .05$), con un tamaño de efecto mediano; Control Psicológico materno ($z = -.2.0, p < .05$), con un tamaño del efecto mínimo recomendado para significancia práctica; y en Control Conductual materno ($z = -.3.5, p < .05$), con un tamaño de efecto grande, en estas tres últimas comparaciones.

Análisis descriptivos de conducta asertiva

En cuanto a la conducta asertiva y no asertiva evaluada con el CABS se encontró una mediana = 53 y una amplitud de rango entre (32 y 99). De acuerdo con el tipo de habilidad social: 41 (20.5%) tienen un estilo asertivo; 44 (22%) reportaron tener un estilo de tipo pasivo; y 115 (57.5%) participantes se ubican en la habilidad social de tipo agresivo. Específicamente, los participantes quienes rebasaron el PC del EAT-26, obtuvieron en el CABS una media de 67.3 ($DE = 14.9$), una mediana de 71, con un rango de puntuaciones entre 51 y 99, por tanto, se ubican en el estilo agresivo. Mientras que, en la comparación por sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (U de *Mann Whitney*; $Z = -2.8, p < .05; d = .56$), con mayor rango promedio en los hombres comparado con las mujeres (111.4 vs. 88.7, respectivamente) y con un tamaño del efecto mediano (ver Tabla 1).

Correlaciones entre las variables de estudio de la muestra total

En la Tabla 2 se observan las asociaciones entre las variables de estudio: EAT-26-Total y sus tres subescalas (Dieta, Bulimia/Preocupación por la Comida y Control Oral), con el CABS-Total, así como con las nueve subescalas de la EPP-A (cuatro hacia el padre y cinco hacia la madre) en la muestra total. Respecto a la asociación entre el EAT-26-Total y sus subescalas (muestra total), sólo fue significativa y moderada con el CABS-total ($r_s = .21$). En cuanto a las tres subescalas del EAT-26: la de Dieta se asoció débil y negativamente con Imposición (paterna y mater-

na; $r_s = -.15, -.19$, respectivamente) y con Control Psicológico (paterno y materno; $r_s = -.14, -.18$, respectivamente); en tanto que, la subescala de Bulimia se asoció débil y positivamente con el CABS-total ($r_s = .19$), así como con Comunicación-Control Conductual paterna ($r_s = .23$) y con Autonomía paterna y materna ($r_s = .23, .21$, respectivamente). Los tamaños del efecto para las asociaciones significativas, fluctuaron entre débiles y moderados. Cabe destacar que, Control Oral no se asoció significativamente con ninguna de las variables de estudio.

En cuanto al CABS-Total, este se asoció débil y positivamente con Autonomía paterna y materna ($r_s = .16, .23$, respectivamente), pero negativamente con Imposición paterna y materna ($r_s = -.15, -.26$, respectivamente), con Control Psicológico paterno y materno ($r_s = -.16, -.20$, respectivamente) y positivamente con Control Conductual del padre ($r_s = .29$). Los tamaños del efecto para las asociaciones significativas, fluctuaron entre débiles y moderados.

Correlaciones entre las variables de estudio de acuerdo con el sexo

Con el propósito de evaluar la asociación entre las variables del estudio de acuerdo con el sexo, se calcularon las correlaciones de manera independiente para hombres y para mujeres. En la tabla 3 se observan las asociaciones para los hombres y en la Tabla 4 para las mujeres. Como se puede observar, en la muestra de hombres, se encontró un menor número de asociaciones significativas en comparación con las mujeres (7 vs. 19, respectivamente). En la muestra de hombres, el EAT-26-Total sólo se asoció débil y negativamente con Imposición paterna ($r_s = -.21$); la subescala Dieta no se asoció significativamente con ninguna de las variables de estudio; mientras que, la subescala Bulimia se asoció débil y positivamente con Comunicación y Autonomía paterna ($r_s = .22, .25$, respectivamente); Control Oral sólo se asoció débil y positivamente con Imposición paterna ($r_s = .22$; ver tabla 3). En cuanto al CABS-Total, este presentó asociaciones sólo con algunas de las variables de percepción de prácticas de

Tabla 1. Rango promedio, prueba de contraste y tamaño del efecto para las puntuaciones en la Escala de Prácticas Parentales Adolescentes de acuerdo con el sexo.

Escala de Prácticas Parentales Adolescentes		Mujeres (n = 96)	Hombres (n =104)	U de Mann Whitney	d
Dimensión	Subescala/Total	Rango promedio	Rango promedio		
Percepción de las Prácticas del Padre	Comunicación y control conductual	99.7	88.8	Z = -1.4	-
	Autonomía	101.7	87	Z = -1.8	-
	Imposición	84	103.1	Z = -2.4*	0.41
	Control psicológico	91.3	95.8	Z = -.52	-
Percepción de las Prácticas de la madre	Comunicación	111.8	89	Z = -2.8 *	0.55
	Autonomía	102.2	98	Z = -.52	-
	Imposición	102.2	98	Z = -.53	-
	Control psicológico	108.6	92	Z = -2.0 *	0.28
	Control conductual	86.1	114.9	Z = -3.5*	0.87
Conducta asertiva	CABS-Total	88.7	111.4	Z = -2.8*	0.56

* $p < .05$

Tabla 2. Correlaciones (Rho de Spearman) de las variables de estudio y tamaño del efecto en la muestra total (N = 200).

	Conductas alimentarias de riesgo				CABS-Total	
	EAT-26 Total	Dieta	Bulimia	Control oral		
Asertividad CABS-Total	.21* (.45)	0.11	.19* (.43)	0.13	1	
Percepción de las Prácticas del Padre	Comunicación-Control Conductual	0.1	0.11	.23** (.47)	0.03	0.12
	Autonomía	0.07	0.03	.23* (.47)	-0.05	.16* (.40)
	Imposición	-0.09	-.15* (.38)	-.08	-0.13	.15* (.38)
	Control Psicológico	-0.1	-.14* (.37)	-.12	-0.07	.16* (.4)
Percepción de las Prácticas del Madre	Comunicación	-0.06	0.05	.13	0.01	.30** (.54)
	Autonomía	0.11	0.06	.21** (.45)	0.05	.23* (.47)
	Imposición	-0.09	-.19** (.43)	-.09	-0.04	-.26** (.50)
	Control Psicológico	-0.06	-.18* (.42)	-.12	-0.11	-.2* (.44)
	Control Conductual	0.06	0.03	.06	-0.03	.29** (.53)

Nota: Lo que aparece entre paréntesis debajo de la asociación significativa es el valor de *d* de Cohen; CABS Total = Total de la Children Assertive Behavior Scale; EAT-Total = Total del Eating Attitudes Test. Fuente: datos propios de la investigación. $p < .05$; $** < .01$

la madre, asociándose positivamente con Comunicación y con Control Psicológico, pero negativamente con Control Conductual ($r_s = .30, .35, \text{ y } -.23$, respectivamente). Los tamaños del efecto para las asociaciones significativas, fluctuaron entre débiles y moderados.

Ahora bien, en cuanto a las asociaciones en la muestra de mujeres, el EAT-26-Total se asoció moderada y positivamente con el CABS-Total ($r_s = .36$); con Comunicación paterna ($r_s = .25$) y con Imposición y Control Psicológico materno ($r_s = -.28, -.36$, respectivamente). La subescala Dieta se asoció débil y positivamente con el CABS-Total ($r_s = .26$) y con Autonomía, Imposición, pero negativamente con Imposición y con Control Psicológico maternos ($r_s = .24, -.38, -.35$, respectivamente). Mientras que la subescala Bulimia se asoció positivamente con CABS-Total ($r_s = .31$) y con Comunicación-Control Conductual paterno ($r_s = .22$), así como con Autonomía materna ($r_s = .23$). En tanto que, Control Oral se asoció positivamente con CABS-Total ($r_s = .27$), pero negativamente con Control Psicológico materno ($r_s = -.25$).

Finalmente, el CABS-Total se asoció positivamente –con la misma magnitud– con Comunicación paterna y materna ($r_s = .22$, respectivamente); asimismo, se asoció con todas las subescalas de percepción de práctica parentales maternas: débil y positivamente con Autonomía y Control Psicológico ($r_s = .24 \text{ y } .23$, respectivamente), pero negativamente con Imposición y con Control Psicológico ($r_s = -.35, -.34$, respectivamente). Con relación al tamaño del efecto de las correlaciones significativas, este fue de débil a moderado, recomendados todos de significancia práctica.

DISCUSIÓN

Aun cuando no fue objetivo determinar la presencia de CAR debido al limitado tamaño de muestra y tipo específico de población. Es importante destacar el porcentaje bajo pero importante (5.5%) de estudiantes hombres y mujeres de preparatoria que se encuentra en riesgo para desarrollar TCA, debido a la presencia de CAR, específicamente, para mujeres es de 3.5% y

Tabla 3. Correlaciones (Rho de Spearman) de las variables de estudio y tamaño del efecto en la muestra de hombres (n = 104).

	Conductas alimentarias de riesgo				CABS-Total	
	EAT-26 Total	Dieta	Bulimia	Control oral		
Asertividad CABS-Total	0.02	0.02	0.06	0.05	1	
Percepción de las Prácticas Comunicación-Control Conductual del Padre		0.02	.22* (.46)	-0.06	0.01	
	Autonomía	-0.05	.25* (.50)	-0.01	0.12	
	Imposición	-.21* (.045)	-0.12	-0.08	.22* (.46)	-0.1
	Control Psicológico	-0.17	-0.19	-0.09	-0.11	-0.18
Percepción de las Prácticas Comunicación del Madre		-0.01	-0.05	0.18	-0.01	.30** (.54)
	Autonomía	0.03	-0.11	0.18	0.02	0.19
	Imposición	-0.04	0.01	-0.02	0.06	-0.16
	Control Psicológico	0.02	0.01	-0.1	0.03	-.35** (.69)
	Control Conductual	-0.07	-0.01	0.08	0.08	-.23** (.47)

Nota: Lo que aparece entre paréntesis debajo de la asociación significativa es el valor de *d* de Cohen; CABS Total = Total de la Children Assertive Behavior Scale; EAT-Total = Total del Eating Attitudes Test. Fuente: datos propios de la investigación. $p < .05$; $** < .01$

Tabla 4. Correlaciones (Rho de Spearman) de las variables de estudio y tamaño del efecto en la muestra de mujeres (n = 96).

	Conductas alimentarias de riesgo				CABS-Total	
	EAT-26 Total	Dieta	Bulimia	Control oral		
Asertividad CABS-Total	.36** (.60)	.26* (.50)	.31* (.55)	.27** (.51)	1	
Percepción de las Prácticas Comunicación-Control Conductual del Padre		.25* (.50)	0.2	.22* (.46)	0.12	.22* (.46)
	Autonomía	0.12	0.09	0.19	0.04	0.15
	Imposición	-0.11	-.19	-0.06	-0.06	-0.14
	Control Psicológico	-0.09	-0.09	-0.15	-0.03	-0.5
Percepción de las Prácticas Comunicación del Madre		0.15	0.18	0.04	0.06	.22* (.46)
	Autonomía	0.19	.24* (.48)	.23* (.47)	0.11	.24* (.48)
	Imposición	-.28** (.52)	-.38** (.61)	-0.16	-0.16	-.35** (.59)
	Control Psicológico	-.36** (.60)	-.35** (.69)	-0.14	-0.125	.36** (.60)
	Control Conductual	0.08	0.1	0.01	0.08	-0.162

Nota: Lo que aparece entre paréntesis debajo de la asociación significativa es el valor de *d* de Cohen; CABS Total = Total de la Children Assertive Behavior Scale; EAT-Total = Total del Eating Attitudes Test. Fuente: datos propios de la investigación. $p < .05$; $** < .01$

para hombres es de 2.0%. Cuando se comparan estas cifras a nivel nacional, son mayores, ya que, en adolescentes mujeres (10 y 19 años) es de 1.9% y para hombres de dicha edad es de 0.8% (Gutiérrez et al., 2012). Por el contrario, son menores comparadas con las de un estudio en el cual se incluyeron 22 estados del República Mexicana, ya que, reportaron una prevalencia promedio de CAR de 10.5% (Unikel-Santoncini et al., 2010). Específicamente, estudios sobre CAR en estudiantes de preparatoria pertenecientes al Estado de Hidalgo, se han reportado diferentes prevalencias: 9.0% (Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010), 6.7% (Unikel-Santoncini et al., 2010), 12.1% (Miranda, 2012), 12.0% (Bernal, Toxqui, Álvarez, & Vega, 2018).

Al analizar las tendencias de presencia de CAR, se puede observar que a nivel nacional los porcentajes de CAR van en aumento. Sin embargo, concretamente, en el Estado de Hidalgo la tendencia es variable. Una posible explicación es que, la evaluación se ha realizado con diferentes instrumentos de evaluación (Ortega et al., 2015). Pero en todo caso el porcentaje actual de CAR, representa una alerta, por lo que es imperante desarrollar programas de intervención en esta población para coadyuvar en su salud mental. Respecto al género, se ha propuesto que el porcentaje de hombres quienes practican CAR, va en aumento (Radilla et al., 2015); en el presente estudio se encontró que los varones representan 57% (4 de 7 participantes) de los estudiantes quienes rebasaron PC del EAT, por tanto, están en riesgo de desarrollar un TCA, de esta manera se evidencia que, las CAR no son un asunto de mujeres, sino que también los hombres se ven afectados.

Por otro lado, el tipo de habilidad social encontrada en esta investigación llama la atención porque la mayoría de los adolescentes suelen ejercer estilos conductuales agresivos, dato que coincide con lo reportado recientemente en un estudio realizado con estudiantes de secundaria (González, Guevara, Jiménez, & Alcázar, 2018). Este dato indica la presencia de incompetencia social entre los adolescentes tempranos o medios, esta situación es especialmente importante, debido a que, este tipo de conducta no asertiva puede ser un factor de riesgo para la salud física, mental y social de esta población, pudiéndolos conducir a alteraciones más complejas para su atención. Se ha propuesto que las conductas sociales de tipo agresivo, suelen acompañarse con violencia física y psicológica, así como provocar intencionalmente conflictos que pueden llevar a la agresión física, por lo que, los adolescentes con este tipo de conducta no asertiva (agresiva) no sólo están en riesgo ellos mismos, sino también quienes los rodean por ser víctimas de la agresiones, debido a que pasan buena parte de su vida en la institución educativa conviviendo con sus pares (Carrasco & González, 2006). Al respecto, el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés; 2017), ha sugerido que las cifras de violencia son alarmantes y que cada vez son más habituales, por lo que, la sociedad en general debe jugar un papel central para su erradicación, por tanto, estos datos son un llamado para desarrollar programas preventivos a nivel primario y secundario.

No obstante, la habilidad social de estilo pasivo también merece atención, ya que, estudiantes con este tipo de comportamiento son potencialmente susceptibles de ser agredidos (Vargas,

2018); los datos de este estudio indican que poco menos de la cuarta parte de estudiantes de preparatoria no expresan sus opiniones o necesidades, generando conflictos interpersonales, por tanto, se encuentran en riesgo para su salud física y psicológica; al respecto, existe evidencia de que la inadecuada habilidad social se puede mejorar con un programa de intervención (Corrales et al., 2017). Por otro lado, es importante destacar que una quinta parte de los adolescentes posee la habilidad social de tipo asertivo, esto representa un factor protector para el bienestar psicológico de esta población porque este estilo genera bienestar, sensación de control y mayor probabilidad de resolución de problemas personales (Prieto, 2011; Van der Hofstandt, 2005).

Hallazgos interesantes clínicamente hablando derivados de este estudio, es el hecho de que todos estudiantes quienes rebasaron el PC de EAT-26 (presencia de CAR) tienen una habilidad social de tipo agresivo, incluso con puntuaciones extremas (99), al respecto, se ha reportado que las pacientes con TCA presentan mayor agresividad en comparación con personas sin el trastorno (Zalar, Weber, & Senec, 2011). Por lo que, se requiere el abordaje oportuno entre los adolescentes, tanto de CAR como para desarrollar o mantener HHSS más saludables.

En cuanto a las prácticas parentales, los adolescentes varones de preparatoria perciben mayor imposición paterna (imposición de creencias y conductas) y menor comunicación materna, mientras que las mujeres perciben mayor control psicológico (inducción de culpa y críticas excesivas). Recientemente se reportó que, a mayor control psicológico y conductual del padre o de la madre, mayores problemas de conducta con compañeros hombres o mujeres (Méndez, Peñalosa, García, Jaenes, & Velázquez, 2019). El control psicológico percibido por las y los adolescentes, permite entender que la madre influye en mayor medida a nivel cognitivo y conductual, culturalmente puede explicarse porque la madre pasa más tiempo con los hijos aun cuando también labore fuera del hogar (Hernández & Lara, 2015).

En cuanto al sexo, los resultados del presente estudio están en línea con lo reportado por Ruvalcava-Romero et al. (2016) y Méndez et al. (2019) debido a que documentaron que los adolescentes varones perciben peor comunicación. De manera general, se ha expuesto que, la práctica parental basada en una comunicación adecuada de tipo bidireccional, así como una autonomía y control adecuados, contribuye a la salud de los adolescentes y previene la conducta delictiva (Keijsers, 2015).

Ahora bien, en cuanto a la asociación entre las variables de estudio. Específicamente, la asociación positiva entre las CAR (dieta, atracón-purga y control oral) y la habilidad social en las mujeres (es decir a mayor CAR mayores puntuaciones del CABS [agresividad]), desde la biología se ha explicado que las personas quienes practican CAR o quienes tienen TCA, presentan altos niveles de Cortisol por lo que tienden a la agresividad (Warren, 2001) y recientemente, se ha encontrado una relación positiva entre esta hormona y la agresividad (Azurmendi et al., 2016; Pacheco, 2017). Considerando el aspecto psicológico, se ha encontrado que personas quienes llevan a cabo CAR suelen tener mayor dificultad en el manejo emocional y de socialización por lo que puede verse reflejada la agresividad consigo mismas y

con las demás personas (Cruz-Sáez, Pascual, Extebarría, & Echeburúa, 2013; Romero et al., 2015). Otros investigadores reportaron que 90% de pacientes con TCA y por obvias razones con CAR presentan altas puntuaciones en las dimensiones pasivo o agresivo de un instrumento de personalidad (Guillament & Canals, 2007). En este estudio se observó una asociación de mayor magnitud entre el estilo agresivo y bulimia y en menor grado con dieta, por lo que estos datos se suman al postulado que la conducta agresiva tiene un comportamiento diferencial para restricción o para desinhibición (atracción), estos datos coinciden lo que encontrado por (Mioto, Pollini, Restaneo, Favaretto, & Preti, 2008). Además, se sabe que en pacientes con TCA, la agresividad potencia o perpetúa la psicopatología alimentaria, mientras que, la conducta social asertiva es pronóstico significativo de recuperación a corto y largo plazo de estas alteraciones (Behar, 2010). Sin embargo, este es un campo abierto para profundizar en poblaciones con CAR, TCA y sus controles.

Respecto a la asociación entre las CAR y la percepción de prácticas parentales, los resultados concuerdan con algunos estudios donde se reporta que aquellos padres con poco afecto pueden propiciar que el adolescente tenga ciertos desajustes que los dirijan a conductas no saludables, por ejemplo, las CAR o el desarrollo de un TCA (Marmo, 2014). Este estudio arrojó hallazgos interesantes respecto aspectos psicológicos de los adolescentes no clínicos, por ejemplo, recientemente Losada y Charro (2018) reportaron que en una muestra clínica de pacientes con TCA, la dieta restrictiva en la anorexia nerviosa se vincula a un estilo parental permisivo, mientras que la desinhibición (atracción) en la bulimia nerviosa se asocia con un estilo parental autoritario, los datos encontrados en este estudio, apoyan parcialmente esta postura, porque se evidenció que a mayor imposición materna, mayor restricción alimentaria, mayor presencia de conductas bulímicas (atracción-purga) y control oral (conteo de calorías).

En cualquiera de los dos casos (dieta o atracción), la familia debe proporcionar a sus miembros los recursos necesarios para su desarrollo personal, social y bienestar en general, para que, de este modo, ésta institución social sea un factor protector en la adolescencia, por lo que, es necesario desarrollar intervenciones oportunas desde la psicología de la salud dirigidas hacia los padres. En cuanto a la conducta no asertiva (agresiva) en las mujeres se asocia con comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y conductual maternas, de este modo, se observa que existen percepciones diferenciales de acuerdo con el sexo, pero destaca que en los hombres es menor la asociación entre conducta agresiva y control psicológico materno en comparación con las mujeres.

Conclusiones

Las CAR son patrones alterados de la alimentación y la evidencia empírica revela que casi una décima parte de los estudiantes de preparatoria las practican con frecuencia, de este modo, la importancia de su evaluación y detección oportuna reside en que estas son precursoras del desarrollo de los TCA y aunque, en mayor medida se observan en las mujeres, poco más de la mitad de los hombres también las realizan. Asimismo, la conducta no asertiva de tipo agresivo se presenta en más de la mitad de los adolescentes tardíos, no obstante, 100% de los es-

tudiantes hombres y mujeres quienes presentan CAR presentan dicha conducta, además, se asocia en mayor medida con la percepción de prácticas parentales no adecuadas de la madre. Por tanto, se sugiere seguir investigando estas variables para tener un fundamento mucho más amplio y generar planes de acción, en primer lugar, para ayudar a disminuir la presencia de CAR y en segundo lugar, para promover la conducta social de tipo asertivo, lo anterior no solo en adolescentes, también será pertinente incluir estudiantes de menor edad y a sus padres para promover y desarrollar la conducta asertiva, asimismo, promover conductas alimentarias más sanas, a partir de la ejecución correcta de prácticas parentales (comunicación y autonomía). Lo anteriormente mencionado es socialmente relevante, porque el siguiente paso que darán los adolescentes tardíos es el ingreso al nivel profesional y se encontrarán en constantes situaciones para tomar decisiones. Una intervención integral oportuna coadyuvará para que algunas de sus HHSS sean más efectivas. De este modo, el desarrollo de intervenciones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad permitiría a los adolescentes responder entre sus pares y con sus padres de modo más positivo, convirtiendo sus competencias sociales en factores protectores que potencialicen las consecuencias favorables y minimicen las desfavorables, lo cual contribuirá en el bienestar físico y psicológico de esta población.

Limitaciones y sugerencias para futuros estudios

Se debe tomar en cuenta que la muestra de este estudio fue no-probabilística, lo que limita la generalización de los hallazgos. Futuros estudios, deberán incluir la evaluación de los padres en cuanto a CAR, estilos comportamentales y sus propias prácticas parentales con el propósito de contar con una panorámica más completa e integral.

ORCID

María Leticia Bautista-Díaz <https://orcid.org/0000-0003-1154-1737>
 Ariana Ibeth Castelán-Olivares <https://orcid.org/0000-0002-2758-585X>
 Armando Martín-Tovar <https://orcid.org/0000-0003-1862-4340>
 Karina Franco-Paredes <https://orcid.org/0000-0002-5899-3071>
 Juan Manuel Mancilla-Díaz <https://orcid.org/0000-0001-7259-3667>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

María Leticia Bautista-Díaz: Conceptualización, análisis formal, investigación, supervisión, administración del proyecto.
 Ariana Ibeth Castelán-Olivares: conceptualización, investigación, curación de datos.
 Armando Martín-Tovar: metodología, investigación, curación de datos.
 Karina Franco-Paredes: Metodología, análisis formal y visualización.
 Juan Manuel Mancilla-Díaz: Conceptualización, escritura-revisión y edición.

FINANCIAMIENTO

Investigación autofinanciada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a las autoridades de la institución educativa por las facilidades para el desarrollo de la presente investigación y a los adolescentes por su generosa participación.

PROCESO DE REVISIÓN

Este estudio ha sido revisado por pares externos en modalidad de doble ciego.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los autores del presente manuscrito estamos a favor de la ciencia abierta, sin embargo, basados en el Artículo 61 del Código Ético del Psicólogo, almacenamos la base de datos para preservar la identidad de los participantes y la confidencialidad de los datos, pero podrá ser solicitada a los correos de los autores.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Los autores son responsables de todas las afirmaciones realizadas en este artículo. Interacciones ni el Instituto Peruano de Orientación Psicológica se hacen responsables sobre las afirmaciones realizadas en este documento.

REFERENCIAS

- Andrade, P. P. & Betancourt, O. D. (2010). Evaluación de las prácticas parentales en padres e hijos. En A. S. Rivera, R. Díaz-Loving, L. I. Reyes, A. R. Sánchez y M. L. Cruz (Eds.). *La Psicología Social en México XIII*, (pp. 137- 143). México: AMEPSO.
- Asociación Americana de Psicología (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Azurmendi, A., Pascual-Sagastizabal, E., Vergara, A. I., Muñoz, J., Braza, P., Carreras, R., Braza, F., & Sánchez-Martín, J. R. (2016). Developmental trajectories of aggressive behavior in children from ages 8 to 10: The role of sex and hormones. *American Journal of Human Biology*, 28, 90-97.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90-10. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n2/v1n2a1.pdf>
- Berger, K. (2016). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. España: Médica Panamericana.
- Bermúdez, P., Machado, K., & García, I. (2016). Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(39), 240-244.
- Bernal, G., Toxqui, M. J.G., Álvarez, I., & Vega, A. E. (Noviembre, 2018). Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes. Sesión cartel presentado en el XVI Coloquio Panamericano de Enfermería, La Habana, Cuba.
- Betina, A. & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 13(23), 159-182.
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (6ª Edición). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(3), 401-422
- Caballo, V. Salazar, I. S., & Equipo de investigación CISO-A España. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(1), 23-56.
- Campell, K. & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the arte review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.
- Carrasco, M. A. & González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
- Castrillón, I. & Giraldo, O. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 57-74. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21617/17804>
- Contreras, L., Morán, J., Frez H., Lagos, C., Marín, M. P., Pinto, M. A., & Suzarte A. (2015). Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Revista Chilena de Psiquiatría*, 86(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.020>
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación en estadística y psicología*. México: Manual Moderno.
- Corrales, A., Quijano, N. K., & Góngora, E. A. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., ... Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes niñas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 116-124 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v7n2/2007-1523-rmta-7-02-00116.pdf>
- Cruz-Sáez, M.S., Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(3), 724-733.
- De la Peña, V., Hernández, E., & Rodríguez, F. J. (2003). Comportamiento asertivo y adaptación social: Adaptación de una escala de comportamiento asertivo (CABS) para escolares de enseñanza primaria (6-12 años). *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 8(2), 11-25.
- Espina, A., Ochoa de Alda Martínez, I., & Ortego, M. A. (2007). *Conductas alimentarias, salud mental y estilos de crianza en adolescentes de Gipuzkoa*. España: Delikatuz.
- Fleta, J. & Sarria, A. (2012). Aspectos psicológicos y fisiológicos de la ingesta de alimentos. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, la Rioja y Soria*, 42, 13-21.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). Una situación habitual. Violencia en la vida de los niños y los adolescentes, Autor. Recuperado de https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_Key_findings_Sp.pdf
- Franco, K., Solorzano, M., Díaz, F., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2016). Confiabilidad y estructura factorial del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* (Número especial), 30-31.
- García, J. A., López, J. C., Jiménez, F., Ramírez, Y., Lino, L., & Reding, A. (2014). *Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud*. México: Mc Graw Hill.
- Garner, D., Olmsted, M. P. Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gonçalves, S. F., Machado, B. C., & Machado, P. P. P. (2011). O papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: uma revisão da literatura. *Psicologia Saúde de Doenças*, 12(2), 280-297. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000200009
- González, C., Guevara, Y., Jiménez, D., & Alcázar, R. J. (2018). Relación entre asertividad, rendimiento académico y ansiedad en una muestra de estudiantes mexicanos de secundaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(1), 116-127. doi: 10.14718/ACP.2017.21.1.6
- González, M., Plasencia, D., Jiménez, S., Martín, I., & González, T. (2009). *Temas de nutrición: Nutrición básica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Guillament, A. L. & Canals, J. C. (2007). Perfiles de personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes jóvenes. *Anales de Pediatría*, 66(29), 219-224.
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., & Cuevas-Nasu, et al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Guttman, H. & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455. doi: /10.1053/comp.2002.35905.
- Hernández, M. A. & Lara, B. (2015). Responsabilidad familiar ¿Es una cuestión de género? *Revista de Educación Social*, 21, 28-44.
- Keijsers, L. (2015). Parental monitoring and adolescent problem behaviors: How much do we really know? *International Journal of Behavioral Development* 40(3), 1-11. doi: 10.1177/0165025415592515
- Lara, M. C. & Silva, A. (2002). *Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en niños y adolescentes: II* (Tesis de Licenciatura). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- León, M. & Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 28 (41-42), 187-207. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748706001>
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en ad-

- olescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
- Losada, A. V., & Charro, A. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales. *Perspectivas Metodológicas*, 21(1) 89-112. Recuperado de <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/28.pdf>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en Psicología*, 22(2), 1-14. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Julieta_Marmo.pdf
- Martínez, B. & Pedrón, C (2016). *Conceptos básicos en alimentación*. España: Nutricia. Advanced Medical Nutrition.
- Martínez, L. C., Vianchá, M. A., Pérez, M. P, & Avendaño, B. L. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 178-188.
- Matalinares-Calvet, M.L., Díaz-Acosta, A.G., Rivas-Díaz, L.H., Arenas-Ipparraguirre, C.A., Baca-Romero, D., Raymundo-Villalva, O., & Rodas-Vera, N. (2019). Relación entre estilos parentales disfuncionales, empatía y variables sociodemográficas en estudiantes de enfermería, medicina humana y psicología. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 91-111.
- Méndez, M. P., Peñalosa, R., García, M., Jaenes, J. C.; & Velázquez, H. R. (2019). Divergencias en la percepción de prácticas parentales, comportamiento positivo y problemáticas entre padres e hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 194-205.
- Michelson, L. & Wood, R. (1982). Development and psychometric properties of the Children's Assertive Behaviour Scale. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 3-14.
- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, T., & Preti, A. (2008). Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 364-73.
- Miranda, V.R. (Octubre/Diciembre, 2012). Trastornos de alimentación en estudiantes de secundaria y bachillerato en Hidalgo. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*. Recuperado de <http://s-salud.hidalgo.gob.mx/wp-content/Documentos/gaceta/gaceta1.pdf>
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava. M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), 1-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44780111.pdf>
- Ngo de la Cruz, J. (2012). *Alimentación en otras culturas y dietas no convencionales*. Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de http://cursosaeap.exlibrisediciones.com/files/49-128-fichero/9%C2%BA%20Curso_Alimentaci%C3%B3n%20en%20otras%20culturas.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Adolescentes y salud mental*. Autor. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/
- Ortega-Luyando M, Alvarez-Rayón G, Garner DM, Amaya-Hernández A, Bautista-Díaz ML., & Mancilla-Díaz JM. (2015). Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1),51-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.001>.
- Pacheco, J. L (2017). Enfoque criminológico de la conducta agresiva y su etiología hormonal. *VOX JURIS*, 33(1), 159-165.
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Peña, E. & Reild, L.M. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2182, 2193.
- Prieto, M. A. (Abril, 2011). Empatía, asertividad y comunicación. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 41, 1-8. Recuperado de https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csif/revista/pdf/Numero_41/MIGUEL_ANGEL_PRIETO_BASCON_02.pdf
- Radilla, C.C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S. Barriguete, J. A., & Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21. doi:10.14642/RENC.2015.21.1.5037.
- Ramírez, J. M. (2006). Bioquímica de la agresión. *Psicopatología Clínica, legal y Forense*, 6, 43-66.
- Ríos, R. R. (2017). *Metodología para la investigación y redacción*. España: Servicios académicos Intercontinentales S.L.
- Romero, M., Pérez, J. J., Salazar, A. Ayala, J. A., Amuedo, M., & Devesa del Valle, S. (2015). La emoción de ira en las personas con trastorno de la conducta alimentaria. *Biblioteca Lascasas*, 11(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0804.pdf>
- Ruvalcaba-Romero, N. A., Gallegos-Guajardo, J., Caballo, V. E., & Villegas-Guinea, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 169-236. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n3/2011-7485-psdc-33-03-00223.pdf>
- Sánchez, J. C., Villareal, M. E., & Musitu, G. (2010). *Psicología y desórdenes alimenticios*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Saucedo-Molina, T.J. & Unikel-Santoncini, C. (2010*). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). Código Ético del Psicólogo. *Normas de Conducta, resultados de trabajo, relaciones establecidas*. México: Trillas
- Skemp, K., Elwood, R., & Reineke, D. (2019). Adolescent boys are at risk for body image dissatisfaction and muscle dysmorphia. *Californian Journal of Health Promotion*, 17(1), 61-70.
- Unikel, C., Díaz de León, C., & Rivera J. A. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 141-148. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.012
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. J., Trujillo Chi Vacuán, E. M., García-Castro, F., & Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf>
- Valero, S., Granero, R., & Sánchez-Carracedo, D. (2019). Frequency of family meals and risk of eating disorders in adolescents in Spanish and Peru. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(1), 48-57.
- Van der Hofstandt, R. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación: cómo mejorar la comunicación personal* (2ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.
- Vargas, N. G. (2018). *Relación entre las prácticas parentales en las habilidades sociales y autoestima en niños escolarizados*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
- Ventura, A. K. y Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(15). Recuperado de <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/28.pdf>
- Warren, M. (2011). Endocrine manifestations of eating disorders. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(2), 333-343. Recuperado de <https://doi.org/10.1210/jc.2009-2304>
- Zalar, B., Weber, U., & Serneck, K. (2011). Aggression and impulsivity with impulsive behaviors in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 27-33.