

Manuel Mateos-Agut<sup>1</sup>  
Isabel García-Alonso<sup>2</sup>  
Jesús J. De la Gándara-Martín<sup>1</sup>  
María I. Vegas-Miguel<sup>3</sup>  
Carlota Sebastián-Vega<sup>3</sup>  
Beatriz Sanz-Cid<sup>1</sup>  
Ana Martínez-Villares<sup>1</sup>  
Esther Martín-Martínez<sup>1</sup>

# La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos

<sup>2</sup>Universidad de Burgos

<sup>3</sup>Licenciada en Psicología

---

**Introducción.** El estilo de vida moderno que se caracteriza por el culto al individualismo, el descrédito de la autoridad y la existencia de múltiples realidades, ha modificado la estructura de las familias. Esta estructura social impregna a las familias y la forma de enfermar de sus miembros, de forma que los TCA se convierten en una forma de enfermar típicamente posmoderna.

**Metodología.** El objetivo es conocer la estructura sistémica y la vulnerabilidad de las familias, comparando 108 familias con TCA, con 108 sin patología. Se utilizó un cuestionario administrado mediante entrevista por personal entrenado.

**Resultados.** Las familias TCA tienen una estructura distinta de las del grupo de control. Tienen más antecedentes psiquiátricos y escasas habilidades de afrontamiento. Sus jerarquías están poco definidas y el liderazgo es difuso, con normas imprevisibles y rígidas, existiendo más coaliciones intergeneracionales y menos alianzas. La relación entre los padres es distante o de enfrentamiento, y hacia sus hijos tienen actitudes complacientes y egoístas, con vínculos ambivalentes y poco afectuosos, que en el caso de las madres se manifiesta con ansiedad de separación y dependencia diádica. Las expectativas que tienen para su prole son o bien exigentes y poco realistas o bien despreocupadas, y menor control de su conducta, además de una peor organización de las comidas familiares.

**Conclusiones.** Las diferencias estructurales que aparecen entre los dos grupos de familias parecen tener importancia en la aparición y mantenimiento de los TCAs, aunque posiblemente no sean su única causa. Los resultados indican estrategias para la intervención clínica en TCAs.

**Palabras Clave:** Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa, Sistémica familiar, Posmodernidad, Narcisismo

*Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(6):267-80

---

Correspondencia:  
Manuel Mateos Agut  
Hospital de Día. Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario de Burgos  
Avda. Islas Baleares S/N (Hospital Divino Valles)  
09006 Burgos  
Correo electrónico: manuelmateosa@sacyl.es

## Family structure and eating behavior disorders

**Introduction.** The modern way of life, characterized by the cult of individualism, discredited authority, and a proliferation of points of view about reality, has modified family structure. This social structure imbues families and the way that its members become ill, in such a way that eating behavior disorders (EDs) have become a typically postmodern way of becoming ill.

**Methodology.** The aim is to understand the systemic structure and vulnerability of families by comparing 108 families with members who have ED to 108 families without pathology. A questionnaire administered by an interview with trained personnel was used.

**Results.** Families with ED have a different structure from the families in the control group. They have more psychiatric history and poor coping skills. The family hierarchy is not clearly defined and the leadership is diffuse, with strict and unpredictable rules, more intergenerational coalitions, and fewer alliances. The relationship between the parents is distant or confrontational, and their attitudes towards their children are complacent and selfish, with ambivalent and unaffectionate bonds. In the case of mothers, this is manifested by separation anxiety and dyadic dependence. Their expectations concerning their offspring are either very demanding and unrealistic, or indifferent, and there is less control of their behavior, in addition to poor organization of the family meals.

**Conclusions.** The structural differences between the two groups of families seem to be important for the occurrence and maintenance of EDs, although they may not be the only cause. The results suggest strategies for clinical intervention in EDs.

**Keywords:** Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Family System, Postmodernism, Narcissism

## INTRODUCCIÓN

La relación entre familia y enfermedad mental y la influencia que tiene la familia en el desarrollo emocional y en el aprendizaje no ha sido estudiada en profundidad. Esta falta de atención contrasta con el enorme esfuerzo, que la sociedad invierte en educación para capacitar a las personas a la vida en comunidad y potenciar su desarrollo, olvidando que la familia es la base sobre la que se asienta cualquier proceso de aprendizaje. La capacidad de los grupos humanos de influir en el pensamiento, las emociones y conductas de sus miembros y por tanto de generar patología ha sido ampliamente documentada en la literatura científica<sup>1-7</sup>, y diversos autores que se ocuparon de estudiar la relación familia-trastorno mental han encontrado su origen en:

- las interacciones entre sus miembros<sup>8-11</sup>
- en el intercambio afectivo y en la forma de vincularse<sup>12,13</sup>
- en los símbolos que estas producen<sup>14</sup>.

Estos aspectos están regulados por la estructura en que se sustentan las familias<sup>15</sup>, que es la mínima organización que permite cumplir con su función protectora y socializadora<sup>16</sup> y está formada por subsistemas interrelacionados jerárquicamente, por fronteras o límites que regulan cómo se participa, por jerarquías, alianzas y coaliciones<sup>17</sup>.

Cuando esta organización deja de ser funcional porque se producen alteraciones en cualquiera de sus componentes, impide la adaptación y el crecimiento de los individuos y se manifiesta con la patología de uno o varios de sus miembros, implicando a toda la familia que a su vez lo sostienen<sup>18,19</sup>.

La familia como subsistema del sistema social del que participa, se ve influida por los cambios que en él se producen. Desde la década de los años 60 del siglo pasado, la sociedad occidental ha sufrido una transformación que ha dado en llamarse posmodernidad y que ha traído consigo muchos puntos de vista de concebir la realidad y un grado de libertad individual antes no conocido, pero también un debilitamiento de la autoridad y con ello, de la responsabilidad sobre los actos individuales. Esto implica que el concepto de realidad deje de ser unívoco y predomine la individualidad sobre el grupo<sup>20,21</sup>. La sociedad que surge en la posmodernidad mira hacia el exterior y enfatiza la apariencia y el éxito frente a la construcción personal, lo que se refleja en el actual descrédito de los referentes sociales (partidos, iglesia, etc.). Este proceso ha propiciado un cambio que ha transformado la estructura social histórica previa en la actual estructura narcisista<sup>22</sup>, lo que favorece la aparición de nuevos síntomas y de entre ellos los trastornos de la conducta alimentaria que son su paradigma (vacío interior, culto por la imagen y el éxito...).

Los estudios sobre familias con un miembro con TCA\* han constatado que entre ellas existe una gran diversidad de patrones de interacción<sup>23</sup>, pero sin embargo muchas comparten algunas disfunciones que se han señalado como causa o sostén del trastorno<sup>24,25</sup>. Esta disfunción tendría su origen en un subsistema parental compuesto por unas madres con sentimientos de ineficacia e inseguridad y por unos padres perfeccionistas, lo que se traduciría en un grupo familiar con un autoconcepto desvalorizante que daría lugar al TCA a largo plazo<sup>26</sup>. En este contexto, la relación de la madre con su hija pre-anoréxica sería ambivalente y se caracterizaría por la sobreprotección y el rechazo, estableciendo así una vinculación insegura<sup>26-29</sup>. Para Minuchin<sup>30</sup> este estilo de crianza se compone de las siguientes características: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto, esto es, estilos autoritarios y permisivos con características psicossomáticas<sup>30,31</sup>. Por su parte, Selvini-Palazzoli<sup>33</sup> encuentra el origen del los TCAs en un padre que se siente incapaz de imponer la ley familiar desplazado por la coalición madre-hija y que encuentra la posibilidad de resolver su conflicto conyugal aliándose con su esposa en la preocupación por la enfermedad de su hija. El resultado son relaciones complejas y poca satisfacción con el apoyo familiar<sup>34</sup>.

Otro aspecto que se ha señalado reiteradamente es la actitud parental hacia el peso y la alimentación, pues ya desde muy corta edad los niños se conducen de una manera muy similar a sus padres<sup>35</sup>. Además la presión de estos para que sus hijas pierdan kilos, las desaprobaciones, las burlas en torno al peso, tanto de estos como de los iguales y el número de comidas semanales en familia, cada vez menos frecuentes, parecen ser poderosos predictores de la aparición de un TCA<sup>35,36</sup>.

Por último, es de reseñar que Di Pentima<sup>37</sup> cree que lo que determinaría el tipo de TCA con su específica clínica (AN, BN, TCANE) sería la diferente estructura y dinámica familiar, de forma que cuando la clínica es del tipo AN el lazo familiar sería más adecuado que cuando es de BN.

De todo lo anterior parece desprenderse que la estructura familiar y algunas actitudes de los padres y madres podrían tener una importancia relevante en cómo se desarrollan los trastornos de la alimentación, en cómo se manifiestan e incluso en cómo se mantienen, pero los estudios que hemos encontrado se basan sobre todo en series pequeñas de casos y en observaciones clínicas no contrastadas. Dada la importancia que estos hallazgos podrían tener para el abordaje y la prevención de un trastorno que desde el inicio de la posmodernidad ha multiplicado su prevalencia por 30<sup>38</sup> y que afecta a una de cada 20 adolescentes<sup>39</sup>, hemos

\* En adelante para referirnos al grupo de estudio utilizaremos las siglas GE, para el grupo de control GC, AN para anorexia nerviosa, BN para bulimia nerviosa, TCNE para Trastorno de la conducta alimentaria no especificada y TCA para trastorno de la conducta alimentaria

Tabla 1		Muestra			
	Nº de Familias	Extraídas de	Edad Media	Sexo	Nº Hermanos y lugar en la fratria
GE	108	Familias biparentales con 1 a 4 hijos, uno de ellos, de entre 14 y 26 años que vive en el núcleo familiar de origen, acude a tratamiento en nuestro Servicio por diagnóstico de TCA (AN, BN, o TCANE) según criterios DSM IV-TR.	20,01	5♂ 103♀	No dif Sign
GC	108	Familias extraídas aleatoriamente de Centros Educativos e Institutos de la ciudad de Burgos y provincia con iguales características socio-demográficas pero que No tienen ningún diagnóstico DSM IV-TR entre los miembros de la familia nuclear.	19,30	5♂ 103♀	

querido profundizar en el conocimiento de estas relaciones buscando una serie amplia de familias con TCA que pudiéramos comparar con otro grupo de familias sin patología para vislumbrar en qué se diferencian unas de otras a pesar de estar atravesadas por el mismo contexto social.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Objetivos

El objetivo principal de nuestra investigación fue determinar la relación existente entre las diferentes estructuras familiares y los trastornos de la conducta alimentaria, para posteriormente distinguir qué elementos de su estructura pueden favorecer la presencia en la familia de un TCA.

### Metodología

Para definir dicha estructura se procedió a la elaboración de un cuestionario heteroaplicado, compuesto por 17 preguntas específicas con tres alternativas de respuesta cada una, clasificando a las familias en función de los elementos que la componen (jerarquía, estilo de liderazgo, tipo de apoyo familiar, alianzas y coaliciones). También se incluyeron preguntas sociodemográficas y sobre aspectos extra-estructurales (Anexo). Los entrevistadores fueron entrenados para hacer las preguntas de similar manera.

La recogida de datos se realizó durante una entrevista semi-estructurada de aproximadamente una hora y media de duración, en la que tenían que estar presentes la persona identificada y al menos uno de sus padres (generalmente acudía su madre), a los que se preguntaba por los ítems del cuestionario según el protocolo preestablecido. La información obtenida se incorporó a una base de datos y fue codificada, interpretada y analizada por medio del paquete estadístico SSPS, versión 18.

Tabla 2		Antecedentes familiares de trastornos mentales	
Antecedentes Psiquiátricos	N y % GE	N y % GC	
Afectividad	36 (33,3)	32 (29,6)	
Alcoholismo	13 (12,0)	8 (7,4)	
TCA	10 (9,3)	3 (2,8)	
T. Personalidad	11 (10,2)	3 (2,8)	
Ansiedad	10 (9,3)	0 (0,0)	
Psicosis	5 (4,6)	7 (6,5)	
Drogadicción	5 (4,6)	5 (4,6)	
TDAH	4 (3,7)	0 (0,0)	
Demencia	2 (1,9)	21 (19,4)	
T. del desarrollo/ R.M.	1 (0,9)	3 (2,8)	
Ludopatía	2 (1,9)	1 (0,9)	

### Muestra

La muestra estuvo compuesta por dos grupos, ver tabla 1.

En cuanto al tipo de TCA en el grupo de estudio, 45 sujetos (41,6%) presentaban una AN purgativa, 34 (31,5%) AN restrictiva y 29 (26,9%) BN.

## RESULTADOS

### Antecedentes

Se establecieron las siguientes categorías de enfermedades somáticas: cáncer, infarto de miocardio, enfermedades degenerativas, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas por considerarse que pueden suponer un gran impacto emocional o implican cuidados a largo plazo capaces de dificultar el desarrollo familiar. El resultado fue que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en lo que se refiere a los antecedentes familiares somáticos.

Tabla 3 Relación entre los miembros de los subsistemas

Relación entre los miembros de los subsistemas	Actitud Materna			Actitud Paterna			
	Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Significación	GE (N y %)	GC (N y %)	Significación
<b>Dedicación</b>							
Exclusiva	50 (46,3)	48 (44,4)	NS	2 (01,9)	1 (00,9)	NS	
Conciliación	52 (48,1)	55 (50,9)		70 (64,8)	59 (54,6)		
Escasa	6 (05,6)	5 (04,6)		36 (33,3)	48 (44,4)		
<b>Distanciamiento</b>							
Complaciente	64 (59,3)	40 (37,0)	Chi <sup>2</sup> 24,55	31 (28,71)	13 (12,0)	Chi <sup>2</sup> 18,73	
Responsable	34 (31,5)	66 (61,1)	P 0,000	41 (38,0)	72 (66,7)	P 0,000	
Egoísta	10 (10)	2 (01,9)		36 (33,3)	23 (21,3)		
<b>Vínculo</b>							
Excesivo	47 (43,5)	26 (24,1)	Chi <sup>2</sup> 31,14	13 (12,0)	4 (03,7)	Chi <sup>2</sup> 22,42	
Seguro	40 (37,0)	76 (70,4)	P 0,000	45 (41,7)	79 (73,1)	P 0,000	
Bajo	21 (19,4)	6 (5,6)		50 (46,3)	25 (23,1)		

En cuanto a los antecedentes familiares de trastornos mentales podemos ver la frecuencia con que se dieron en ambos grupos, siendo los más comunes en el GE los *trastornos afectivos, TCA, los de la personalidad, ansiedad y TDAH*, por este orden, como puede verse en la Tabla 2

El nacimiento del sujeto con TCA durante un duelo o una situación de estrés importante para la madre se descartó como un factor de riesgo para el trastorno al no existir diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

## Estructura familiar

### Relación entre los miembros de los subsistemas

Para el estudio de la estructura familiar se analizaron sus diferentes elementos cuyos porcentajes y significación quedan reflejados en la Tabla 3. En primer lugar y para conocer cómo era la relación entre los miembros de los subsistemas analizamos la *actitud materna*, atendiendo a las siguientes variables dedicación, distanciamiento y vínculo, resultando que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a la *dedicación* que estas tenían al cuidado de sus hijos. Sin embargo al analizar la *distancia* a la que se situaban encontramos que entre las madres TCA se daban en exceso las actitudes "complaciente", entendida esta como un estilo pasivo, que rechaza y delega sus propios deseos y necesidades en pos de satisfacer los de los demás, y "egoísta", que engloba a las madres que imponen sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los otros, frente a la actitud "responsable" (tienen en cuenta las necesidades de su familia, a la vez que las propias, atendiendo al interés del grupo familiar) de las madre del GC.

También había diferencias estadísticamente significativas en la forma de *vincularse*: las madres TCA establecían en exceso vínculos del tipo "excesivo" (con ansiedad de separación, dependencia diádica madre-hija, basada en vínculos inseguros) y "bajo" (vínculos ambivalentes y poco afecto), mientras que en el GC había una sobrerrepresentación del vínculo "seguro".

Por su parte, los padres de ambos grupos "conciliaban" el trabajo con la atención a sus hijos o tenían una "escasa" dedicación a su cuidado, de manera que, como en el caso de las madres tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en este aspecto entre ambos grupos de padres. Sin embargo la *distancia* a la que se situaban de sus hijos difirió, en el GE predominaban las actitudes "complaciente" y "egoísta" mientras que en el GC era más frecuente la actitud "responsable". En cuanto a la forma de *vincularse* también encontramos diferencias estadísticamente significativas, los padres del GE tenían un vínculo "bajo" y entre los del GC predominaba el tipo de vínculo "seguro". El tipo de vínculo "excesivo" era similar y poco frecuente en ambos grupos.

### Comunicación

Cuando estudiamos la comunicación familiar encontramos diferencias significativas en *Expresión Emocional*: En el GE había más casos de los esperados de "alta" y "muy baja" mientras que en el GC eran de la "baja". En lo que se refiere a la *Relación Afectiva de los Padres* las diferencias significativas se centraron en que en el GE fue más frecuente el "enfrentamiento" y las relaciones "distantes" frente a la "buena" relación afectiva del GC, como ilustra la Tabla 4.

Tabla 4		Comunicación familiar		
Comunicación Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación	
<b>Expresión emocional</b>				
Alta	56 (51,9)	20 (18,5)	Chi <sup>2</sup> 39,23 P 0,000	
Baja	41 (38,0)	86 (79,6)		
Muy baja	11 (10,2)	2 (01,9)		
<b>Relación afectiva padres</b>				
Distante	27 (25,0)	14 (13,0)	Chi <sup>2</sup> 23,03 P 0,000	
Buena	59 (54,6)	90 (90,7)		
Enfrentamiento	22 (20,4)	4 (06,5)		

Tabla 5		Jerarquía		
Jerarquía Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación	
<b>Liderazgo</b>				
Padre	24 (22,2)	17 (15,7)	Chi <sup>2</sup> 14,83 P 0,002	
Madre	47 (43,5)	61 (56,5)		
Los dos	16 (14,8)	25 (23,1)		
Ninguno	21 (19,4)	5 (04,6)		
<b>Estilo del líder</b>				
Autoritario	29 (26,9)	28 (25,9)	Chi <sup>2</sup> 18,53 P 0,000	
Democrático	41 (38,0)	67 (62,0)		
Anárquico	38 (35,2)	13 (12,0)		
<b>Aplicación norma</b>				
Rígido	24 (22,2)	8 (07,4)	Chi <sup>2</sup> 44,33 P 0,000	
Flexible	48 (44,4)	94 (87,0)		
Imprevisible	36 (33,3)	6 (05,6)		
<b>Sanción norma</b>				
Rígido	18 (16,7)	16 (14,8)	NS	
Flexible	34 (31,5)	47 (43,5)		
Imprevisible	11 (10,2)	13 (12,0)		
Sin consecuencias	45 (41,7)	32 (29,6)		

### Jerarquía

La Tabla 5 nos muestra como el liderazgo familiar en ambos grupos era mayoritariamente ejercido por la madre, aunque hubo diferencias significativas, en el GE estaban sobre-representados, con respecto al GC, la "falta de liderazgo" y en menor medida el del "padre", mientras que en el GC en exceso el liderazgo "compartido" o el de la "madre".

A la hora de *Crear las Normas* también se diferenciaban los dos grupos de familias: El estilo "anárquico" está representado en exceso en el GE y el estilo "democrático" en el GC. Es de reseñar que el estilo "autoritario" era comparable en los dos grupos. En las familias del GE había también más casos de los esperados en los que se hacía una *Aplicación de la Norma* "imprevisible" y "rígida" a diferencia del GC en el que predominaba la forma "flexible". Por fin, en lo que no se

diferenciaban ambos grupos de familias era en la *Sanción de las Normas*, si bien era algo más frecuente la forma "flexible" en el GC y la forma "sin consecuencias" en el GE.

### Límites

Como puede verse en la Tabla 6, en el GE encontramos más casos de los esperados de madres que ejercían un *control* "distante" al contrario que en el GC donde el control era "cercano", sin embargo el número de madres "controladoras" fue similar en ambos grupos. Los padres sin embargo ejercían el control como los el GC.

También hubo diferencias en la *capacidad de afrontamiento de los problemas* entre ambos grupos de familias: En el GE está representada en exceso la "falta de percepción de

Tabla 6	Límites		
Límites Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
<b>Control Materno</b>			
Controladora	53 (22,2)	36 (33,3)	Chi <sup>2</sup> 18,96 P 0,000
Cercana	40 (33,3)	69 (63,9)	
Distante	15 (13,9)	3 (02,8)	
<b>Control Paterno</b>			
Controlador	24 (19,3)	16 (14,8)	NS
Cercano	36 (33,3)	53 (49,1)	
Distante	48 (44,4)	39 (36,1)	
<b>Afrontamiento</b>			
Falta percepción problema	34 (31,5)	3 (02,8)	Chi <sup>2</sup> 37,31 P 0,000
Percepción de habilidades	55 (50,9)	93 (86,1)	
Percepción de falta habilidades	19 (17,6)	12 (11,1)	

Tabla 7	Alianzas y coaliciones		
	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
<b>Alianzas</b>			
No Tienen	62 (57,4)	38 (35,2)	Chi <sup>2</sup> 39,61 P 0,001
Intergeneracionales (Madre-Hijo)	37 (34,3)	31 (28,7)	
Intrageneracionales	31 (28,7)	25 (23,1)	
	16 (14,8)	49 (45,4)	
<b>Coaliciones</b>			
No Tienen	92 (90,7)	107 (99,1)	Chi <sup>2</sup> 15,46 P 0,000
Intergeneracionales (Madre-Hijo)	15 (13,9)	1 (00,9)	
Intrageneracionales	13 (12,0)	0 (00,0)	
	1 (00,9)	0 (00,0)	

los problemas" y en menor medida la "percepción de falta de habilidades", mientras que en el GC predominaba la "percepción de habilidades".

### Alianzas y Coaliciones

En la Tabla 7 vemos que existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos apareciendo un número mayor de alianzas en el GC y de coaliciones en el GE.

### Organización de las comidas

Como apuntamos en la introducción La *organización de las comidas* se ha considerado una variable que influye en el

desarrollo y mantenimiento de los TCAs. En nuestras muestras en el GE predominó la organización de la comida "nula" y "excesiva" frente a la "adecuada" del GC (Tabla 8).

### Relación entre estructura familiar y los tipos de TCA o restricción-purga en el GE

Considerando los dos tipos principales de diagnósticos (Anorexia y Bulimia) no se encontraron diferencias entre estos dos grupos para las variables estudiadas.

Estos resultados nos llevaron a considerar si habría diferencias en la estructura si analizáramos las familias con miembros con TCA en función de si este tenía características Purgativas o Restrictivas. Los resultados sólo encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable

Tabla 8	Organización de las comidas		
	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
<b>Organización comidas</b>			
Excesiva	13 (12,0)	3 (02,8)	Chi <sup>2</sup> 28,54 P 0,000
Adecuada	64 (59,3)	98 (90,7)	
Nula	31 (28,7)	7 (06,5)	

Tabla 9			
Variabes	Restrictiva N (%)	Purgativa N (%)	Prueba; Signif.
<b>Organización de las comidas</b>			
Excesiva	8 (21,6)	5 (7,0)	Chi <sup>2</sup> 6,17 P 0,046
Adecuada	22 (59,5)	42 (59,2)	
Nula	7 (18,9)	24 (33,8)	

Tabla 10						
Variabes	B	E.T.	Wald	gl	Signif.	Exp B
<b>Aplicación norma</b>			15,133	2	0,001	
Aplicación norma (1)	2,203	0,633	12,097	1	0,001	9,050
Aplicación norma (2)	1,554	0,649	5,737	1	0,017	4,731
<b>Afrontamiento</b>			7,027	2	0,030	
Afrontamiento (1)	2,142	0,877	5,964	1	0,015	8,514
Afrontamiento (2)	-0,365	0,573	0,407	1	0,524	0,694
<b>Expresión emocional</b>			16,662	2	0,000	
Expresión emocional (1)	1,931	0,479	16,256	1	0,000	6,896
Expresión emocional (2)	0,016	1,038	0,000	1	0,988	1,016
Constante	-2,548	0,563	20,444	1	0,000	0,078

"Organización de las comidas", siendo con más frecuencia "nula" en las formas purgativas (Tabla 9).

### Análisis comparativo predictivo (regresión logística en busca de factores predictores de TCA)

Si hacemos intervenir todas las variables que han resultado ser significativamente distintas en un grupo y otro (actitudes maternas –*distanciamiento, vínculo y control*– y paternas –*distanciamiento, vínculo y control*–; jerarquías –*liderazgo, estilo del líder, aplicación de la norma, capacidad de afrontamiento*–; *expresión emocional y relación afectiva de los padres* y construimos un modelo de regresión logística en busca de factores que puedan pronosticarnos un TCA, siguiendo un método de selección de variables "por pasos adelante condicional" según la significación de los coeficientes de regresión y con criterio de entrada para los pasos

de 0,1 y de salida 0,2, el programa estadístico acaba incluyendo en seis pasos las variables *aplicación de la norma, capacidad de afrontamiento, y expresión emocional* y elimina todas las demás.

Computando la regresión logística con las variables seleccionadas y con el método "introducir" en un solo paso obtenemos los resultados que pueden verse en la tabla 10. El modelo clasificaría correctamente el 87,0% de los sujetos.

Teniendo en cuenta los signos de los coeficientes B, su significación, y que en la construcción de las variables *dummy* la categoría referencia en las variables de tres categorías es la intermedia, que en principio parece la de menor riesgo, vemos que se portan como factores de riesgo a la hora de surgir un TCA la aplicación "rígida" de la norma (9 veces más que si hay una aplicación "flexible"); la aplicación "imprevisible" (4,7 veces más); el afrontamiento que no tiene

conciencia de la situación (8,5 veces más); y la expresión emocional "alta" (6,9 veces más)

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que existen numerosas diferencias entre los grupos de familias que componen el GE y el GC. Sin embargo, en el GC encontramos algunas familias con estructura similar a la mayoritaria en el GE, aunque en ninguna de ellas se haya producido entre sus miembros sintomatología ni diagnósticos psiquiátricos, al menos hasta la actualidad. De igual manera, había algunas familias en el GE con una estructura similar a la que predominaba en el GC. ¿Entonces cómo influye la estructura familiar en el TCA? Quizás algunas estructuras son un terreno para la aparición de patología, aunque no un factor suficiente para que se dé. Se requieren además otros factores extra-familiares para que se manifieste el trastorno. Por otra parte, estas mismas estructuras en presencia de factores protectores no promoverían su aparición. Trataremos entonces de repasar las variables analizadas y valorar su contribución a los TCAs.

Una característica común a ambos grupos de familias es que reflejan las características propias de la posmodernidad: predominio del individualismo, relaciones horizontales y cercanas, madres incorporadas al mercado laboral que ostentan el liderazgo familiar, debilitamiento de la autoridad y de los valores, narcisismo y sentimientos depresivos.

Aunque se ha señalado que el desgaste que suponen las enfermedades crónicas alteran el funcionamiento familiar y favorecen el desarrollo de trastornos mentales en sus miembros<sup>(40)</sup>, nuestros resultados indican que ambos grupos tenían, al menos estadísticamente similares antecedentes somáticos familiares, tanto si teníamos en cuenta el número de casos de las distintas enfermedades como si observábamos el grado de parentesco con el sujeto de estudio.

Como era de esperar, dada la forma de seleccionar ambos grupos, las familias del GE tenían una mayor carga patológica psiquiátrica que las controles, tanto si tomamos como referencia el número de casos en la familia, como si evaluamos el grado de parentesco (3.67 vs 2,1). Si comparamos estos resultados con la literatura científica consultada, en nuestro GE encontramos datos similares para los trastornos afectivos<sup>41</sup>, para los trastornos de ansiedad<sup>42</sup> y para los TCAs<sup>41-43</sup>. Pero si lo que tenemos en cuenta es la cercanía familiar, tienen más peso los Trastornos de la Personalidad, seguidos de la Ludopatía, el Alcoholismo y los Trastornos de Ansiedad, por este orden, mientras que los Trastornos Afectivos y los TCAs pasaban a ocupar el quinto y noveno lugar respectivamente en el GE. Esta apreciación puede ser de interés, pues puede indicar que estos trastornos podrían tener menos relación de lo hasta ahora señalado con los TCAs.

En cuanto al hecho de que la madre estuviera pasando por una situación de duelo durante el período perinatal o la primera crianza que dificultara el establecimiento de una vinculación madre-hijo segura que a la larga pudiera desembocar en la aparición de un TCA, la comparación entre el GE y el GC no arroja diferencias significativas, si bien, no podemos descartar por ello que los duelos vividos por las madres durante la primera crianza no puedan tener una influencia en la aparición de los TCA. En todo caso, la mayor psicopatología encontrada entre los familiares del grupo de familias TCA y su diferente funcionamiento familiar podría dar un diferente significado a estos duelos.

Si analizamos la estructura familiar, las variables referidas al subsistema estudian la actitud de los padres hacia sus hijos tanto en lo que se refiere al tiempo que les dedicaban y al lugar que ocupaba entre sus preferencias, como a la distancia a la que se situaban de ellos y la calidad del vínculo que desarrollaron. En primer lugar, y si no fijamos en la dedicación vemos que aunque se ha señalado que familias tradicionales con separación de roles y madres que trabajan en casa protegen de que aparezca un TCA<sup>44</sup>, nuestros resultados no confirman esta afirmación, las madres de ambos grupos se comportaban en este aspecto de igual manera y por tanto no parece que el hecho de que la madre trabaje o no, o esté más o menos tiempo dedicada a los hijos, proteja de que aparezca un TCA, sino, más bien, el cómo ejerce su función.

En segundo lugar, y en cuanto a la distancia a la que se situaban de sus hijos los resultados indican que los padres y madres TCA en gran medida se polarizaban en dos extremos, o eran más complacientes y tenían un estilo pasivo que rechazaba y delegaba sus propios deseos y necesidades en pos de satisfacer los de los demás, o eran más egoístas imponiendo sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los otros. Estos resultados son coincidentes con los encontrados por Suzuki<sup>45</sup> o Sayin<sup>46</sup> que describían a los padres como distantes, inestables emocionalmente y con rasgos narcisistas.

Una madre poco cariñosa es entre las posibles causas de insatisfacción de los adolescentes con su familia la que tiene mayor peso<sup>47</sup>, y las madres de TCAs han sido descritas como sobreprotectoras, sobreimplicadas y muy dependientes, con dificultades de separación y falta de límites<sup>(46)</sup> o fuertes, rígidas y dominantes, pero al mismo tiempo poco cálidas<sup>48</sup>. Esta ambivalencia, mezcla de escaso afecto o de rechazo con sobreprotección<sup>29,49,50</sup>, daría lugar a una relación del paciente con su madre caracterizada por las necesidades de aprobación, la desconfianza interpersonal y un estilo negativo de atención<sup>51</sup>. Vemos pues, que existe bastante acuerdo en describir la relación madre-hijo como simbiótica pero agresiva<sup>27</sup> u hostil<sup>28</sup>, que en el caso de los TCAs se hace sobre un vínculo narcisista<sup>46</sup>. Las madres TCA de nuestro estudio tendían a establecer una vinculación caracterizada por la ansiedad de separación, la dependencia diádica madre-hija o por la am-

bivalencia y el escaso afecto, lo que en ambos casos indica que hacen vínculos inseguros. Sin embargo un tercio de las madres no compartían este patrón y, a pesar de vincularse de forma segura, sus hijas sufrieron patología. De igual manera, otro tercio del grupo de control que establecían vínculos inseguros, al menos en el momento de la evaluación, no presentaban trastornos psiquiátricos. Esta discrepancia indicaría que una vinculación insegura madre-hija, a pesar de su importancia, no es causa suficiente para que aparezca un TCA, quizás porque esta relación de dependencia diádica no se da apenas entre los padres varones (65,1% madres vs 13,3% padres) que podrían en estos casos tener un efecto compensador. Por otra parte en un gran número de los padres del GE encontramos una vinculación basada en el rechazo hacia su hijo, esto explicaría, si tenemos en cuenta el modelo etiológico de Selvini<sup>33</sup> en el que la hija se vuelve hacia el padre ante el conflicto conyugal, que defraudada ante este rechazo paterno la pre-anoréxica respondiera agresivamente con la dieta, y que esta forma de relación multiplique por un 14,7 el riesgo de padecer un TCA<sup>50</sup>.

Y es que, y de acuerdo con Selvini<sup>33</sup> y Treasure<sup>52</sup> encontramos familias frágiles con padres enfrentados entre sí o con una relación distante y en las que es frecuente una comunicación basada en el rechazo y las altas exigencias.

En cuanto a la organización jerárquica familiar, de igual manera que en GC, las familias TCA estaban mayoritariamente lideradas por las madres, pero a diferencia de aquellas predominan las familias con déficits estructurales. Entre ellas hemos encontrado un grupo nada desdeñable en el que nadie asume el liderazgo, con estilos anárquicos o autoritarios incongruentes que aplican la norma de forma imprevisible y muy rígida. En este sentido los resultados se alejan de los del GC (61,5% de democráticos) que es similar a los encontrados por Meil<sup>53</sup> en población española. Curiosamente no había diferencias entre ambos grupos en el estilo autoritario, lo que apoya la conclusión de Chamblás<sup>47</sup> de que no había asociación entre el autoritarismo y la insatisfacción familiar de los jóvenes, aunque los que vivían en un medio democrático se sintieran más cómodos en sus casas. Como las familias de la población general española estudiada por Meil<sup>53</sup> las familias del GE y del GC eran poco estrictas. En ese estudio solo el 8% de los padres eran partidarios del castigo a pesar de que cuando los padres no se implican en la disciplina del hogar y sobre todo cuando las normas y su sanción son imprevisibles los jóvenes sienten mayor insatisfacción con su familia<sup>47</sup>.

Como en las familias que encontraron Suzuki<sup>45</sup> y Cava<sup>50</sup> en el GE las madres eran excesivamente controladoras o no controlaban a sus hijos, mientras que los padres eran más distantes (50%), sin embargo un tercio de las pacientes TCAs tenían una madre que ejercía un control cercano.

Dare<sup>31</sup> ha definido a las familias con TCA como psicosomáticas, esto es, evitadoras de conflictos y con baja ex-

presividad emocional. Nosotros hemos comprobado que las familias del GE tendían a evitar los problemas por no tener habilidades de resolución para afrontarlos o simplemente por no ser conscientes de su existencia, a diferencia de las familias del GC que mayoritariamente tenían habilidades de resolución de problemas.

Otro aspecto de gran importancia para la individuación de los miembros de la estructura familiar son las alianzas y las coaliciones. Las alianzas entre miembros de un subsistema familiar (unión de dos o más personas en pro de realizar una actividad o compartir un interés común) se han considerado funcionales, pues a diferencia de las coaliciones (dos individuos, generalmente de diferente generación, unidos contra un tercero), cuando dos personas se unen, de forma automática, se separan de los otros. Esta separación protege el desarrollo de las funciones de los subsistemas de fratria o conyugal, favorece la autonomía y evita las coaliciones trans-generacionales favoreciendo la individuación de los miembros. Por su parte, las coaliciones inter-generacionales siempre producen una alteración de la jerarquía familiar y suponen la renuncia a la propia autonomía para ocupar un lugar de privilegio. Una de las características del sujeto diferenciado es no dejarse triangular (coalicción), es decir no dejarse incluir en la diada parental en situaciones de crisis<sup>54</sup>. En nuestro estudio, las alianzas entre miembros de un mismo subsistema eran más frecuentes en el GE que en el GC, en concordancia las alianzas intersubistemas y las coaliciones intergeneracionales fueron más frecuentes en el GE y prácticamente inexistentes en el GC (Tabla 11).

Como ya señalamos en la introducción, hacer pocas comidas en familia sería un factor de riesgo de tener un TCA. Sin embargo estos encuentros familiares en España se hacen cada vez más excepcionales, 1/3 de los padres y 1/4 de las madres con un trabajo remunerado comen fuera de casa los días laborables, cifra que en las grandes ciudades llega al 43% y al 28% respectivamente<sup>53</sup>, de forma que las comidas familiares se han ido reduciendo en el mejor de los casos a los fines de semana y solo mientras los hijos aún no son autónomos. En nuestro estudio el GE y el GC presentaron diferencias estadísticamente significativas en este aspecto, el 46,7% de las familias del GE frente al 11,1% del GC tenían conductas de riesgo (ya fueran comer solos o en un ambiente poco gratificante). Estos nuevos estilos de vida reflejarían la tendencia posmoderna a la individualidad y un cambio de prioridades que relega al grupo familiar a un segundo lugar, más que a las circunstancias particulares de cada familia, ya que nuestro estudio se ha realizado en una ciudad mediana en la que aún es posible conciliar la vida laboral con comer en familia en la mayoría de los casos, aunque también podría reflejar las dificultades familiares propias del TCA, tanto por la actitud de los padres como por la conducta de la persona que presenta el trastorno.

Tabla 11		GE	GC
Actitud de los Padres	Dedicación	No hay diferencias	
	Distanciamiento	"complaciente" y "egoísta"	"responsable"
	Vínculo	"excesivo" <sup>1</sup> y "bajo"	"adecuado"
Comunicación	Expresión Emocional	"alta" y "muy baja"	"baja"
	Relación Afectiva de los Padres	"enfrentamiento" y "distante"	"óptima"
Jerarquía	Liderazgo	no se ejerce liderazgo	compartido por los dos padres
		No hay diferencias en el sexo de los líderes cuando lo asume uno de los dos	
	Estilo del líder (creación de la norma)	"anárquico"	"democrático"
	Aplicación de la norma	"imprevisible" y "rígida"	"flexible"
Límites	Sanción de la norma	No hay diferencias	
	Control de los padres	"distante"	"cercana"
		No hay diferencias en el estilo "controladora"	
	Capacidad de Afrontamiento	Falta de habilidades de resolución y falta de reconocimiento de los problemas	Habilidades para la resolución de los problemas
Alianza y Coaliciones	Alianzas		Más frecuente
	Coaliciones con la Madre	Más frecuente	
Otras	Organización de las Comidas	"nula" y "excesiva"	"adecuada"

<sup>1</sup> Solo para las madres

Tabla 12	Factores de Riesgo para un TCA
-	Aplicación rígida de la norma (hasta 9 veces más riesgo)
-	Afrontamiento basado en la falta de reconocimiento de problema (hasta 8,5 veces más riesgo)
-	Alta expresión emocional (hasta 6,9 veces más riesgo)
-	Aplicación imprevisible de la norma (hasta 4,7 veces más riesgo)

Para finalizar estudiamos qué factores familiares de los estudiados podrían implicar más riesgo para que aparezca un TCA. Los datos estadísticos pusieron de relieve que las familias rígidas, con normas caprichosas y expectativas hacia sus miembros poco realistas, sin empatía, y sobre todo, con una actitud de negación de los problemas, reunían demasiadas probabilidades de que se dé un TCA en ellas.

## CONCLUSIONES

Este estudio evidencia que las familias en las que hay un miembro con un TCA difieren en su estructura de las familias que no tienen patología psiquiátrica. Se diferencian en

varios factores, unos tienen que ver con la distribución del afecto, y otros con la organización y la forma de afrontar los problemas e influirían en la aparición y mantenimiento de los TCAs, aunque no parecen ser su causa única. Sin embargo no parece tener influencia que la madre trabaje fuera del hogar, que el liderazgo sea de la madre o con un estilo autoritario, el tiempo que los padres y madres dedican al cuidado de los hijos o cómo se sancionan las infracciones a la norma

Desde este punto de vista, los resultados indican la importancia de incorporar las intervenciones familiares en el tratamiento de los TCAs y la conveniencia de establecer acciones comunitarias que favorezcan modelos estructurales y conductas familiares más funcionales.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo se ha realizado gracias a la financiación del Fondo de Investigación en Biomedicina, gestión sanitaria y atención socio sanitaria de la Junta de Castilla y León y del Fondo Caja de Burgos de Apoyo a la Investigación Clínica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lewin KA. Dynamic theory of personality. New York: McGraw Hill, 1935.

2. Asch SE. Issues in the study of social influence on judgment. In Berg IA, Bass BM, Eds. *Conformity and deviation*. Nueva York: Harper & Brothers, 1961; pp. 143-58.
3. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Evanston Ill. Row Peterson, 1957.
4. Foulkes SH, Anthony EJ. *Psicoterapia analítica de grupo*. Ed. Paidós, 1964
5. Allport GW. *Psicología de la Personalidad*. Ed. Paidós, 1965.
6. Allen VL. Situational factors in conformity. IN Berkowitz I, ed. *Advances in experimental social psychology* (vol. 2). Nueva York: Academic Press, 1965.
7. Sherif M. Conflicto y cooperación. In Torregrosa JR, Crespo E, comps. *Estudios de Psicología Social*, Barcelona: Hora, 1984; pp. 585-606.
8. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*. 1956;1:251-64.
9. Thibaut JW, Kelley HH. *The social psychology of groups*. New York: ey, 1959.
10. Cusinato M. *Psicología de las Relaciones Familiares*. España: Editorial Herder, 1992; pp. 35-334.
11. Musitu G, Buelga S, Lila MS. Teoría de sistemas. En Musitu G, Allat P, Eds. *Psicosociología de la familia*. Valencia: Ed. Albatros, 1994.
12. Freud S. La novela familiar del neurótico. 1909. *Obras Completas*, Tomo IX, pp. 217-20. Buenos Aires, Argentina: editorial Amorrortu, 1979.
13. Lacan J. *La familia*. Buenos Aires: Argonauta, 1978 (1938).
14. Blumer H. *Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Ed. Hora, 1982.
15. Minuchin S, Fishman C. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa, 1999.
16. Barbagelata N, Rodríguez A. Estructura familiar e identidad. *Documentación Social*. 1995;98:49-59.
17. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
18. McGoldrick G. *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2000; pp. 47-59.
19. López B, Nuño BL, Arias AG. Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. *IMSS*, 2006.
20. Marina JA: *Crónicas de la ultramodernidad*. Barcelona: Anagrama, 2000.
21. Lipovetsky G. *Metamorfosis de la cultura liberal. Ética, medios de comunicación, empresa*. Barcelona: Anagrama, 2003.
22. Lowen A. *El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo*. Barcelona: Ed Paidós, 2000.
23. Toro J. *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel, 2004.
24. Trojovský A, Scheer P, Dunitz M, Kaschnitz W, Sommer I, Kranz U. Anorexia nervosa. *Paediatr Paedol*. 1995;30: A93-9.
25. Kluck AS. Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eat Behav*. 2008;9(4):471-83.
26. Quiles Marcos Y, Terol Cantero MC. Assessment of social support dimensions in patients with eating disorders. *Span J Psychol*. 2009;12(1):226-35.
27. Bonenberger R, Klosinski G. Parent personality, family status and family dynamics in anorexia nervosa patients with special reference to father-daughter relations (a retrospective study). *Z Kinder Jugendpsychiatr*. 1988;16(4):186-95.
28. Jonckheere P. The body as hostage of the self. *Phenomenological aspects of anorexia nervosa*. *Acta Psychiatr Belg*. 1988;88(2):105-16.
29. Swanson H, Power K, Collin P, Deas S, Paterson G, Grierson D, et al. The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18(1):22-32.
30. Minuchin S. *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Ed. Paidós, 1984.
31. Dare C, Le Grange D, Eisler I, Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families. *Int J Eat Disord*. 1994;16(3):211-26.
32. Haycraft E, Blissett J. Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*. 2010;54(1):221-4.
33. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A. Los juegos psicóticos en la familia. Paidós, 1991.
34. Limbert C. Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care Women Int*. 2010;31(2):170-8.
35. Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friers S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviours in adolescent girls? *J Adolesc Health*. 2010;47(3):270-6.
36. Haines J, Gillman MW, Rifas-Shiman S, Field AE, Austin SB. Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eat Disord*. 2010;18(1):10-24.
37. Di Pentima L, Magnani M, Tortolani D, Montecchi F, Ardovinci C, Caputo G. Use of the Parental Bonding Instrument to compare interpretations of the parental bond by adolescent girls with restricting and binge/purging anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 1998;3(1):25-31.
38. Gotestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord*. 1995;18(2):119-26.
39. Gambill CL. Anorexia and bulimia in girls and young women. recertification series. *Physician Assistant*. 1998;22:18,20,25-7.
40. Sim LA, Homme JH, Lteif AN, Vande Voort JL, Schak KM, Ellingson J. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2009;42(6):531-9.
41. Moorhead DJ, Stashwick CK, Reinherz HZ, Giaconia RM, Striegel-Moore R, Paradis AD. Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult woman. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33:1-9.
42. Halmi K. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. En *Autoevaluación y actualización en Psiquiatría*. American Psychiatric Association, 2001.
43. Ochoa de Alda I, Espina A, Ortego MA. Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*. 2006;17:151-70.
44. Calvo Viñuela I, Aroca J, Armero M, Díaz J, Rico MA. Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria. *Nutr Hosp*. 2002;12(4):219-22.
45. Suzuki T. Image Parentale des Troubles de la Conduite Alimentaire: par l'Instrument de Liaison Parentale, *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1994;(48):755-71.
46. Sayin A, Kuruo lu AC. A male anorexia nervosa case and its discussion from dynamic point of view. *Turk Psikiyatri Derg*. 2004;15(2):155-60.
47. Chamblás I, Mathiesen ME, Mora O, Navarro G, Castro M. Funcionamiento familiar. Una mirada desde los hijos/estudiantes de enseñanza media de la provincia de Concepción. <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero4/articulofamilia02.htm>. 2000.
48. Selvini PM, Cirillo S, Sorrentino AM. *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. 1ª ed. Barcelona: Editorial Paidós, 1999; pp. 20-229.
49. Palmer RL, Oppenheimer R, Marshall PD. Eating disorder Patients remember their parents: a study using the parental bonding instrument. *Int J Eat Disord*. 1998;(7):101-6.

50. Cava G, Rojo L, Livianos L. Influencia de la crianza en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. En Rojo L, Cava G, Eds. Anorexia Nerviosa. Ed. Ariel Ciencias Médicas, 2003.
51. Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? Psychiatry Res. 2010;Nov 20.
52. Treasure J, Sepulveda AR, Macdonald P, Whitaker W, López C, Zabala M, et al. The assessment of the family of people with eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2008;Jan 31.
53. Meil G. Padres e hijos en la España actual. Colección Estudios Sociales. Fundación la Caixa. 2006; nº 10.
54. Bowen M: La terapia Familiar en la práctica clínica. Bilbao: Ed.

Anexo	Cuestionario TCA y Familia
<p><b>Nombre del paciente/ joven:</b>  <b>Grupo:</b>                      <b>Nº:</b>  <b>Fecha:</b>  <b>Edad:</b>                      <b>Sexo:</b>  <b>Número de hermanos y orden que ocupa entre ellos:</b></p>	
<p><b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b></p> <p>a) Relaciones entre los miembros del subsistema</p> <p><b>Actitud materna</b></p> <p>1) La DEDICACIÓN de la madre al cuidado de sus hijos es:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exclusiva</li> <li>2. Conciliación familia-trabajo (conciliación de la vida laboral y familiar, la preocupación por los hijos es prioritaria)</li> <li>3. Escasa (se implica o dedica más tiempo a otras ocupaciones que a los hijos).</li> </ol> <p>2) DISTANCIA. Actitudes y comportamientos de la Madre (CÓMO VALORA SU "YO"-OTROS)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complaciente (estilo pasivo, rechaza y delega sus propio deseos y necesidades en pos de satisfacer los de los demás).</li> <li>2. Responsable (Tiene en cuenta las necesidades de los otros, pero también las propias, atendiendo al interés del grupo familiar)</li> <li>3. Egoísta (Impone sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los demás)</li> </ol> <p>3) VÍNCULO MATERNO. Forma de relación afectiva de la madre hacia el joven</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excesiva (Ansiedad de separación, dependencia diádica madre-hija, vínculos inseguros)</li> <li>2. Seguro</li> <li>3. Baja (vínculos ambivalentes, poco afecto).</li> </ol> <p><b>Actitud paterna</b></p> <p>4) La DEDICACIÓN del padre al cuidado de sus hijos es:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exclusiva</li> <li>2. Conciliación familia-trabajo (conciliación de la vida laboral y familiar, la preocupación por los hijos es prioritaria)</li> <li>3. Escasa (se implica o dedica más tiempo a otras ocupaciones que a los hijos)</li> </ol> <p>5) DISTANCIA. Actitudes y comportamiento del padre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complaciente (estilo pasivo, rechaza y delega sus propio deseos y necesidades en pos de satisfacer los de los demás)</li> <li>2. Responsable (Tiene en cuenta las necesidades de los otros, pero también las propias, atendiendo al interés del grupo familiar)</li> <li>3. Egoísta (Impone sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los demás)</li> </ol> <p>6) VÍNCULO PATERNO. Forma de relación afectiva del padre hacia el joven</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excesivo (Ansiedad de separación, dependencia diádica madre-hija, vínculos inseguros)</li> <li>2. Seguro)</li> <li>3. Baja (vínculos ambivalentes, poco afecto)</li> </ol> <p>7) EXPRESIÓN EMOCIONAL (expectativas por parte de los padres a nivel de estudios, carreras, comportamiento, etc. de los hijos)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta: (altas expectativas, altas exigencias, idealización, críticas frecuentes).</li> <li>2. Baja: (expectativas más realistas).</li> <li>3. Muy baja (ausencia de expectativas por desapego, ausencia de exigencias)</li> </ol>	

Anexo	Continuación
	<p>8) RELACIÓN AFECTIVA de los padres</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buena (adecuada relación de pareja)</li> <li>2. Distante (evitación de problemas)</li> <li>3. Enfrentamiento entre ellos</li> </ol> <p>b) Jerarquía</p> <p>9) QUIEN EJERCE EL LIDERAZGO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Padre</li> <li>2. Madre</li> <li>3. Los dos</li> <li>4. Ninguno de los dos (nadie ejerce el liderazgo o lo ejerce otro miembro de la familia: abuelo, abuela, hijo,...).</li> </ol> <p>10) CÓMO SE CREA LA NORMA. Estilo del líder de la familia, efectividad del liderazgo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoritario (poder centralizado en una persona; toma las decisiones y todas las normas deben pasear por el líder. Los demás se someten a ellas).</li> <li>2. Democrático (importa la opinión de todos, se negocian las normas).</li> <li>3. Anárquico (sin normas o si se ponen, no se hacen cumplir. Cada uno hace lo que quiere).</li> </ol> <p>11) CÓMO SE APLICA LA NORMA: (cómo se deben hacer las cosas: horarios, estudios, sexualidad, pareja, etc.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rígidos: el líder no modifica la norma a pesar de las circunstancias.</li> <li>2. Flexibles: el líder flexibiliza la norma en función de las circunstancias.</li> <li>3. Imprevisibles: el líder modifica la norma de forma inesperada e imprevisible</li> </ol> <p>12) CÓMO SE SANCIONA LA NORMA. CÓMO SE ESTABLECEN LOS LÍMITES FAMILIARES. (¿Qué ocurre cuando los hijos no cumplen la norma?):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rígidos / inflexible: siempre que se incumple la norma, hay consecuencias.</li> <li>2. Flexibles: en la aplicación de la sanción, se tiene en cuenta las circunstancias.</li> <li>3. Imprevisibles: a veces hay sanción, otras no, independientemente de las circunstancias que rodean el incumplimiento de la norma.</li> <li>4. No hay consecuencias: no hay consecuencias inmediatas, aunque lo pueda haber a largo plazo.</li> </ol> <p>c) Límites</p> <p>13) CONTROL MATERNO. La madre actúa de forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controladora (excesivo control, agobiante, sobreprotectora, arropa excesiva e innecesariamente a los hijos).</li> <li>2. Cercana (control adecuado. Está pendiente, pero sin agobiar)</li> <li>3. Distante/ Alejada (bajo control, se mantiene ajena a las necesidades de los hijos).</li> </ol> <p>14) CONTROL PATERNO. El padre actúa de forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlador (excesivo control, actitud agobiante, sobreprotectora, arropa excesiva e innecesariamente a los hijos).</li> <li>2. Cercano (control adecuado. Está pendiente, pero sin agobiar)</li> <li>3. Distante/ Alejado (bajo control, se mantiene ajeno a las necesidades de los hijos).</li> </ol> <p>15) CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO. Eficacia percibida de los padres ante un problema o conflicto familiar (notas, estudios, amigos, relaciones familiares, vacaciones, carreras de los hijos, etc.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de percepción del problema: No se tiene conciencia de la situación problemática.</li> <li>2. Percepción de habilidades sociales. Se tiene conciencia del problema y los padres consideran que son capaces de resolver el problema y de que poseen estrategias para lograr la solución más eficaz.</li> <li>3. Percepción de falta de habilidades sociales. Los padres tienen conciencia de la situación problemática, pero se sienten desbordados y creen no poseer estrategias para resolver el problema, no se sabe cómo actuar.</li> </ol> <p>d) Alianzas y Coaliciones</p> <p>16) Alianzas: unión de dos o más personas en pro de realizar una actividad o compartir un interés común, lo que supone una <u>separación de los otros</u> que <u>protege el desarrollo</u> de las funciones de los subsistemas de fratría o parentales, favorece la autonomía y evita las coaliciones transgeneracionales.</p> <p>Entre joven y otro miembro de la familia:</p> <p>Entre miembros de la familia excluyendo al joven</p>

Anexo	Continuación
	<p>17) Coaliciones: se constituyen por dos individuos generalmente de distinta generación, <u>unidos contra un tercero</u>. Movimiento regresivo para la familia. Entre joven y otro miembro de la familia Entre miembros de la familia excluyendo al joven</p> <p><b>OTRAS VARIABLES</b></p> <p>18) Organización a la hora de las comidas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nula: familias que no comen juntas, con TV puesta, sin comunicación ni diálogo, ni un menú común para todos.</li><li>2. Adecuada: ambiente relajado, la familia come junta. La comida representa un momento de encuentro familiar.</li><li>3. Excesiva: excesivo control y organización materna durante las comidas. Existe <u>tensión</u> en la comida por el <u>cómo comer</u>.</li></ol>