



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Family factors associated to Eating Disorders: a review

Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión

Ana Olivia Ruíz Martínez¹, Rosalía Vázquez Arévalo², Juan Manuel Mancilla Díaz², Carme Viladrich i Segué³, María Elizabeth Halley Castillo⁴.

1 Universidad Autónoma del Estado de México CU Zumpango. México.

2 Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. México.

3 Universitat Autònoma de Barcelona. España.

4 Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, ISEM. México.

Abstract

From a multifactorial perspective this study present a review about the family factors associated to eating disorders, considering theoretical and empirical contributions in national and international journals articles. The find of the research about the *Eating Disorders* and *Family*, indicate that the principal topics investigated are: family functioning, daughters and fathers relationships, stressful experiences, family psychopathology, attitudes and behaviors about weigh, eating and body image in the affected families. We conclude recognizing the heterogeneity of the families with Eating Disorders and the complex combination of family factors associated to eating psychopathology. More research is suggested about: family functioning in EDNOS patients, the father's role, protective factors, coping stress, body image and family food.

Resumen

Desde una perspectiva multifactorial el presente trabajo es una revisión sobre los factores familiares asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), considerando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en artículos nacionales e internacionales. Los resultados de la búsqueda sobre *TCA y familia*, indican que los principales tópicos investigados son: funcionamiento familiar, relaciones hija-padres, experiencias estresantes, psicopatología familiar, actitudes y conductas hacia el peso, alimentación e imagen corporal en las familias afectadas. Se concluye reconociendo la heterogeneidad de las familias con TCA y la compleja combinación de factores familiares asociados a la psicopatología alimentaria. Se sugiere mayor investigación sobre: funcionamiento familiar de las personas con TCANE, el papel del padre, factores de protección, afrontamiento al estrés, imagen corporal y alimentación familiar.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 30/01/2013

Revisado: 18/04/2013

Aceptado: 03/06/2013

Key words: Eating disorders, family, functioning, psychopathology.

Palabras clave: Trastornos alimentario, familia, funcionamiento, psicopatología.

Introducción

La influencia familiar dentro del campo de la psicopatología reviste singular importancia dado el papel que juega tanto en la etiología como en la recuperación de los trastornos mentales. Desde la perspectiva multifactorial se reconoce la contribución familiar en cualquier psicopatología y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) no son la excepción (Dare, 1993; le Grange, Binford & Loeb, 2005; Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989).

Ante la inquietud de ofrecer un marco de referencia amplio que permita comprender de mejor manera la compleja relación entre la psicopatología ali-

mentaria y la familia, la presente revisión aborda los factores familiares asociados a los TCA, retomando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en la literatura internacional. Dado que estos trastornos se presentan mayoritariamente en mujeres, los factores analizados se centran en dicha población, se incluyen aquellos tópicos que han mostrado relevancia en las recientes investigaciones especializadas, ofreciendo así, una aproximación que va desde el funcionamiento familiar hasta las actitudes y conductas asociadas a la alimentación, imagen corporal y peso en las familias afectadas.

La relación entre la familia y los TCA se ha abordado desde antaño. Se señala que desde el siglo XVII se recomendaba alejar a la hija con AN (Anorexia Nerviosa) de su familia como parte del tratamiento

Correspondencia: Dra. Ana Olivia Ruíz Martínez. E-mail. ana_oliviaruiz@yahoo.com.mx. Camino viejo a Jilotzingo continuación calle Rayón, Valle Hermoso, Zumpango, Estado de México, C.P. 55600. Tel. 01 (591) 917 27 02, Tel. 01 (591) 917 41 39.

(Toro, 2004). Posteriormente resaltan los trabajos de Minuchin y sus colaboradores (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981; Minuchin, Rosman & Baker, 1978) quienes propusieron el modelo de la *familia psicósomática*, donde incluyeron a las familias de personas con AN, al presentar una estructura con elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos. En donde los síntomas de las hijas desempeñaban el papel central para desviar la atención de los verdaderos conflictos, manteniendo un aparente equilibrio familiar (Bruch, 1973; Madanes, 1982; Selvini-Palazzoli, 1978).

Las primeras posturas señalaron a la dinámica familiar como responsable de que sus integrantes fueran candidatas a padecer TCA. No obstante, a través de los años, se ha mostrado que no existe un patrón único para estas familias (Kog & Vadereycken, 1989; Steiger, Stotland, Trottier & Ghadirian, 1996), que las características disfuncionales y patológicas no son exclusivas de las familias que padecen estos trastornos, sino que pueden acompañar a otras psicopatologías (Kaslow, 1996); además no todas las familias con TCA presentan elementos patológicos (North, Gowers & Byram, 1997) y aun cuando éstos existieran no es posible establecer una relación determinante entre ellos. Estos resultados impulsaron al desarrollo de modelos más amplios, como la perspectiva multifactorial (Cervera, 1996; Toro & Vilardell, 1987; Williamson, 1990) donde la familia aparece como un factor común que contribuye a la comprensión de dichos trastornos mediante la explicación de diferentes vías de influencia familiar.

Al respecto, Steiger et al. (1996) diseñaron un modelo para evaluar las tendencias familiares en los TCA y otras psicopatologías. Su estudio fue de corte transversal con población clínica de TCA, incluyendo a hijas, madres, padres y hermanas, con sus respectivos controles sanos y psiquiátricos. Sus hallazgos muestran que la preocupación alimentaria de la madre tiene una correlación baja ($r = .22$) con la misma preocupación en las hijas; pero el nivel de preocupación de los padres no se relaciona con dichas actitudes de las hijas. Sin embargo, ninguno de los factores encontrados en las hijas distingue a

los familiares de las personas con TCA. Por lo que los autores concluyen que las tendencias transgeneracionales tienen un poder limitado y no es posible atribuirles una causalidad directa en la presencia de los TCA.

De igual manera, Leung, Schwartzman y Steiger (1996), proponen un modelo que explica la influencia familiar a través de 2 vías sobre la sintomatología de TCA:

a) la preocupación de peso y figura en la familia puede contribuir a la insatisfacción corporal de las hijas y ésta a su vez en los síntomas de TCA y

b) la disfunción familiar puede seguir una vía indirecta donde sus efectos se suman a la baja autoestima y la insatisfacción corporal generando la presencia de síntomas de TCA; o bien puede actuar directamente sobre dichos síntomas de TCA, de acuerdo con el análisis de regresión efectuado.

Sus resultados muestran que cuando la disfunción familiar y la autoestima se combinan específicamente con preocupaciones familiares hacia el peso y la apariencia, y con la insatisfacción corporal de las hijas, entonces aumenta la posibilidad de que se presente un TCA; porque cuando las variables de peso y figura no se encuentran involucradas, el resultado son los síntomas de otras psicopatologías.

Los modelos expuestos demuestran que la influencia familiar en los síntomas de TCA, incluye diversos factores como el funcionamiento, las actitudes alimentarias y la psicopatología paternas, las cuales se combinan directa e indirectamente con otras variables propiciando la aparición de un TCA; sin embargo, también advierten señalando que se está lejos de establecer una relación causal entre la influencia familiar y los TCA, dejando la invitación abierta para seguir explorando factores relevantes en la materia.

Dada la relevancia de la relación entre los TCA y la familia, es pertinente hacer una revisión de los factores familiares abordados recientemente que oriente sobre el alcance y limitaciones de los estudios realizados y que a la vez sirva de referente para generar investigaciones que subsanen las limitaciones y enriquezcan las aportaciones dadas, a fin de ampliar la explicación del papel de la familia en los TCA.

Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar es el factor más estudiado en relación con los TCA. Los estudios muestran que las familias con TCA generalmente presentan mayor deterioro que las familias controles, caracterizado por menor cohesión, adaptabilidad, expresividad, independencia, respuesta afectiva, control conductual y escasez de actividades que fomenten el desarrollo de sus integrantes; así como mayor conflicto (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky & Sunday, 2005; Sánchez, Serna, Seoana & Páramo, 2003; Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez & Mancilla, 2001; Vidovic, Juresa, Begovaci, Mahnik & Tocilj, 2005).

Asimismo se encuentran diferencias entre las familias con AN (Anorexia Nerviosa) y BN (Bulimia Nerviosa). Las personas con AN consideran que sus familias tienden a ser rígidas (Coo-Darzens et al., 2005), presentan dificultades en la comunicación y en la solución de problemas; en cuanto a la cohesión algunos autores han encontrado que estas familias son sobreprotectoras (Dare, 1993; Tachi, 1999; Vázquez et al., 2001), aunque otros autores refieren menores puntuaciones en cohesión con respecto al grupo control (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005), indicando que no hay un acuerdo general en cuanto a la presencia de sobreprotección en estas familias.

Por otra parte, las personas con BN perciben que sus familias son menos cohesivas, menos adaptables y tienen menor comunicación, enfatizando carencias en expresividad, apoyo emocional y social (Quiles, Terol & Quiles, 2003; Shisslak, Mckeeon & Crago, 1990; Vidovic et al., 2005) y con un nivel elevado de conflicto (Humphrey & Stern, 1988). En este sentido, Tachi (1999) indica que de acuerdo con los elementos del funcionamiento familiar percibido por las pacientes con BN, es posible identificar a algunas familias como rígidas (autoritarismo, reglas impuestas, roles estrictos) y otras como caóticas (autoridad menguada, disciplina inconsistente, roles indefinidos).

Algunas investigaciones se han centrado en analizar las características familiares de sólo uno de

los trastornos, por ejemplo el estudio de Okon et al. (2003) quienes evaluaron las interacciones familiares como predictores de BN, al estudiar a 20 mujeres adolescentes diagnosticadas con BN, que estaban en tratamiento y que contestaron el Cuestionario de problemas familiares y síntomas de TCA, la Escala de Clima Familiar (FES) y el Conflict Behavior Questionnaire (CBQ), encontrando mediante el análisis de regresión, que las discusiones y eventos estresantes en la familia actuaban como predictoras de los síntomas bulímicos en aquellas familias con un ambiente conflictivo y con poca expresión emocional. Desafortunadamente este estudio no contempla la participación de los padres y carece de un grupo control para dimensionar sus resultados.

En tanto que otros estudios abordan los diferentes tipos de TCA, al respecto Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Alvarez y Tena (2010) analizaron los efectos de riesgo y protección del funcionamiento familiar sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en una muestra de mujeres con TCA: 16 con AN, 24 con BN y 30 con TCANE (Trastorno del Comportamiento Alimentario No Especificado) y 30 mujeres sin TCA (grupo de comparación); utilizando: EAT-40 (Eating Attitudes Test), BULIT (Cuestionario de Bulimia) y FES. Encontrando como factores de riesgo y protección comunes a todos los TCA: la baja expresión y el fomento de actividades intelectuales-culturales respectivamente; y otros factores que sólo son aplicables a los trastornos específicos (AN y BN): baja organización como factor de riesgo, así como, las actividades escolares y laborales orientadas competitivamente como factor protector. De esta manera, se agregan elementos de protección familiar que han sido poco contemplados en la literatura, pero falta incluir a los padres en este tipo de análisis.

Recientemente se incluye la división de las muestras con AN de acuerdo al subtipo que presentan (restrictivo o purgativo) encontrando que las personas con AN purgativa y sus madres perciben menor comunicación, menor adaptabilidad en comparación con las personas con AN-R (Casper & Troiani, 2001; Vidovic et al., 2005), aunque habrá que continuar las

investigaciones al respecto para confirmar las tendencias correspondientes.

En cuanto a los TCANE, a pesar de ser los TCA con mayor prevalencia, se cuenta con menor información sobre sus características familiares. Al respecto, Vidovic et al. (2005) encontraron que las familias TCANE, presentaban menor cohesión y comunicación que el grupo control, pero no encontraron diferencias en la adaptación familiar. Por su parte, Vázquez, Ruíz, Álvarez, Mancilla y Tena (2010) señalan que las familias con TCANE se muestran orientadas al logro, cohesivas y organizadas pero con la expresión emocional disminuida; convirtiéndose este último elemento en un factor de riesgo para presentar TCA (Ruíz et al., 2010). Sin embargo, se requiere de mayor investigación para obtener conocimientos sólidos.

Dada la naturaleza relacional de los procesos familiares es necesario ir más allá de la percepción de las hijas y considerar la percepción que tienen otros integrantes de la familia acerca de su dinámica familiar. Por tal motivo, algunos estudios incorporan a hijas y padres, tal es el caso de Sánchez et al. (2003) quienes evaluaron el funcionamiento de 57 mujeres con TCA (19 con AN y 38 con BN), con edades entre

17 y 26 años; así como a sus respectivas madres y padres, mediante la aplicación del EAT-40 y el FES encontrando que la percepción del funcionamiento familiar de hijas y padres estuvo en un rango medio, aunque las hijas perciben menor cohesión y expresión que sus madres y mayor conflicto que ambos padres. En este estudio se aprecia que al considerar la percepción de varios miembros de la familia el funcionamiento familiar puede aparecer en un rango promedio, aunque, la percepción de la hija vuelve a aparecer como la visión más deteriorada. Sin embargo, al carecer de un grupo de comparación, no es posible distinguir si esta percepción del deterioro familiar también ocurre en población sin afectación alimentaria.

Asimismo, se han realizado estudios más estructurados sobre funcionamiento familiar en personas con TCA que han incluido grupos controles (sanos y psiquiátricos), así como a las hijas y los padres (especialmente la madre), algunos trabajan de manera conjunta con pacientes de TCA sin distinguir de acuerdo al diagnóstico específico, mientras que otros muestran la importancia de trabajar con AN, BN y TCANE de manera separada (tabla 1).

Los estudios con controles adecuados arrojan re-

Tabla 1.
Estudios sobre funcionamiento familiar en personas con TCA.

Autor	Objetivo	Hijas	Padres	Técnica	Resultados
Joyce (2011)	Explorar cómo el TCA de una hija en la familia, puede afectar el bienestar, calidad de la vida marital y funcionamiento familiar	33 TCA	18 madres 15 padres	SCL-90 DAS FAD	El bienestar de los padres se ve afectado, las madres presentan mayor ansiedad y depresión que los padres, funcionamiento menos satisfactorio en involucramiento y respuesta afectiva y roles desde la aparición del TCA. La vida marital no se ve afectada.
Ruiz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez & Tena (2010)	Analizar los elementos del funcionamiento familiar que expliquen el riesgo y la protección de los TCA.	16 AN, 24 BN 30 TCANE 30 Control	No	EAT BULIT IDED FES	Menor expresión como factor de riesgo y actividades intelectuales-culturales como factor de protección de TCA en general. Diferencias entre el funcionamiento familiar de TCA específicos (AN y BN) y TCA no específicos.
Vázquez, Ruíz, Rayón, Mancilla & Tena (2010)	Comparar la percepción del funcionamiento familiar en mujeres con TCA.	70 TCA 30 Control	No	IDED EAT BULIT FES	Las personas con TCA reportan menor cohesión y expresividad en sus familias. Los grupos de AN y TCA no específico presentan un funcionamiento familiar similar, el grupo de BN presenta mayor deterioro.
Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf&Jantschek (2007)	Investigar la imagen corporal de las pacientes con TCA y sus madres y la relación entre la imagen corporal y el funcionamiento familiar	29 AN 20 BN	Madres	Programa computarizado. Medidas antropométricas FAD	Hijas y madres presentaron distorsión e insatisfacción con su imagen corporal, lo que se relaciona con el funcionamiento familiar
Erol, Yazici&Toprak (2007)	Comparar el funcionamiento familiar de pacientes con AN, BNy TOC.	15 AN 13 BN 17 TOC	No	FAD EAT	Las pacientes con TCA y TOC perciben un funcionamiento familiar similar, por lo tanto el funcionamiento familiar no es específico de alguno de los trastornos
Hoste, Hewell& le Grange (2007)	Examinar la adaptación, cohesión y satisfacción familiar en familias con BN, de etnias minoritarias	78 TCA	69 Madres 34 Padres	FACES III	No hay diferencias entre grupos étnicos. Las pacientes manifiestan menos cohesión que sus madres y padres

sultados heterogéneos sobre el funcionamiento familiar de las personas con TCA, en comparación con personas no afectadas por la psicopatología alimentaria. Nuevamente se encuentra la tendencia de un funcionamiento deteriorado en las familias con TCA, aunque existen algunas excepciones en las que las madres perciben un funcionamiento sano (Dancyger et al., 2005) o en donde no se encontraron diferencias en algunos elementos del funcionamiento familiar en el grupo con AN-R y el grupo control (Vidovic et al., 2005).

Las investigaciones que incluyen la participación de hijas y padres contribuyen a romper la visión unilateral que había predominado en el estudio del funcionamiento familiar en la psicopatología alimentaria. Sus resultados corroboran que existen discrepancias importantes en la manera de percibir dicho funcionamiento dependiendo del rol que cada miembro desempeñe. En este sentido, Cook-Darzens et al. (2005) encontraron escasas diferencias entre hijas y padres; en cambio la mayoría de los autores indican que las hijas consideran que su ambiente familiar está más deteriorado que sus padres (Dancyger et al., 2005; Emmanuelli et al., 2004; Sánchez, et al., 2003; Vázquez et al., 2001; Vidovic et al., 2005). Las discrepancias son amplias, en algunos estudios se encuentran similitudes entre hijas y madres y discrepancias con el padre y en algunos más las diferencias ocurren entre padre y madre. En este sentido, Dancyger, Fornari y Sunday (2006) indican que la desconfianza interpersonal podría ayudar a entender las discrepancias en comunicación, respuesta afectiva y funcionamiento familiar entre hija y madre. Lo cual muestra la necesidad de seguir explorando esta línea de conocimiento con la finalidad de comprender lo que cada integrante de la familia está percibiendo de sus relaciones familiares para guiar la intervención psicológica.

En cuanto a los aspectos metodológicos, la revisión del funcionamiento familiar señala que la mayoría de las investigaciones son transversales y los instrumentos más utilizados para evaluar el funcionamiento son:

1) FES (Escala de Clima Familiar),

2) FAD (Family Assessment Device) y

3) FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale).

Todos ellos auto-informes; presentándose un rezago en estudios con enfoque cualitativo. Se aprecia que hay diferente grado de estructuración de las investigaciones, algunos estudios sólo trabajan con población con TCA y únicamente evalúan la percepción de las hijas pero carecen de los controles adecuados, mientras que otros estudios cuentan con grupo control y la participación de padres, hijas e inclusive hermanas. Un acierto más es la subdivisión de acuerdo al tipo de TCA que se padezca, lo cual ha evidenciado diferencias en el funcionamiento de personas con AN o BN y empieza caracterizar el funcionamiento de los TCANE.

Relaciones Madre-hija y Padre-hija

Desde el campo del desarrollo humano también se han elaborado investigaciones sobre las relaciones madre-hija y padre -hija asociados a la psicopatología alimentaria. De manera particular, se ha atendido la relación madre-hija, al respecto García y De Simone (2003) evaluaron a las madres de hijas con TCA, encontrando que reportan peores relaciones con sus hijas, y que también tuvieron mala relación con sus propias madres, lo cual las distingue del grupo control. En este sentido, se ha evaluado el tipo de apego predominante en las personas que sufren TCA, por ejemplo Ward, Rasmay y Turnbull (2001) mostraron que de 20 pacientes con AN y 12 de sus madres entrevistadas, la mayoría mostraban un vínculo afectivo inseguro, y más aún que las propias madres habían vivido este tipo de unión con su propia madre; lo cual es reafirmado por Latzer, Hochdor, Bachar y Canetti (2002) quienes evaluaron mediante autorreportes a pacientes con AN y BN y un grupo control encontrando que presentan más vínculos evitativos y ansiosos que aquellas personas sin TCA.

En cuanto a la relación padre-hija, se reconoce al perfeccionismo y las altas expectativas como influencias en la psicopatología alimentaria (Fitzgerald & Lane, 2000). Al evaluar a personas con TCA, pa-

dres y madres mediante autorreportes (FACES III), se han encontrado diferencias notorias entre la insatisfacción familiar que sienten las hijas con AN y la satisfacción familiar de sus padres, quizá porque los varones sean menos perceptivos a las necesidades de cercanía emocional, lo que podría ocasionar que estén menos dispuestos a reconocer las necesidades de apoyo y alivio (Cook-Darzens et al., 2005). Por su parte, Ratti, Humphrey & Lyons (1996) han señalado que las hijas con BN perciben a su padre como distante y molesto; coincidiendo con Jones, Leung y Harris (2006) quienes al evaluar a 67 mujeres con TCA y 50 mujeres controles que contestaron cuestionarios de autorreporte, encontraron que el rechazo paterno, aunado a las creencias de abandono y daño se asocian con los síntomas de TCA. No obstante, la investigación aún es incipiente y no alcanza a dar cuenta de esta compleja relación, por lo que se requiere investigar con mayor profundidad el papel del padre.

Experiencias estresantes

La revisión muestra que existen algunos estudios sobre los llamados eventos vitales estresantes, que se refieren a aquellas experiencias traumáticas sufridas dentro del ámbito familiar. Se indica que las pacientes con AN señalan que han enfrentado un mayor número de sucesos como el fallecimiento de algún familiar (Rastam & Gillberg, 1991), separación de los padres, cambios en la figura paterna o tener que convivir con una nueva pareja de sus padres, cambios de domicilio y problemas de salud (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999). De igual manera, se ha encontrado que las personas con TCA (14 AN, 18 BN, 18 TCANE) presentan mayores niveles de estrés acumulado y más eventos estresantes, entre los que destacan las discusiones familiares frecuentes y los cambios de hábitos como la dieta o dejar de fumar (Behar & Valdés, 2009), datos obtenidos a través de autoreportes y entrevista y en contraste con un grupo de control.

Una de las experiencias traumáticas citadas con mayor frecuencia es el abuso sexual. Connors y

Morse (1993) en su revisión de investigaciones sobre abuso sexual en los TCA concluyen que estas pacientes presentan con mayor frecuencia historia de abuso sexual al compararlas con grupos controles; en esta misma línea Fonseca, Ireland y Resnik, (2002) señalan que en varones de población comunitaria el abuso sexual se asocia con conductas de control nocivas como, dieta, ayuno y vómito. Al respecto, existen diferencias culturales en las conductas de abuso dirigidas a las personas con TCA, por ejemplo, en Japón y USA participaron personas con diferentes TCA contestando algunos cuestionarios en lo que se muestra que en Japón, el exhibicionismo o ser acariaciado por un extraño fueron más frecuentes, mientras que la violación y el incesto estuvieron más presentes en una muestra de USA (Nagata et al., 2001). Si bien las conductas abusivas pueden presentar diferencias culturales, las repercusiones traspasan fronteras y afectan la integridad del individuo, pudiendo trastocar elementos como autoconcepto, autoimagen y autoestima lo cual representaría mayor vulnerabilidad para los TCA.

En cuanto a las experiencias estresantes, se considera que el estrés no se circunscribe únicamente a experiencias de gran impacto sino que puede ser tal la susceptibilidad de la persona con TCA que el mismo estrés cotidiano desencadene las conductas propias del trastorno, como sucede con las personas con Trastorno por Atracón, quienes a través de autorreportes y autorregistro indican mayor frecuencia de atracones en aquellos días en que perciben mayor carga de estrés y estado de ánimo deprimido (Freeman & Gil, 2004). Por su parte, Koo-Loeb, Costello, Ligth & Girdler (2000) presentan un estudio interesante en el que evalúan a personas con sintomatología de BN a través de cuestionarios, entrevista, monitoreo de presión arterial y frecuencia cardiaca, así como, la exposición a una tarea de reactividad ante la cual las mujeres con sintomatología de BN aumentaron su presión arterial y la frecuencia cardiaca; así mismo se encontró mayor impacto de situaciones estresantes, por lo cual advierten que los estresores diarios pueden ser los mismos, sin embargo la diferencia estaría asociada con los perfiles neuroendocrinos

y psicosociales (impacto emocional, afrontamiento, soporte social) de las personas con TCA; mostrando así la necesidad de profundizar en este aspecto.

Psicopatología Familiar

Otro aspecto ampliamente citado es la psicopatología familiar. Algunas investigaciones señalan que al evaluar a las madres de personas con TCA presentan más síntomas de TCA y depresión que las familias controles por lo que recomiendan aplicarles la entrevista diagnóstica (García & De Simone, 2003); lo que parece oportuno al vislumbrar que la depresión materna aparece como predictora de pobres resultados en el tratamiento de la hija con BN (Arikian et al., 2008). Por su parte, Fairburn et al. (1999) al entrevistar a 67 mujeres con AN encontraron que tienen mayores antecedentes de depresión paterna con respecto a los grupos de comparación (BN, otros trastornos mentales, sin trastornos). Asimismo, Lilenfeld et al. (1998) al estudiar a personas con diferentes TCA mediante entrevista diagnóstica aplicada a hijas y padres, identificaron la presencia de depresión en padres de personas con AN y BN, y de manera específica la personalidad obsesivo compulsiva en los progenitores de personas con AN; en tanto que los padres de pacientes con BN presentan antecedentes de abuso y dependencia de drogas. Asimismo los resultados apoyan la tendencia de que algunos de los padres presentan psicopatología alimentaria (Vandereycken, Castro & Vanderlinden, 1995). Moorhead et al. (2002) amplían indicando que esta tendencia incluye a padres y hermanos.

En este sentido, resultan relevantes los estudios realizados con hijos de madres que han padecido algún TCA. Las madres con historia de TCA a través de inventarios de autorreporte indican mayor estrés, mayores complicaciones perinatales y mayor depresión que las madres controles (Barbin, et al., 2002), las complicaciones de las madres se ilustran en el estudio de caso presentado por Honjo, Sasaki, Murase, Kaneko & Normura (2005) quienes muestran el caso de un menor de 5 años con alteraciones alimentarias transitorias (incapacidad de tomar alimentos y líquidos) en donde no sólo se atendió al menor sino que se

identificó que la madre presentaba síntomas bulímicos y problemas sexuales en su relación marital que requerían tratamiento. En contraste otros estudios no han encontrado altas tasas de trastorno afectivo (Whelan & Cooper, 2000).

Las investigaciones al respecto muestran que los TCA de la madre no repercuten en el ajuste psicológico general de los hijos pero si se relacionan con la presencia de problemas alimentarios (Barbin et al., 2002). Dicha relación está mediada por la desorganización a la hora de comer, fuerte control materno y falta de armonía entre los miembros de la familia (Cooper, Whelan, Woolgar, Morrell & Murray, 2004). La concordancia es tal que inclusive Honjo et al. (2005) encontraron que al identificar niños con problemas alimentarios era posible detectar indirectamente a madres con TCA.

Alimentación, peso y figura corporales en la familia

Dado que los factores mencionados con anterioridad suelen ser comunes a distintas psicopatologías, a excepción de los antecedentes familiares de psicopatología de TCA; actualmente se propone que quizá el aspecto familiar más influyente sea la transmisión de conductas y actitudes de riesgo para los TCA, por ello cada vez hay más datos en torno a las preocupaciones y conductas asociadas a la alimentación, peso y figura corporales.

Las investigaciones muestran que la valoración que la familia le otorga a la apariencia física puede propiciar la preocupación en el peso y figura de las hijas (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004). Se señala consistentemente que las burlas o críticas que recibe el individuo sobre su peso y apariencia física impactan en su imagen corporal y pueden reflejarse en síntomas de TCA, específicamente de BN; además este aprecio por una figura corporal esbelta sugiere que existe acuerdo en los valores estéticos de la familia, específicamente entre madre e hija (MacBrayer, Smith, McCarthy, Demos & Simmon, 2001); aunque Wade y Lowes (2002) señalan que esta influencia no es directa sino que requiere de otros factores cognitivos y afectivos que medien la relación.

De igual manera, la percepción que tiene la madre

sobre el peso y la apariencia de sus hijas puede ejercer presión sobre la imagen corporal y hábitos alimentarios de estas últimas (Byely, Baistiani, Graber & Brooks-Gun, 2000). Dicha influencia se concreta en conductas de supervisión y control de apariencia y peso corporales como sucede en las hijas con sobrepeso; mientras que en las hijas de bajo peso lo característico es la comunicación estresante a la hora de comer (Worobey, 2002).

La preocupación por la alimentación familiar adquiere matices importantes al considerar que la familia es el primer grupo donde el individuo aprende a comer, siendo la base para la formación de los hábitos alimentarios, que se ven influidos por la persona que prepara el alimento, la disponibilidad de alimento, preferencias, usos y costumbres que rodean la conducta alimentaria, sobretodo en los primeros años (Birch, 2002; Hannon, Bowen, Moinpour & McLerran, 2003).

En cuanto a la manera de alimentarse, se ha señalado a la dieta materna como predictora de dieta en las hijas (Ricciardelli & McCabe, 2001); aunque esta forma de controlar el peso se haya tan difundida en nuestros días que otros estudios se oponen al señalar que tanto las madres de hijas con TCA como las controles se someten a dieta frecuentemente (García & De Simone, 2003) y que al realizar análisis inferenciales la dieta e imagen corporal de las madres no predicen la dieta y la satisfacción corporal de las hijas (Byely et al, 2000).

La mayoría de los estudios sobre factores asociados a la alimentación, figura y peso corporales en la familia son de corte transversal, suele trabajarse con muestras de hijas sin TCA provenientes de la población general, quienes mediante auto-informes refieren su percepción sobre los factores familiares; atinadamente algunos estudios dan cuenta de la percepción de la madre (Byely et al, 2000; Hahn-Smith, & Smith, 2001). Sin embargo, la percepción del padre es escasa dentro de los estudios.

Discusión y conclusión

Reconociendo la importancia de la familia dentro de una postura multifactorial de los TCA, el presente

estudio tuvo como propósito realizar una revisión de los factores familiares asociados los TCA que se han estudiado recientemente. Esta revisión da luz sobre la heterogeneidad de los factores familiares, muestras y métodos que se emplean en los estudios que abordan dicha relación.

El estudio del funcionamiento familiar es el factor familiar que se ha estudiado más ampliamente y cuyo estado se encuentra más avanzado. En este sentido, se aprecia que las personas con TCA presentan ambientes familiares desfavorecidos, y la subdivisión de las muestras de acuerdo al tipo de TCA que padecen permite tener una visión más detallada. Las personas con BN son quienes refieren un funcionamiento familiar más deteriorado caracterizado por bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad; así como alto conflicto. Por su parte, las personas con AN identifican a su familia como rígida y con problemas de comunicación, particularmente en quienes presentan AN-purgativa. Ahora bien, en la presente revisión se encontraron pocos estudios sobre los TCANE, a pesar de ser los TCA más frecuentes, indicando que existe un vacío importante en cuanto a su estudio; consideramos que la falta de estudios puede deberse a su reciente definición, además de que debido a sus características atenuadas pueden presentarse mayores dificultades para su detección. Los estudios encontrados señalan que las personas con TCANE presentan menores puntuaciones en adaptabilidad (Vidovic et al., 2005) y expresión emocional (Vázquez et al., 2010), pero los resultados aún son incipientes. Estas investigaciones invitan a reflexionar sobre la manera en que se han descuidado algunas de las funciones psicológicas propiciando mayor vulnerabilidad; así mismo, las diferencias entre subgrupos de TCA son relevantes porque permiten comprender el ambiente familiar en que se desenvuelven las personas afectadas por diferentes TCA lo cual podrían ser útil en la prevención y la elección de las estrategias de intervención.

A dichos elementos familiares habrá que agregarles algunas experiencias estresantes, porque como señalan los estudios, las personas con TCA se ven estresadas tanto por situaciones traumáticas (abuso sexual, fallecimientos), como por situaciones coti-

dianas (actividades escolares/laborales, problemas económicos); las cuales se asocian con la presencia de conductas alimentarias inadecuadas (Connors & Morse, 1993; Fonseca et al., 2002). De esta manera, podría pensarse que algunas de las personas con TCA se han visto envueltas en situaciones difíciles a lo largo de su vida, en las cuales ha experimentado emociones y pensamientos negativos sobre un entorno que escapa de su control e impacta de manera profunda en su integridad y valía. Sería posible que personas expuestas ante estas situaciones desarrollaran menores habilidades de afrontamiento y por ello se estresaran ante situaciones cotidianas que otras personas manejan sin mayor problema. De esta manera, al trabajar con personas con TCA estaríamos ante personas con dificultades en el manejo de estrés que al contar con escasos recursos de afrontamiento individual y familiar recurren a conductas alimentarias nocivas como una forma de calmar o evadir la ansiedad.

Las investigaciones revisadas indican que las familias con TCA presentan mayor psicopatología: depresión, personalidad obsesivo-compulsivo, adicciones (Fairburn, et al., 1999; Lilienfeld et al., 1998) lo que no resulta raro, dado que en el área de la salud mental es común encontrar rasgos de ansiedad y depresión en distintas psicopatologías. A pesar de las diversas alteraciones psicopatológicas de los padres sólo en el caso de la psicopatología alimentaria se habla de un antecedente familiar delimitado para los TCA. No obstante, la psicopatología familiar en los TCA aún se enfrenta ante la dificultad de discernir si está determinada biológica o socialmente, o bien explicar los mecanismos de interacción biopsicosocial implicados. En este sentido, las investigaciones genéticas trabajan arduamente para tratar de identificar los genes involucrados en la transmisión de la psicopatología alimentaria en las familias con TCA (Cavallini, Bertelli, Chiapparino, Riboldi & Bellodi, 2000; Gorwood, Kipman & Foulon, 2003).

De esta manera, parece vislumbrarse que las familias con TCA muestran deterioro en diversos elementos de su funcionamiento familiar, presentan relaciones hija-padres más distantes y alteradas, están

sometidas a mayor estrés y presentan antecedentes de diversas psicopatologías. Esta combinación de factores hace que las personas con TCA se desenvuelvan cotidianamente en un ambiente familiar perturbado en distintas áreas de su interrelación. No obstante, es común encontrar familias que cohabiten bajo condiciones similares y a pesar de ello no presenten ningún TCA, por lo que se considera que estos podrían actuar como factores de riesgo general para distintas psicopatologías, corroborado en los modelos empíricos (Leung et al, 1996; Steiger et al., 1996), a excepción de los antecedentes de psicopatología alimentaria.

En consecuencia, las investigaciones buscan factores que se asocien de manera particular con los TCA y que en conjunción con los factores de riesgo general ayuden a entender la presencia de la psicopatología alimentaria y no la de cualquier otro trastorno. De esta manera, se investigan las actitudes y conductas asociadas a la alimentación, peso y figura, encontrando que las familias con TCA y su sintomatología ponen mayor atención a la apariencia física reproduciendo el estereotipo de la delgadez (Toro, 2004), a través de críticas frecuentes sobre peso y figura que impactan en la imagen corporal de sus hijas, repercutiendo así en síntomas de TCA (MacBrayer et al., 2001). Estas relaciones no ocurren necesariamente de manera directa dado que estos factores familiares se entretajan con otras variables personales y sociales, cuya conjunción contribuye a la aparición de los TCA (Davis et al., 2004; Wade & Lowes, 2002).

A pesar de lo valioso de la literatura especializada, es notoria la ausencia de factores o mecanismos de protección relacionados con los TCA, definidos como aquellos atributos y condiciones que contribuyen a la resistencia para la psicopatología (Buendía, 1998), entendida la resistencia como el proceso o la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes (Masten, Best & Garnezy, 1990). Al respecto, las investigaciones señalan como un factor protector al vínculo familiar fuerte (Croll, Neumark-Sztainer, Story & Ireland, 2002), el fomento de actividades intelectuales-culturales, la orientación al logro en ac-

tividades escolares y laborales (Ruíz et al., 2010); sin embargo la investigación aún es escasa por lo que resulta imperante dar cuenta de ¿cuáles serían los factores con los que contarían las familias para prevenir a sus hijas de padecer un TCA? Es necesario orientar a las familias no sólo sobre aquello que les pone en riesgo, señalar no sólo lo que no deberían hacer, sino alertarlas y guiarlas sobre lo que sí podrían hacer, lo que les ayudaría a cuidarse en una sociedad impregnada de estilos de vida contradictorios en donde se idolatra la delgadez al mismo tiempo que se favorece el sedentarismo y el exceso de comida atractiva y poco saludable; una sociedad donde, además, las familias cada día se ven sometidas a mayores exigencias económicas y sociales.

Con esta revisión se muestra que es oportuno incluir la evaluación de la imagen corporal y la preocupación por la alimentación, no sólo de las hijas afectadas sino también de sus padres al momento de la intervención clínica. Por supuesto, sin descuidar otros aspectos terapéuticos que se han trabajado como la disminución de la culpa y el estrés, la información oportuna sobre el trastorno y el fomento de relaciones positivas, las cuales han dado buenos resultados en la terapia, consejería y grupos de apoyo para padres (le Grange, Binford & Loeb, 2005; Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki, & Someya, 2001).

Esta revisión muestra, que en el campo de los TCA y la familia, imperan las investigaciones de corte transversal que utilizan como instrumentos de medición distintos auto-informes. Los estudios de funcionamiento familiar incluyen hijas con TCA pertenecientes a poblaciones clínicas e hijas con sintomatología extraídas de la población general, cada vez más se evalúa la percepción de los padres; mientras que aquéllos que abordan la estructura familiar, los estresores y los antecedentes psicopatológicos se han realizado con población clínica con TCA. Por su parte, los estudios de actitudes y conductas relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal suelen realizarse con población comunitaria, en quienes no se ha verificado el diagnóstico que señale si tienen o no un TCA, por lo que resulta atrevido generalizar sus resultados a poblaciones clíni-

cas caracterizadas por la gravedad del trastorno y la disfuncionalidad que les acompaña. Asimismo, aún resultan escasos los estudios que incluyen la perspectiva de los padres (Hahn-Smith & Smith, 2001; Byely et al., 2000).

En cuanto a los aspectos metodológicos de las investigaciones expuestas, la mayoría son estudios correlacionales que no alcanzan a establecer una relación causal, además gran parte de ellos trabaja cada factor familiar por separado; motivo por el cual se requiere desarrollar modelos integrales, buen ejemplo de ello son los modelos de Steiger et al. (1996) y Leung et al. (1996) que habrán de enriquecerse al incluir nuevos factores — personales, familiares, sociales— y evaluar nuevas relaciones que expliquen el papel de la familia en los TCA.

Existen algunos estudios con mejor estructuración que otros, los cuales incluyen la participación de padres e hijas, así como de grupos controles (sano y psiquiátrico). Se reconoce que sería deseable poder realizar estudios longitudinales y cualitativos, lo cual ayudaría a esclarecer si algunos factores como el funcionamiento familiar, el deterioro en las relaciones entre la paciente y sus padres y la preocupación por la alimentación y la apariencia física son un antecedente o una consecuencia de los TCA (le Grange, 2005). Asimismo se reconoce que la citada disfuncionalidad de la familia quizá no sea un antecedente que propicie el trastorno sino el resultado de sentirse amenazados y culpables de los síntomas que presenta su hija (o), por lo que se cuestiona si la disfuncionalidad es un antecedente o una consecuencia (le Grange, 2005, Toro & Vilardell, 1987); o si la familia en un proceso dialéctico ha encontrado en estas discrepancias y carencias una forma de funcionar y convivir ante una problemática que los rebasa.

Referencias

- Arikian, A., Keel, P., Miller, K., Thuras, P., Mitchell, J. & Crow, S. J. (2008). Parental psychopathology as a predictor of long-term outcome in Bulimia Nervosa patients. *Eating Disorders*, 16(1), 30-39.
- Barbin, J. M., Williamson, D. A., Steward, T. M., Reas, D. L., Thaw, J. M., & Guarda, A. S. (2002). Psycho-

- logical adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 7(1), 32-38.
- Behar, R. & Valdés, W.C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(3), 178-189.
- Birch, L. L. (2002). Acquisition of food preferences and eating patterns in children. En: C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Ed.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive hand book* (pp.326-348). N.Y.: Guilford Press.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New Cork: Basic Books.
- Buendía, J. (1998). *Psicopatología en niños y adolescentes*. España: Pirámide.
- Byely, L., Baistiani A. A., Graber J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective Study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Eating Disorder*, 28, 155-164.
- Casper, R. C. & Troiani, M. (2001) Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.
- Cavallini, M. C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, S., & Bellodi, L. (2000). Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 96(3), 384-391.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Connors, M., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1-11.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 french families of anorexia adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-236.
- Cooper, P., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., & Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: Role of the family environment. *British Journal of Psychiatry*, 184, 210-215.
- Croll J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31, 166-175.
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L. Wisotsky, W. & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.
- Dancyger, I., Fornari, V., & Sunday, S. (2006). What may underline differing perceptions of family functioning between mothers and their adolescent daughters with eating disorders? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(2), 281-286.
- Dare, C. (1993). Aetiological models and the psychotherapy of psychosomatic disorders. En M. Hodes & S. Morey (Eds.), *Psychological treatments in disease and illness*. London: Gaskell.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking good- focus family on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 35, 136-144.
- Emmanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. & Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family member's perceptions. *Eating and Weight Disorders*, 9(1), 1-6.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa, three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fitzgerald, J. F. & Lane, R. C. (2000). The role of the father in anorexia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(1), 71-84.
- Fonseca, H., Ireland, M., & Resnik, M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 441-448.
- Freeman, L. M. Y., & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 204-212.
- García, A, A. M., & De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 8, 225-230.
- Gorwood, P., Kipman, A., & Foulong, C. (2003). The human genetics of anorexia nervosa. *European Journal of Pharmacology*, 480(1-3), 163-170.
- Hahn-Smith, A., & Smith, J. E. (2001). The positive influence of maternal identification on body image, eating attitudes and self-esteem of Hispanic and Anglo girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 429-440.

- Hannon, P. A., Bowen, D. J., Moinpour, C. M., & McLerran, D. F. (2003). Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children. *Appetite*, 77-83. Doi:10.1016/S0195-6663(02)001140-X
- Honjo, S., Sasaki, Y., Murase, S., Kaneko, H., & Normura, K. (2005). Transient eating disorder in early childhood: A case report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(1), 52-54.
- Humphrey, L. L., & Stern, S. (1988). Object relation and the family system in bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, 337-350.
- Jones, C., Leung, N. & Harris G. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychopathology*, 45(3), 319-330.
- Kaslow, F. W. (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. USA: John Wiley & Sons Inc.
- Kog, E. & Vadereyken, W. (1989). Family interaction in eating disorders patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 11-23.
- Koo-Loeb, J., Costello, N., Light, K., Girdler, S. (2000). Women with eating disorders tendencies display altered cardiovascular, neuroendocrine and psychosocial profiles. *Psychosomatic Medicine*, 62, 539-548.
- Latzer, Y., Hochdor, F. Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599. doi:10.1023/1021273129664
- le Grange, D. (2005). Family issues and eating disorders. En S. Wonderlinch, M. M. De Zwaan & H. Steiger (Eds.), *Eating Disorders Review*. Academy Eating Disorders, Radcliffe Publishing LTD.
- le Grange, D., Binford, R., & Loeb, K. (2005). Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 41-46.
- Leung, F., Schwartzman, A., & Steiger, H. (1996). Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 367-375.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C. ... Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives General Psychiatry*, 55, 603-610.
- MacBrayer, E., Smith, G. T., McCarthy, D. M., Demos, S., & Simmon, J. (2001). The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 149-160.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Masten, A. S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Developmental Psychopathology*, 2, 425-444.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa en context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moorhead, D. J., Stashwick, C. K., & Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Streigel-Moore, R. M. & Paradis, A. D. (2002). Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 1-9.
- Nagata, T., Kaye, W., Kiriike, N., Rao, R., McConaha, C. & Plotnicov, K. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: A comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 55(4), 333-340.
- North, C., Gowers, S., & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171(12), 545-549.
- Okon, D., Greene, A., & Smith, J. E. (2003). Family interaction predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal Eating Disorders*, 34, 450-457.
- Quiles, Y., Terol, M., & Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333.
- Rastam M. & Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: A population-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 238-289.

- Ratti, L. A., Humphrey, L. L., & Lyons, J. S. (1996). Structural analysis of families with a polydrug-dependent, bulimic, or normal adolescent daughter. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1255-1262.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 325-334.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, G. & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica, 9*(2) 447-455.
- Sánchez, C. E., Serna, R. C., Seoana, P. G., & Páramo, F. F. (2003). Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Thomson Psicología, 1*(2), 177-188.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From the intraphysique to the transpersonal approach*. Londres: Chaucer.
- Shisslak, C. M., Mckee, R. T., & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *Journal and Clinical Psychology, 46*, 2, 185-189.
- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J., & Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders, 19* (2), 147-157.
- Strober, M. & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(5), 654-659.
- Tachi, T. (1999). Family environment in eating disorders: a study of the familial factors influencing the onset and course of eating disorders. *Psichiatria et Neurologia Japonica, 101*(5), 427-445.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S. I., & Somiya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry, 42*(2), 132-138.
- Vandereycken W., Castro, J., & Vanderlinden, J. (1995). *Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vandereycken, W., Kog, E. & Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, London: PMA Publishing Corporation.
- Vázquez, A. R., Raich, E, R. M., Viladrich, S. M. C., Alvarez, R. G., & Mancilla, D. J. M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología, 18*(3), 325-335.
- Vázquez, A. R., Ruiz, M. A. O., Álvarez, R. G. L., Mancilla, D. J. M., & Tena S. A. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastorno del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual, 18*(1), 105-117.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M. & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 13*(1), 19-28. Doi 10.1002/erv.615
- Wade, T. D., & Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in female adolescent population. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 39-45.
- Ward, A., Rasmay, R., & Turnbull, S. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *Journal Psychosomatic Review, 34*, 377-391.
- Whelan, E., & Cooper, P. (2000). The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: A comunitary study. *Psychological Medicine, 30*(1), 69-77.
- Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Worobey, J. (2002). Early family mealtime experiences and eating attitude in normal weight underweight and overweight females. *Eating and Weight Disorders, 7*(1), 39-44.