



UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

**La Familia y los Trastornos de la Conducta
Alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo.**

D. Manuel Mateos Agut

Directores de la Tesis:
Dr. D. Jesús J. de la Gándara Martín
Dra. Dña. M. Isabel García Alonso

Burgos, 23 de noviembre de 2012

D. JESÚS J. DE LA GÁNDARA MARTÍN Y D^a MARÍA ISABEL GARCÍA ALONSO,
Profesores Doctores del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos del
Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos.

Hacen constar que el trabajo de investigación:

**La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estructura Familiar y
Riesgo**

Que presenta **D. MANUEL MATEOS AGUT** ha sido realizado bajo nuestra dirección y
supervisión y reúne, a nuestro juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor para que
el autor pueda optar con ella al título de Doctor.

Burgos, 23 de Noviembre de 2012.

Fdo.: Dr. D. Jesús J. de la Gándara Martín Fdo.: Dra. M^a Isabel García Alonso

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE BURGOS

La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo

Agradecimientos

“Basta un poco de espíritu aventurero para estar siempre satisfechos, pues en esta vida, gracias a dios, nada sucede como deseábamos, como suponíamos, ni como teníamos previsto”.

Noel Clarasó

“Cuando las leyes de la matemática se refieren a la realidad, no son ciertas; cuando son ciertas, no se refieren a la realidad”

Albert Einstein

Antes que el lector pueda introducirse en estas páginas no puedo dejar de agradecer y de dejar constancia de todo lo que deben a las personas que han sido la fuente en que he bebido (los autores que se citan en la bibliografía, y otros que no están y quizás no recuerdo, pero que han determinado mi forma de pensar); a las que me guiaron y estuvieron allí cuando les necesité, (mis directores de Tesis Isabel García y Jesús de la Gándara); a todos mis compañeros, que hicieron posible que este proyecto sea una realidad, con sus ideas y aportaciones, con su trabajo de campo, sus revisiones, correcciones y aliento o exigencia, pues vencieron mi pereza y desorientación, (me refiero a Ana Martínez, Esther Martín, Teresa García, María Victoria Cueva, las personas que trabajan en la URTA, (Nuria Español, Erica García y Carmen Juarros), Honorio Hernández; y sobre todo, a quienes doblegaron todas las dificultades del día a día, Beatriz Sanz, Isabel Vegas y Carlota Sebastián. Por fin, ¡claro!, a mi familia, mi mujer y mis hijos que aguantaron mis ausencias sin poner trabas y animándome, y a mi padre que también cumple a mi lado su sueño.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1. INTRODUCCIÓN Y PROBLEMA	13
CAPÍTULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA.....	17
1. INTRODUCCIÓN.....	19
2. MODERNIDAD Y POSMODERNIDAD. UN VIAJE DE LA HISTERIA AL NARCISISMO	22
2.1. EL NARCISISMO COMO UNA DE LAS ORGANIZACIONES DE LA PERSONALIDAD	23
2.2. EL NARCISISMO COMO HECHO SOCIAL. EL PASO DE LA MODERNIDAD A LA POSMODERNIDAD.....	25
2.3. LO REAL Y EL TRAUMA.....	32
3. LA FAMILIA	34
3.1. CONCEPTO, FINES Y FUNCIONES DE LA FAMILIA	34
3.2. MODELOS TEÓRICOS	38
3.2.1. <i>Modelo psicoanalítico de la familia</i>	38
3.2.2. <i>La familia desde los modelos interactivos</i>	39
3.2.3. <i>La familia desde el estructuralismo</i>	40
3.2.4. <i>Teoría de campo y familia</i>	41
3.2.5. <i>La familia desde el modelo sistémico</i>	42
3.2.6. <i>La estructura familiar</i>	44
3.2.7. <i>Elementos de la Estructura Familiar</i>	46
4. EVOLUCIÓN DE LA INSTITUCIÓN FAMILIAR. DE LA FAMILIA PATRIARCAL A LA HORIZONTAL.....	49
4.1. LA FAMILIA PATRIARCAL	49
4.2. LA FAMILIA NUCLEAR.....	51
4.3. LA FAMILIA HORIZONTAL	53
5. NUEVAS FAMILIAS, NUEVAS DIFICULTADES. LOS PROBLEMAS DE LA SEPARACIÓN	55
6. POSMODERNIDAD, CAÍDA DEL PADRE Y “NUEVOS SÍNTOMAS”	57
7. LA FAMILIA ESPAÑOLA EN LA POSMODERNIDAD.....	58
7.1. RASGOS ESTRUCTURALES DE LA FAMILIA ESPAÑOLA Y TENDENCIAS DE CAMBIO	60
7.2. MODELO EDUCATIVO MAYORITARIO	62
7.3. REPARTO DE ROLES Y RESPONSABILIDADES.....	64
7.4. OCIO.....	65
7.5. LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS	66
7.6. EL ROL DEL PADRE FRENTE AL ROL DE LA MADRE.....	68
7.7. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN FAMILIAR PERCIBIDA POR LOS HIJOS	70
8. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	72
8.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: LA DIMENSIÓN DEL PROBLEMA	74
8.2. CAMBIOS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LOS TCA. ¿QUÉ ELEMENTOS SON LOS ESENCIALES DE LOS TCA Y CUÁLES LOS PATOPLÁSTICOS?	78

8.3. ETIOPATOGENIA DE LOS TCAS.....	81
8.3.1. <i>Vulnerabilidad biológica</i>	82
8.3.1.1. Familia y genética.....	82
8.3.1.2. Factores de riesgo temprano.....	83
8.3.1.3. Déficit Zinc.....	83
8.3.1.4. Efectos de la restricción dietética en contexto de abundancia de alimentos.....	83
8.3.1.5. Trastornos inmunológicos.....	84
8.3.1.6. Neuroimagen.....	84
8.3.1.7. Alteraciones neuroquímicas.....	85
8.3.1.8. Trastornos neuroendocrinos.....	87
8.3.1.9. Biología de la alimentación.....	88
8.3.2. <i>Antecedentes psicopatológicos familiares en los TCAs</i>	89
8.3.3. <i>Comorbilidad</i>	90
8.3.4. <i>Influencia de la crianza</i>	92
8.3.5. <i>Personalidad</i>	93
8.3.6. <i>Factores socioculturales</i>	94
8.3.7. <i>Modelos etiopatogénicos integradores</i>	96
9. LOS TCA (ANOREXIA Y BULIMIA) Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA.....	97
9.1. EL ENFOQUE ESTRUCTURAL EN LAS FAMILIAS.....	101
9.2. MODELO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN TCA SEGÚN SELVINI.....	102
9.3. LOS PADRES COMO TRANSMISORES DE VALORES SOCIO CULTURALES.....	106
10. RECAPITULACIÓN.....	110
CAPÍTULO 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	113
1. INTRODUCCIÓN.....	115
2. OBJETIVOS.....	115
3. HIPÓTESIS.....	116
4. METODOLOGIA.....	118
4.1. SELECCIÓN Y CONTROL DE VARIABLES.....	118
4.2. MUESTRAS.....	122
4.3. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	124
4.4 RECOGIDA DE DATOS.....	126
4.5. PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	127
4.5. CRONOGRAMA.....	128
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	129
1. TIPO DE TCA EN EL GRUPO DE ESTUDIO.....	131
2. DESCRIPCIÓN COMPARATIVA DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y CONTROL.....	132
2.1 VARIABLES DEMOGRÁFICAS.....	132
2.2. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES SOMÁTICAS.....	133
2.3. ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS.....	134
2.4. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SOSPECHADOS.....	137
2.5. ABUSOS SEXUALES.....	138
2.6. NACIMIENTO TRAS DUELO / PÉRDIDA / ESTRÉS K.....	138

3. ESTRUCTURA FAMILIAR.....	139
3.1. RELACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DE LOS SUBSISTEMAS	139
3.1.1. <i>Actitud materna</i>	139
3.1.2. <i>Actitud paterna</i>	140
3.1.3. <i>Comunicación</i>	141
3.2. JERARQUÍA	142
3.3. LÍMITES	143
3.4. ALIANZAS.....	144
3.5. COALICIONES	145
4. OTRAS VARIABLES RELACIONADAS	146
4.1. ORGANIZACIÓN A LA HORA DE LAS COMIDAS	146
4.2. PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES POR LA DIETA ALIMENTARIA.....	146
4.3. PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES POR LA IMAGEN	146
4.4. CUÁL DE LOS PADRES SE PREOCUPA MÁS POR SU IMAGEN	147
5. RELACIÓN ENTRE ESTRUCTURA FAMILIAR Y LOS TIPOS DE TCA EN EL GE.....	148
6. ANÁLISIS COMPARATIVO PREDICTIVO (REGRESIÓN LOGÍSTICA EN BUSCA DE FACTORES PREDICTORES DE TCA)	149
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	157
1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS.....	160
2. ANTECEDENTES FAMILIARES	162
2.1. ANTECEDENTES SOMÁTICOS	162
2.2. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	163
3. ACONTECIMIENTOS QUE INFLUYEN EN LA CRIANZA.....	166
4. ANTECEDENTES DE ABUSOS SEXUALES	167
5. ESTRUCTURA FAMILIAR.....	169
5.1. SUBSISTEMA.....	169
5.1.1. <i>Actitud materna</i>	170
5.1.1.1. Dedicación materna	170
5.1.1.2. Distanciamiento materno	171
5.1.1.3. Vinculación madre-hijo	171
5.1.2. <i>Actitud paterna</i>	174
5.1.2.1. Dedicación paterna	174
5.1.2.2. Distanciamiento paterno	175
5.1.2.3. Vinculación padre-hijo	176
5.1.3. <i>Expresión Emocional</i>	178
5.1.4. <i>Relación afectiva entre los padres</i>	179
5.2. JERARQUÍAS Y LÍMITES	180
5.2.1. <i>Quién ostenta el liderazgo</i>	181
5.2.2. <i>Estilo de liderazgo (creación de la norma)</i>	182
5.2.3. <i>Aplicación de la norma</i>	183
5.2.4. <i>Sanción de la norma</i>	183

5.3. LÍMITES	185
5.3.1. <i>Control materno</i>	185
5.3.2. <i>Control paterno</i>	186
5.3.3. <i>Habilidades de resolución de problemas</i>	187
5.4. ALIANZAS.....	188
5.5 COALICIONES	189
6. OTRAS VARIABLES RELACIONADAS	191
6.1. ORGANIZACIÓN A LA HORA DE LAS COMIDAS	191
6.2. PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES POR LA DIETA Y LA IMAGEN.....	192
7. RELACIÓN ENTRE ESTRUCTURA FAMILIAR, ACTITUDES Y PREOCUPACIÓN PARENTALES POR LA DIETA Y LA IMAGEN, Y LOS TIPOS DE TCA EN EL GE	195
8. FUNCIONALIDAD FAMILIAR RESULTANTE DE LA INTERACCIÓN DE LA ACTITUD PADRE-MADRE HACIA SUS HIJOS	196
8.1. MODELOS DE ACTITUDES MATEERNAS	198
8.2. MODELOS DE FUNCIONAMIENTO PATERNO	200
8.3. MODELO DE FUNCIONAMIENTO PARENTAL	202
8.4. FUNCIONALIDAD PARENTAL Y JERARQUÍA	204
8.5. FUNCIONALIDAD PARENTAL Y TIPOS DE TCA.....	214
9. CAPACIDAD FUNCIONAL FAMILIAR SEGÚN EL PATRÓN DE JERARQUÍA	215
10. FACTORES DE PROTECCIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN TCA	234
10.1. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA	235
10.2. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA AN.....	237
10.3. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN BN	238
10.4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA NE	240
10.5. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA PURGATIVO.....	241
10.6. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA NO PURGATIVO O RESTRICTIVO	242
10.7. UNA REFLEXIÓN A MODO DE SÍNTESIS SOBRE EL ALCANCE Y LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	244
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	247
CAPÍTULO 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	253
ANEXOS	281
ANEXO I. CUESTIONARIO CON INSTRUCCIONES PARA LOS ENTREVISTADORES.....	283
ANEXO II CARTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE ALUMNOS PARA SELECCIÓN DEL GRUPO DE CONTROL	287
ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO	289

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 TIPOS DE TCA	132
GRÁFICO 2 NÚMERO DE HERMANOS Y ORDEN EN LA FRATIA	161
GRÁFICO 3 NACIMIENTO TRAS DUELO/PÉRDIDA.....	167
GRÁFICO 4 PORCENTAJES DE ABUSOS SEXUALES Y TCA PURGATIVA Y RESTRICTIVA.....	168
GRÁFICO 5 DEDICACIÓN DE LA MADRE Y DEL PADRE	173
GRÁFICO 6 DISTANCIAMIENTO DE LA MADRE Y DEL PADRE	174
GRÁFICO 7 VÍNCULO DE LA MADRE Y DEL PADRE	174
GRÁFICO 8 EXPRESIÓN EMOCIONAL	179
GRÁFICO 9 RELACIÓN AFECTIVA DE LOS PADRES.....	180
GRÁFICO 10 LIDERAZGO Y ESTILO DE LIDERAZGO.....	184
GRÁFICO 11 APLICACIÓN DE LA NORMA Y SANCIÓN DE LA NORMA.....	185
GRÁFICO 12 CONTROL DE LA MADRE Y DEL PADRE	187
GRÁFICO 13 CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO EN AMBOS GRUPOS.....	188
GRÁFICO 14 ORGANIZACIÓN DE LAS COMIDAS.....	192
GRÁFICO 15 PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES POR LA DIETA.....	194
GRÁFICO 16 PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES POR SU IMAGEN Y QUÉ PADRE SE PRECUA POR LA IMAGEN.....	194
GRÁFICO 17 FUNCIONALIDAD DE LA MADRE EN AMBOS GRUPOS.....	200
GRÁFICO 18 FUNCIONALIDAD DEL PADRE EN AMBOS GRUPOS	202
GRÁFICO 19 FUNCIONALIDAD PARENTAL EN AMBOS GRUPOS	204
GRÁFICO 20 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y LIDERAZGO , GE Y GC.....	206
GRÁFICO 21 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y ESTILO DE LIDERAZGO, GE Y GC	207
GRÁFICO 22 ESTILO DE LIDERAZGO Y FUNCIONALIDAD PARENTAL, GE Y GC.....	208
GRÁFICO 23 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y APLICACIÓN DE LA NORMA, GE Y GC.....	209
GRÁFICO 24 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y SANCIÓN DE LA NORMA, GE Y GC	210
GRÁFICO 25 SANCIÓN A LA NORMA Y FUNCIONALIDAD PARENTAL, GE Y GC	211
GRÁFICO 26 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y RELACIÓN AFECTIVA DE LOS PADRES, GE Y GC	212
GRÁFICO 27 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y EXPRESIÓN EMOCIONAL, GE Y GC	213
GRÁFICO 28 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO, GE Y GC	213
GRÁFICO 29 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR EN AMBOS GRUPOS.....	218
GRÁFICO 30 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR Y DEDICACIÓN MATERNA, GE Y GC	222
GRÁFICO 31 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR Y DISTANCIAMIENTO MATERNO, GE Y GC.....	223
GRÁFICO 32 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR Y VÍNCULO MATERNO, GE Y GC.....	224
GRÁFICO 33 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR Y CONTROL MATERNO, GE Y GC.....	225
GRÁFICO 34 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y DEDICACIÓN PATERNA, GE Y GC.....	226
GRÁFICO 35 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y DISTANCIAMIENTO PATERNO, GE Y GC.....	227
GRÁFICO 36 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y VÍNCULO PATERNO, GE Y GC.....	228
GRÁFICO 37 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y CONTROL PATERNO, GE Y GC.....	229
GRÁFICO 38 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y LIDERAZGO, GE Y GC	230
GRÁFICO 39 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y EXPRESIÓN EMOCIONAL, GE Y GC	231
GRÁFICO 40 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y RELACIÓN AFECTIVA PATERNA, GE Y GC.....	232

TABLAS

TABLA 1 ESPECTRO NARCISISTA. ELABORACIÓN PROPIA SOBRE EL TEXTO DE REICH (1993)	25
TABLA 2 MODERNIDAD/POSTMODERNIDAD. ELABORACIÓN PROPIA	28
TABLA 3 CARACTERÍSTICAS DE LA SOCIEDAD VICTORIANA Y DE LA SOCIEDAD ACTUAL SEGÚN LOWEN (1985) ELABORACIÓN PROPIA SOBRE TEXTO DE LOWEN (1985)	29
TABLA 4 REALIDAD FAMILIAR.....	46
TABLA 5 TIPOS DE FAMILIAS ESPAÑOLAS INE 2004.....	60
TABLA 6 FRATRIA	61
TABLA 7 CAMBIOS EN LA FAMILIA ESPAÑOLA. FUENTE INE 2004.....	62
TABLA 8 MODELO EDUCATIVO	63
TABLA 9 IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS.....	64
TABLA 10 IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE SUS HIJOS.	64
TABLA 11 LUGAR EN EL QUE COMEN LOS PADRES CON UN TRABAJO REMUNERADO EN UN DÍA LABORABLE.....	65
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE LOS PADRES SEGÚN SU ESTILO EDUCATIVO	68
TABLA 13 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	71
TABLA 14 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR PARA LA ANOREXIA NERVIOSA	73
TABLA 15 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR PARA LA BULIMIA NERVIOSA	73
TABLA 16 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV PARA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO.	74
TABLA 17 CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS DESDE 1980.....	77
TABLA 18 SEIS ESTADIOS QUE DESEMBOCAN EN LA CONDUCTA ANORÉXICA, ADAPTADO DE SELVINI. ELABORACIÓN PROPIA.....	104
TABLA 19 TIPOS Y SUBTIPOS DE TCA.....	131
TABLA 20 EDAD	132
TABLA 21 SEXO.....	132
TABLA 22 NÚMERO DE HERMANOS.....	133
TABLA 23 SIGNIFICACIÓN NÚMERO DE HERMANOS	133
TABLA 24 ORDEN EN LA FRATRÍA.....	133
TABLA 25 ÍNDICE DE PARENTESCO.....	133
TABLA 26 ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES SOMÁTICAS	134
TABLA 27 ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	136
TABLA 28 ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (ÍNDICE PARENTESCO).....	136
TABLA 29 ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	137
TABLA 30 ANTECEDENTES FAMILIARES SOSPECHADOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (ÍNDICE PARENTESCO).....	137
TABLA 31 ABUSOS SEXUALES.....	138
TABLA 32 SIGNIFICACIÓN DE LA TABLA ABUSOS SEXUALES.....	138
TABLA 33 NACIMIENTO TRAS DUELO/ PERDIDA	139
TABLA 34 ACTITUDES DE LA MADRE	140
TABLA 35 ACTITUDES DEL PADRE.....	141
TABLA 36 COMUNICACIÓN.....	142
TABLA 37 ESTRUCTURA FAMILIAR.....	143
TABLA 38 ACTITUDES DE LA MADRE	144

TABLA 39 ALIANZAS.....	145
TABLA 40 COALICIONES.....	146
TABLA 41 OTRAS VARIABLES.....	147
TABLA 42 VARIABLES APLICACIÓN Y SANCIÓN DE LA NORMA SEGÚN TIPO DE TCA	148
TABLA 43 ORGANIZACIÓN DE LAS COMIDAS SEGÚN TIPO DE TCA.....	149
TABLA 44 REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCA SI/NO	150
TABLA 45 DE CLASIFICACIÓN (A). REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCA SI/NO	150
TABLA 46 REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE ANOREXIA SI/NO.....	151
TABLA 47 DE CLASIFICACIÓN (A). REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE ANOREXIA SI/NO	152
TABLA 48 REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE BULIMIA SI/NO	152
TABLA 49 DE CLASIFICACIÓN(A). REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE BULIMIA SI/NO	152
TABLA 50 REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCAEN SI/NO	153
TABLA 51 DE CLASIFICACIÓN(A) REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCA EN SI/NO	153
TABLA 52 REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCA PURGATIVO SI/NO.....	154
TABLA 53 DE CLASIFICACIÓN(A). REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCA PURGATIVO SI/NO	154
TABLA 54 REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCA NO PURGATIVO O RESTRICTIVO SI/NO.....	155
TABLA 55 DE CLASIFICACIÓN(A). REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE TCA NO PURGATIVO O RESTRICTIVO SI/NO.....	155
TABLA 56 PORCENTAJES DE LOS TRASTORNOS DIAGNOSTICADOS Y SOSPECHADOS	165
TABLA 57 PESO DE LOS ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES SEGÚN ÍNDICE DE CERCANÍA	165
TABLA 58 RELACIONES ENTRE LOS SUBSISTEMAS.....	180
TABLA 59 JERARQUÍA.....	185
TABLA 60 LÍMITES	188
TABLA 61ALIANZAS	189
TABLA 62 COALICIONES.....	190
TABLA 63ALIANZAS Y COALICIONES	190
TABLA 64 OTRAS VARIABLES RELACIONADAS.....	194
TABLA 65 ESTRUCTURA FAMILIAR Y TIPOS DE TCA	195
TABLA 66 ÍNDICE DE FUNCIONALIDAD	197
TABLA 67 MODELOS DE ACTITUDES MATERNAS.....	199
TABLA 68 FUNCIONALIDAD MATERNA.....	199
TABLA 69 MODELOS DE FUNCIONAMIENTO PATERNO.....	201
TABLA 70 FUNCIONALIDAD PATERNA	201
TABLA 71 ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO PARENTAL.....	203
TABLA 72 FUNCIONALIDAD PARENTAL I	203
TABLA 73 FUNCIONALIDAD PARENTAL II	203
TABLA 74 COMPENSACIÓN FUNCIONALIDAD	204
TABLA 75 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y LIDERAZGO	205
TABLA 76 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y ESTILO DE LIDERAZGO.....	206
TABLA 77 ESTILO DE LIDERAZGO Y FUNCIONALIDAD PARENTAL.....	207
TABLA 78 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y APLICACIÓN DE LA NORMA.....	208
TABLA 79 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y SANCIÓN DE LA NORMA.....	209
TABLA 80 SANCIÓN DE LA NORMA Y FUNCIONALIDAD PARENTAL	210
TABLA 81 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y RELACIÓN AFECTIVA DE LOS PADRES	211

TABLA 82 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y EXPRESIÓN EMOCIONAL.....	212
TABLA 83 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO.....	213
TABLA 84 CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PADRES Y JERARQUÍA (RESUMEN)	214
TABLA 85 FUNCIONALIDAD PARENTAL Y TIPOS DE TCA	214
TABLA 86 ÍNDICE DE FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA.....	215
TABLA 87 CLASIFICACIÓN FAMILIAR	216
TABLA 88 FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR	217
TABLA 89 % SEGÚN LA FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.....	217
TABLA 90 FUNCIONALIDAD DE JERARQUÍA FAMILIAR Y ACTITUD MATERNA	221
TABLA 91 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR Y DISTANCIA DE LA MADRE	222
TABLA 92 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR Y VÍNCULO MATERNO.....	223
TABLA 93 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA FAMILIAR Y CONTROL MATERNO	224
TABLA 94 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y ACTITUD PATERNA.....	225
TABLA 95 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y ACTITUD PATERNA.....	226
TABLA 96 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y ACTITUD PATERNA.....	227
TABLA 97 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y ACTITUD PATERNA.....	228
TABLA 98 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y LIDERAZGO	229
TABLA 99 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y EXPRESIÓN EMOCIONAL	231
TABLA 100 FUNCIONALIDAD DE LA JERARQUÍA Y RELACIÓN AFECTIVA DE LOS PADRES.....	232
TABLA 101 PERFIL PARENTAL SEGÚN LA ESTRUCTURA DE LA JERARQUÍA (TABLA RESUMEN)	233
TABLA 102 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA	235
TABLA 103 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA AN	237
TABLA 104 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN BN.....	238
TABLA 105 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA NE.....	240
TABLA 106 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA PURGATIVO.....	241
TABLA 107 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA UN TCA NO PURGATIVO O RESTRICTIVO.....	242
TABLA 108 FACTORES DE RIESGO (RESUMEN)	242
TABLA 109 FACTORES DE PROTECCIÓN.....	243

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hace diez años comencé, con otros compañeros, la aventura de poner en marcha un programa de atención a pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, en lo que hoy es el Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, aspirando a ofrecer una visión ecléctica, capaz de afrontar los problemas bio-psico-sociales que nos planteaban estos pacientes. Un trabajo de estas características, dada la patología y edad de éstos, ha hecho que nos enfrentáramos con nuestra propia adolescencia, y con todos los conflictos que entonces tuvimos que afrontar y, sobre todo, con los que no pudimos resolver. Son conflictos que regresan representados de forma vívida, traídos por esos adolescentes que nos sitúan en el lugar parental, y que realizan unas demandas, que son similares a las que hacen nuestros propios hijos adolescentes.

Por otra parte, las personas que trabajamos en el Hospital de Día desarrollamos muchas funciones que, salvando las diferencias obvias, son las que se ejercen en una familia. Por tanto el equipo-profesional no puede evitar pasar por los conflictos y dificultades de un equipo-familia, pues los pacientes tienden a vincularse con nosotros de la misma forma a como lo hacen con sus padres y hermanos, buscando respuestas e interacciones similares a las que encontraron en su casa, así que con frecuencia nos sorprendemos actuando de forma parecida a como lo hacen las familias de los adolescentes con anorexia o con bulimia.

La clínica y la literatura médica indican que los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un fenómeno cambiante, que se ha manifestado a lo largo de la historia de formas diferentes, posiblemente influido por factores ambientales, como los valores y las conductas sociales, tanto en sus aspectos causales como en la forma de presentarse y en su evolución. Es mi percepción, que la estructura y la forma de organizarse las familias, también como reflejo de los cambios sociales, tiene un papel fundamental en cuándo y cómo aparece el trastorno, y también en la manera en que el paciente se resistirá a los cambios que le proponemos, esto es, en su evolución.

Esta observación, me llevó a incluir una mayor presencia de las familias en nuestro programa, a través de su participación en grupos y consultas, y desde entonces son numerosas las preguntas que me hago:

La principal, ¿cómo influyen las familias en el desarrollo y presentación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria?, o dicho de otra manera, ¿existen estructuras y funciones familiares que favorezcan la aparición del Trastornos de la Conducta Alimentaria, o en su caso, que determinen su patoplastia?

Y secundariamente:

¿Cómo son los vínculos en esas familias?, ¿Cómo apoyan esas familias a sus miembros?, ¿Cuáles son sus límites? y ¿cómo influyen estos en su conducta?, ¿Cómo se ejerce el liderazgo en esas familias?, ¿Cómo es la relación afectiva entre los padres?, ¿Cuál es la distancia a la que se sitúan los hijos de sus padres?, ¿Cómo expresan sus demandas y expectativas?, ¿Tienen capacidad para resolver los problemas que se les presentan?, ¿Cómo se organizan las comidas en esas familias?

Como vemos, todas estas preguntas se refieren a aspectos que tienen que ver no sólo con cómo entendemos el trastorno, sino también con su manejo clínico. Pero se nos plantea la duda sobre cuáles de estas preguntas son prioritarias y cuales secundarias o accesorias, o también cómo se relacionan entre sí y con la patología.

Diversos aspectos parecen influir en la patoplastia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, no solo los apuntados problemas ambientales, sino también la personalidad de los pacientes, íntimamente ligada a la organización y estructura familiar, o la patología comórbida, que probablemente influye en la forma de presentación y la evolución del trastorno.

Sorprendentemente, el estudio de la literatura tan sólo nos aporta numerosos trabajos desde la sociología y unos pocos, la mayoría procedentes de la psicoterapia de familia, basados en series pequeñas de casos, que no aportan una observación sistemática, o que dan respuestas parciales a las cuestiones antes expuestas.

Responder a estas preguntas, analizando una serie grande de casos, permitiría al clínico saber dónde debe incidir en sus relaciones terapéuticas, qué modelo de autoridad debe ejercer, y qué forma de relación debe establecer con ellos para favorecer el cambio.

Además, esta tarea tendría un interés extraclínico, de carácter social, pues responde a la incógnita sobre qué modelos familiares pueden influir en la forma en que se presentan estos trastornos, orientaría a las familias hacia una organización y un desarrollo más armónico y adaptativo.

CAPÍTULO 2

CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA



1. INTRODUCCIÓN

La irrupción del concepto de enfermedad en el campo de lo psíquico supuso un cambio social importante, pues permitió afrontar el sufrimiento desde la razón. Además, el optimismo científico que emanaba de la modernidad, creó la ilusión de poder encontrar una verdad y una solución científica a toda aflicción o desviación, y a todos los problemas sociales. La solución a nuestro dolor ya no estaba en manos de Dios, sino que era nuestra tarea, y en ese sentido, podíamos tener una cierta capacidad para controlarlo.

Esta concepción enfermiza de la psicología, como las dos caras de una moneda, nos ofrece simultáneamente una parte benigna, y la otra perversa, si no formalmente, si en la formulación cotidiana, jurídica, política y social. Por una parte, el concepto de enfermedad desculpabiliza al sufriente, que deja de ser el que elige o causa sus vivencias y conductas desadaptadas (ahora consecuencia de un proceso morboso), y le ofrece una forma de sentirse que puede favorecer su actitud hacia el cambio por medio de la colaboración con el médico. Por otra, y al mismo tiempo, se convierte en la justificación para el abandono de la responsabilidad individual y provee a personas con déficit de identidad y en situación anómica de una pseudoidentidad que acaba atrapándoles en un sentido de sí mismos estéril (como ocurre en las drogodependencias, en los trastornos de la conducta alimentaria y en otros trastornos mentales). Esta perversión se ha apoderado de muchos aspectos de nuestra vida en sociedad por el debilitamiento de la autoridad y el relativismo propio de la posmodernidad que ha impregnado toda nuestra cotidianidad, especialmente desde finales de los años sesenta del siglo XX y durante las dos últimas décadas.

Paralelamente a este proceso, hemos ido comprendiendo que el tradicional concepto de la mente, como una experiencia exclusivamente individual, ha de ser superado. Esta idea de la individualidad implicaba que nuestros pensamientos, emociones, acciones y elecciones, aunque modulados por el entorno, procedían solo de nuestro interior y por tanto, eran únicamente nuestra responsabilidad. Hoy sabemos que aunque los procesos psicológicos solo puedan residir en el individuo (Allport, 1965), esa mente es un

producto de ciertas disposiciones y sobre todo de la interacción social que modula y a veces determina esos pensamientos, emociones, acciones y elecciones (Lewin, 1935; Foulkes, 1964; Alcover, 2007). Un hombre piensa y siente como hombre, porque vive entre hombres, si viviera entre lobos, pensaría y sentiría como lobo (Peicheler y Moscovici, 1991), pero si lo hiciera solo, sin haber tenido la oportunidad de vincularse con ningún ser vivo del entorno, aún satisfechas todas sus necesidades materiales, moriría falto de vinculaciones relacionales (Spitz, 1966). Dicho de otra manera, y según este orden, sobre la base de un cerebro, la mente sería primero un hecho social del que emergería paulatinamente el individuo, siempre referenciado a su contexto social.

Apoya este planteamiento una ingente investigación, de la que solo apuntaré algunos estudios relevantes. Cronológicamente, y tras la segunda guerra mundial, surgió un gran interés por los fenómenos sociales y grupales, de forma que numerosos investigadores como Asch (1951, 1956, 1961), Allen (1965, 1975), Crutchfield (1955), Festinger (1957), Milgran (1984) o Sherif (1984), por solo citar a unos pocos, demostraron cuanto influye el contexto social en nuestras conductas y nuestro pensamiento, hasta el extremo de adaptar nuestros principios morales a nuestras necesidades de sumisión y aceptación por el grupo social, e incluso a cambiar nuestras sensopercepciones.

Posteriormente, durante las siguientes décadas, el descrédito de lo psicosocial fue importante, pero la acumulación de investigación biológica muy sofisticada, a pesar de ser muy fructífera, también ha encontrado, al menos de momento, un obstáculo insalvable que ha obligado a recuperar lo abandonado como una parte de la que no era posible prescindir. Así, y aunque la forma de ser de los individuos y en gran medida su conducta eran atribuida a factores, principalmente genéticos, desde hace tres décadas se precipitan las evidencias sobre como la relación entre genética y ambiente es dinámica y constante, de forma que esa dicotomía cartesiana que escinde la mente del cerebro, y a estos del contexto, parece desmoronarse al no poder explicar toda la complejidad de la experiencia subjetiva.

Basten solo algunos de los ejemplos de las evidencias recogidas por Gabbard (2000). En primer lugar, los rigurosos estudios genéticos han fracasado a la hora de encontrar patrones mendelianos en el origen de las enfermedades mentales mayores, que en este ámbito parecen obedecer a modelos de penetrancia incompleta o expresión variable, lo

que sugeriría que el ambiente y los factores del desarrollo interactúan con los genes, de manera que, una vez que un gen se ha activado por procesos de desarrollo celular, su expresión estará regulada por señales del ambiente (Hyman, 1999). Esta relación bidireccional cerebro-ambiente queda reflejada también en el trabajo de Reiss (1995) que observó como el *ambiente familiar no compartido* determina cual de dos gemelos enfermará, y lleva a pensar que la respuesta de los padres determina la lectura del genoma, al mismo tiempo que la genética del bebé determina la relación que los padres establecen con él.

En esta misma dirección, Kandel (1979, 1983, 1998) y Greenough (1987), pudieron demostrar cómo la experiencia y el contacto con el entorno se traduce en el cerebro en nuevas conexiones sinápticas, de forma que la corteza cerebral, el circuito límbico y el sistema nervioso autónomo se enlazan siguiendo la regla de *neuronas que disparan juntas, se enlazan juntas*, formando circuitos que determinan las experiencias y viceversa (Schatz, 1992). Una evidencia clarificadora en este sentido es la aportada por Yeh (1996), quien encuentra que, al menos en especies inferiores, un mismo neurotransmisor (la serotonina) regula conductas opuestas según el lugar que el individuo ocupe en la escala social (sumisión, o agresividad), pudiendo cambiar de dirección de la acción serotoninérgica si el individuo escala en la posición social o si desciende. Suomi (1991) ha demostrado en monos Rhesus que cambios en las relaciones interpersonales (crianza insegura, separación, refuerzo en grupo de iguales, presencia de madre sustituta) producen cambios bioquímicos duraderos que se traducen en cambios conductuales.

Por tanto, el análisis de estas observaciones hace aún más relevante, si cabe, el papel primordial de la familia como ente generador, modelador y transmisor del contexto social, al tiempo que podemos ver cómo los elementos antes enunciados confluyen en un fenómeno socio-psico-patológico que ha cobrado creciente importancia en las últimas cuatro décadas. Me refiero a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), paradigma de la forma de enfermar posmoderna, que son entre otras cosas el fracaso de una individuación profundamente ligada a la compulsión al consumo, al culto a lo efímero y a la imagen externa (de la Gándara 2011). Por tanto, un enfermar social, de los otros, con los otros y para los otros, ante los que no es posible presentarse, ni

tampoco poseerlos, ni separarse de ellos de una forma gozosa o satisfactoria, tan solo consumirlos.

Como fenómeno social que atañe a aspectos primarios de la vida, entre los que están la alimentación o la propia imagen, quedaría desprovisto de sentido si no entendemos su dimensión familiar, que es un secreto a voces que necesita ser públicamente desvelado. Con toda modestia, este trabajo busca indagar en la familia y su contexto social para comprender un poco más cuales son las implicaciones de la familia en esta psicopatología.

2. MODERNIDAD Y POSMODERNIDAD. UN VIAJE DE LA HISTERIA AL NARCISISMO

Como ya apuntaba anteriormente, la sociedad occidental a partir de los años sesenta del siglo anterior sufrió una serie de cambios en su estructura, pensamiento y organización de profunda importancia, que aunque venían gestándose desde el principio del siglo, comienzan entonces a tener su representación evidente en la vida cotidiana las personas. Cambios en los valores culturales, en la concepción del entorno y del conocimiento, en el rol de los jóvenes y sobre todo de la mujer, que traen consigo una nueva sociedad.

En 1985, en una contribución muy lúcida al análisis de estos cambios sociales y de los observados en su práctica clínica como psicoanalista, Alexander Lowen publicó el libro *Narcisismo (una enfermedad de nuestro tiempo)*, en el que afirmaba que la sociedad victoriana imperante hasta los años 60, de funcionamiento histérico, y caracterizada por la vivencia de la angustia, comenzaba a transformarse en una sociedad con un funcionamiento narcisista, donde predominan los aspectos depresivo-melancólicos.

2.1. El narcisismo como una de las organizaciones de la personalidad

Cuando Freud introdujo en 1914 el concepto de narcisismo quería describir una de las formas de relación de objeto libidinal. Para Freud (1905) las primeras experiencias de satisfacción de las necesidades de conservación suelen tener la consecuencia de que el niño ame a la madre que le cuida, y la hace el objeto de sus pulsiones libidinales, de su energía amorosa. Posteriormente, en el proceso de maduración y desarrollo psico-sexual, el niño elegirá otros objetos libidinales, y cuando tras convertir al padre del mismo sexo en objeto de rivalidad y temor (Complejo de Edipo) se somete a los dictados de la realidad, al menos en parte, renuncia a su madre y quedará liberado para establecer nuevas relaciones de pareja, que estarán determinadas por cómo se resolvió ese conflicto con la realidad (López 1989).

Someterse a la realidad no solo supone el miedo al castigo, sino que implica hacerse consciente de las consecuencias de nuestras elecciones y acciones. Además, la forma en que se haya resuelto este conflicto determinará en el futuro la forma de relacionarnos con el entorno y con los otros, incluidas las relaciones de pareja.

Otra forma de relación posible es aquella en la que tras las primeras experiencias de satisfacción de las necesidades de conservación el niño no ama a su madre, sino que se ama a sí mismo en la madre que le alimenta y en el padre que le protege. Estas personas en el futuro no elegirán con el modelo de su madre los objetos de amor, sino que el modelo será su propia persona, buscaran en el otro lo que son, lo que han sido, lo que querrían ser (Freud 1914). Paradójicamente, es una forma de relación en la que el otro no existe, y tampoco puede devolver nada que permita la construcción del Yo, que solo puede hacerse con los otros, en el intercambio. Entonces, esta deriva hacia el narcisismo vacía a la persona, que queda profundamente desvalorizada ante la imposibilidad de sentir el amor de los otros y un ideal inalcanzable (Manzano, Palacio y Zilkha, 2003).

Siguiendo esta línea de pensamiento, para Lowen (2000) el narcisismo, como organización de la personalidad, se caracteriza esencialmente por una preponderancia de la Imagen frente al Yo, y de la apariencia en detrimento de los sentimientos. Esta idealización inalcanzable de lo que uno debería ser, es la respuesta a un Yo

intensamente dañado o devaluado, se concreta, en lo que se ha denominado el Narcisista, esto es:

- En una persona que se identifica con una imagen idealizada de sí mismo, pero que para poder sostener esta identificación tiene que negar los sentimientos que contradicen esa representación, pagando, como resultado, el precio de quedar desconectado de su Yo verdadero.
- En una persona que vive su cuerpo como un instrumento de su mente, pero que al no conectarse con los sentimientos que proceden de su cuerpo, pierde el sentido del Yo, al menos en la parte de éste que deriva de los sentimientos corporales, y su vida se vacía y pierde significado.
- En una persona que transforma sus sentimientos de inferioridad en una ambición desmedida, que le dirige solo hacia sus intereses y a la lucha por el control y el poder, pero también a una inseguridad e insatisfacción crónica, que le hace excesivamente dependiente de la admiración externa, y le convierte en un frío explotador capaz de ser cruel con los otros, al mismo tiempo que seductor y manipulador.
- En una persona que es eficaz en la tarea, pero que al tener un gran vacío interior no puede obtener una satisfacción duradera.

Desde nuestro punto de vista, se trata de aquella persona que, sabiendo que nunca llegará a ser querida por el mero hecho de ser, busca en el éxito un reflejo del amor. Sin embargo, por la propia naturaleza efímera del éxito, nunca puede obtener una satisfacción duradera que le de ese reconocimiento, y por tanto se ve arrastrada a la búsqueda continua, sin fin, de aquello que le haga brillar por un rato, como los fuegos de artificio, iluminando momentáneamente la oscuridad en que se siente, aunque sea a costa de utilizar a los otros para tal fin.

Esto, para Kernberg (1975), es el resultado de un proceso en el que se produce la fusión del Yo Ideal, del Objeto Ideal y de la imagen del Yo Real, para defenderse de una realidad intolerable en el ámbito interpersonal que es vivida con fantasías de aniquilación y que despierta el instinto de muerte. En esta ecuación, el Objeto Ideal sería el primer esbozo del Yo investido libidinalmente con características omnipotentes,

y el Objeto Ideal la parte del objeto despojada de todo lo malo que amenaza al Yo, y las partes de éste que contienen el instinto de muerte (Laplanche-Pontalis, 1987).

Luego, y según las dificultades que presente ese Yo para adaptarse a su realidad, el narcisista tendrá más o menos fantasías de grandeza, mayor o menor contacto con los propios sentimientos, mayor o menor sentido de sí mismo y contacto con la realidad. Por tanto, según el grado de desarrollo del Yo, la personalidad de estos sujetos podrá situarse en un punto concreto de una hipotética dimensión que describe lo que en 1933 Reich (1965) denominó el Espectro Narcisista y que discurre entre el Carácter Fálico Narcisista y la Personalidad Paranoide, pasando por el Carácter Narcisista y la Personalidad Psicopática, según se expone en la secuencia de la tabla que sigue.


<i>Carácter Fálico Narcisista →</i>	<i>Carácter Narcisista →</i>	<i>Personalidad Psicopática →</i>	<i>Personalidad Paranoide</i>
GRAVEDAD 			
↓ Grado de narcisismo		↑ Grado de narcisismo	
↓ Fantasía de grandeza		↑ Fantasía de grandeza	
↓ Falta de sentimientos		↑ Falta de sentimientos	
↓ Falta de sentido del yo		↑ Falta de sentido del yo	
↓ Falta de contacto con la realidad		↑ Falta de contacto con la realidad	

Tabla 1 Espectro narcisista. Elaboración propia sobre el texto de Reich (1993)

2.2. El narcisismo como hecho social. El paso de la modernidad a la posmodernidad

El término posmoderno se refiere al proceso de cambio cultural que comenzó a percibirse a principios de los años 70 del siglo pasado y que Lyotard (1989) entendió como una respuesta a la crisis en que se encontraba el humanismo.

El pensamiento moderno se inició en el Renacimiento, con lo que supone dejar de situar en el centro de nuestra experiencia a Dios y el nacimiento del humanismo, que coincide en lo político-social con la consolidación de unos estados capaces de garantizar una seguridad cotidiana que aleja la presencia de la muerte. Sin embargo la Ilustración lo consagró asentando la idea de un progreso en todos los ámbitos de la vida, al que se llega sustituyendo la tradición por el análisis sistemático del saber que permite el método científico. El optimismo moderno suponía que la ciencia garantizaría el

desarrollo, y con ello, la esperanza de un futuro mejor. Sobre este pensamiento nacieron todas las corrientes políticas modernas, desde el liberalismo hasta el marxismo, la actual democracia y los derechos humanos.

Sin embargo, en cierto modo, el triunfo social y tecnológico de la ciencia moderna llevaba en sí mismo el germen de su crisis, la teoría de la relatividad y posteriormente la física cuántica, revolucionaron la física newtoniana de la modernidad y su forma mecanicista de interpretar el universo. Con la Teoría del Caos, que planteaba la imposibilidad de predecir hechos, y el Principio de Incertidumbre de Heisenberg, que establecía el límite a partir del cual los conceptos de la física Newtoniana no pueden ser empleados, las verdades antes aceptadas comenzaron a recibir diversas interpretaciones que cuestionan la epistemología y la filosofía modernas, conformando progresivamente el pensamiento posmoderno.

Esta ausencia de una autoridad última de la que emanaba una verdad única despertó la duda y comenzaron a disgregarse las creencias que antes organizaban a los grupos sociales, dando paso a la emergencia de la individualidad que ahora se impone al grupo, y así se comenzó a criticar el carácter etnocéntrico y autoritario-patriarcal basado en la primacía de la cultura europea de la ilustración, que dejaba de ser funcional en una sociedad abierta en la que ahora conviven diversas culturas. Esto sólo pudo ocurrir en el contexto del bienestar económico y social que se desarrolló tras la segunda guerra mundial, principalmente en Europa y América, escenario en el que las personas podían disfrutar de una seguridad que ha permitido a los individuos alejarse de las familias amplias, obtener bienes para saciar sus deseos, viajar masivamente y atraer una potente inmigración procedente de otras culturas para cubrir las nuevas necesidades que se crean.

Pero esta falta de certeza y la desconfianza en la ilusión de una progresión lineal ha impregnado al pensamiento posmoderno de un tono emocional nostálgico o melancólico, en el que lo importante no son los hechos sino sus interpretaciones, que están determinadas por la posición relativa del observador (Vattimo, 1990).

Para sintetizar podríamos resumir las características socio-psicológicas de la Posmodernidad en los siguientes puntos (Lipovetsky, 2003):

- Pluralismo y diversidad.
- El lenguaje crea la verdad. Puesto que no puede haber ningún pensamiento sin lenguaje, el lenguaje determina el pensamiento.
- No hay una única verdad, depende de la perspectiva o del contexto. No tenemos acceso a la realidad, sino solamente a lo que percibimos.
- Esta falta de certeza trae consigo la renuncia a las utopías y a la idea de progreso, produciendo un gran desencanto que se traduce en que:
 - La política y las grandes religiones pierden su valor referencial, normativo y cohesionador.
 - El relativismo, el subjetivismo y la pluralidad de opciones, determinan el análisis de la realidad.
 - Multiplicidad de fuentes de información.
 - Los individuos, inundados de información contradictoria y sin una referencia ideológica-religiosa que la organice y de sentido, se defienden alejándose de los contenidos y el mensaje despojado de realidad se convierte en entretenimiento.
 - Importa más cómo se trasmite un mensaje que el propio mensaje.
 - Sólo es real lo que aparece en los medios de comunicación, lo demás no existe para la sociedad.
 - Se pierde la intimidad y la vida de los demás se convierte en un espectáculo.
 - Desde la creencia de que nada es totalmente malo ni absolutamente bueno surge una ética basada en la intencionalidad de los actos y la comprensión inter y transcultural.
 - La autosuperación y el esfuerzo personal dejan de ser valores prioritarios.
 - Se vive sólo el presente y se busca lo inmediato.
 - Se rinde culto al cuerpo, a la salud y a la liberación personal.
 - Al negarse la muerte, está presente en todas partes (por ejemplo, culto y derecho a la salud).
 - La fe en la razón y la ciencia, se sustituye por el culto a la tecnología.
 - La economía productiva se transforma en economía de consumo.
 - La comunicación personal cara a cara se va sustituyendo por la relación a través de la red.

De acuerdo con lo anterior, pero desde su visión psicoanalítica, Lowen (2000) considera que la sociedad moderna se caracterizaba por tener una estructura rígida, en la que se profesaba un gran respeto a la autoridad, y donde los límites eran considerados necesarios, y por tanto se mostraban siempre con claridad, siendo sancionadas, generalmente, las transgresiones a esos límites. Eran valores propios de esa sociedad moderna el respeto de uno mismo, la riqueza de lo humano, la dignidad y la integridad. Se trataba pues, de una sociedad con un estilo de vida determinado por las “rectas costumbres” y una moral religiosa, en la que la muerte estaba presente, y con una moral sexual donde predominaban la represión y la conformidad, por lo que se fomentaba el amor sin sexo. El superyo era estricto, y por tanto, eran frecuentes los sentimientos de culpa. Se enfatizaban los sentimientos, que eran considerados de gran importancia personal, pero se restringía su expresión social. Todas estas características se traducían en una sociedad ansiosa, formada por personas hipersensibles, que exageraban sus sentimientos, y aquejadas de culpa, ansiedad, fobias y obsesiones.

	MODERNIDAD	POSTMODERNIDAD
<i>Periodo histórico</i>	▪ Renacimiento – S.XX	▪ Medios S. XX – Actualidad
<i>Hitos fundamentales</i>	▪ Ilustración ▪ Método Científico	▪ Teoría de la Relatividad ▪ Mecánica cuántica ▪ Principio de la Incertidumbre de Heisenberg
<i>Aproximación a la realidad</i>	▪ Ciencia y Razón ▪ Análisis Sistemático de la Realidad ▪ Empirismo Histórico (Reconstruye el pasado a través de los documentos) ▪ Interés por la grandes naciones	▪ Relativismo Epistemológico ▪ Preeminencia de los fragmentos sobre la totalidad ▪ Imposibilidad de construir grandes relatos y el pasado, (Los documentos son interpretaciones) ▪ Interés por las minorías
<i>Moral</i>	▪ Valores Objetivos ▪ Certeza de causalidad ▪ Importancia de la Esencia ▪ Evolución y Progreso	▪ Relativismo (Creencia de que nada es absolutamente malo o bueno) ▪ Ausencia de culpa causal ▪ Realce de la Apariencia ▪ Incertidumbre (Ruptura de la linealidad temporal)
<i>Concepción cultural</i>	▪ Etnocentrismo y autoritarismo patriarcal ▪ Primacía de la cultura Europea ▪ Uniformidad cultural	▪ Multiculturalismo y Feminismo ▪ Globalización ▪ Pluralidad cultural
<i>Organización social</i>	▪ Cohesión social	▪ Pérdida de la cohesión social
<i>Tono emocional</i>	▪ Ansioso	▪ Melancólico o nostálgico

Tabla 2 Modernidad/postmodernidad. Elaboración propia

La sociedad postmoderna, sin embargo, se caracteriza por una estructura de clases menos rígida, donde la autoridad es cuestionada, y los límites son considerados restricciones innecesarias al potencial humano. Los valores dominantes son el éxito, la obtención de la riqueza material, la notoriedad, el poder, el rendimiento y la productividad. Existe una gran libertad para crear un estilo de vida propio, al tiempo que

no existen límites para el crecimiento económico, ni científico que es la medida del progreso. Existe la ilusión de que se puede superar la muerte, que por otra parte es negada, y de que la naturaleza puede transformarse según la imagen que nos hagamos de ella. En cuanto a la moral sexual, esta se caracteriza por la ausencia de culpa o ansiedad, existiendo costumbres sexuales relajadas, exhibicionismo y pornografía al alcance de todos. Sin embargo, son frecuentes las quejas de impotencia o insatisfacción sexual. Se fomenta sexo sin amor y el superyo se caracteriza por tener unos límites morales relajados, dando lugar a sujetos libres de culpa, que exteriorizan los impulsos y expresan sus sentimientos. La sociedad impone pocas restricciones al comportamiento y anima a exteriorizar los sentimientos que son desvalorizados. En consecuencia, es una sociedad depresiva que sobrevalora la imagen, formada por personas caracterizadas por su ausencia de sentimientos, lo que les hace fríos emocionalmente, y frustrados por una falta de realización personal. La clínica predominante, entonces, son los problemas depresivos y el vacío interior que se manifiesta en los trastornos por déficit de la identidad emergentes como las toxicomanías o los trastornos de conducta alimentaria. Estas diferencias quedan reflejadas comparativamente en la siguiente tabla

CARACTERÍSTICAS DE LA SOCIEDAD VICTORIANA Y DE LA SOCIEDAD ACTUAL		
	<i>Sociedad Victoriana</i>	<i>Sociedad Actual</i>
Estructura de clases	Rígida	Menos rígida
<i>Autoridad</i>	▪ Gran respeto a la autoridad	▪ Cuestionamiento de la autoridad
<i>Límites</i>	▪ Necesarios y claros ▪ Se sancionan	▪ Son considerados restricciones innecesarias del potencial humano
<i>Valores dominantes</i>	▪ Respeto de uno mismo. ▪ Riqueza humana ▪ Dignidad, integridad ▪ Estilo de vida determinado por las "rectas costumbres" ▪ Moral religiosa ▪ Presencia de la muerte	▪ Éxito ▪ Riqueza material ▪ Notoriedad, poder, rendimiento y productividad. ▪ Libertad para crear un estilo de vida propio. ▪ No hay límites para el crecimiento económico, ni científico que es la medida del progreso ▪ Se puede superar la muerte que es negada. ▪ La naturaleza puede transformarse según la imagen que nos hagamos de ella
<i>Moral sexual</i>	▪ Represión y conformidad	▪ Ausencia de culpa o ansiedad por la relación con el sexo. ▪ Costumbres sexuales relajadas, exhibicionismo y pornografía al alcance de todos. ▪ Quejas de impotencia o insatisfacción sexual.
<i>Sexualidad</i>	▪ Se fomenta amor sin sexo	▪ Se fomenta sexo sin amor.
<i>Superyo</i>	▪ Estricto ▪ Sentimientos de culpa.	▪ Límites Morales Relajados, ▪ Libres de culpa ▪ Se exteriorizan los impulsos.
<i>Expresión de sentimientos</i>	▪ Se enfatizan los sentimientos pero se restringe su expresión. ▪ Importancia de los sentimientos ▪ Personas hipersensibles	▪ La sociedad impone pocas restricciones al comportamiento y anima a exteriorizar los sentimientos ▪ Minimiza la importancia de los sentimientos ▪ Personas frías
<i>Clínica predominante</i>	▪ Sociedad ansiosa ▪ Culpa, ansiedad, fobias y obsesiones ▪ Exageran los sentimientos	▪ Sociedad depresiva. ▪ Ausencia de sentimientos, frialdad emocional, frustración, falta de realización, depresión y vacío interior ▪ Sobrevaloración de la imagen
<i>Organización</i>	▪ Histórica	▪ Narcisista.

Tabla 3 Características de la sociedad victoriana y de la sociedad actual según Lowen (1985) Elaboración propia sobre texto de Lowen (1985)

La conclusión de este análisis es por tanto que la posmodernidad nos ha traído una sociedad depresiva con una organización narcisista, que ha superando algunos conflictos de la estructura anterior, pero que nos plantea otros nuevos.

En un intento de pasar de la opinión a los datos, algunos de estos cambios de valores han sido medidos de forma sistemática por Ronald Inglehart (1998) en un estudio comparativo internacional llamado Encuesta Mundial de Valores. Por medio de la Escala de Postmaterialismo ha encontrado que las sociedades actuales tienden a basarse en ideas de autorrealización y participación (posmaterialismo), frente a las sociedades de estadios anteriores en las que la ampliación de la seguridad económica y la seguridad ciudadana (materialismo) eran prioritarias. Mediante el análisis de la orientación de los valores individuales Inglehart llegó a la conclusión de que las sociedades posmaterialistas emergen tras la superación de la sociedad materialista de escasez, y señala que después de la prosperidad que siguió a la II Guerra Mundial, y en ausencia de guerras totales, surgieron cambios estructurales de orientación desde la seguridad física y económica a otra más expresiva.

La Encuesta Mundial de Valores que realiza el Worldwatch Institute se ha aplicado de forma repetida desde los años 70 hasta la actualidad, y ha mostrando, en sus informes anuales, el progresivo cambio cultural:

- En 1970, 1971, y 1973 el porcentaje de ciudadanos con prioridades materialistas estaba entre el 20-40. Los posmaterialistas eran entre el 7-14%.
- En la década de los '80 las personas con prioridades posmaterialistas había aumentado, aunque en ningún país los post-materialistas eran más que los materialistas.
- En la Encuesta Mundial de Valores de 1991, las personas con prioridades posmaterialistas superaban a las que tenían prioridades materialistas en los países con mayor renta per cápita y mayor seguridad material y económica (43 países que superaban el 75% de la población mundial).

En consecuencia Inglehart (1998) sostiene que el desarrollo económico, los cambios culturales y políticos, siguen patrones predecibles. El proceso de cambio se produciría cuando una sociedad agrícola pasa a ser industrial, lo que supone abandonar los valores racionales-seculares para adoptar otros de auto-expresión propios de una economía de servicios. Ese crecimiento económico cambiaría los valores de unos ciudadanos que se hacen más autónomos y buscan mayores libertades democráticas (Inglehart, 2004).

Estos cambios de modelo cultural han generado numerosas críticas y controversias, una de las más recientes enfrenta en Francia las posiciones de Hervé Juvin y de Gilles Lipovetsky (2011). En esta discusión el primero se muestra muy pesimista ante el futuro, pues entiende que la cultura era el medio de distanciarse, de juzgar y de saber decir no. Juvin entiende que en el mundo posmoderno la cultura global sustituye las preguntas por la acción, lo que impide la distancia y el juicio, quedando la sociedad a merced de la tecnología, el dinero, la globalización y la inmigración que amenazan las identidades culturales necesarias para la vertebración social. El segundo, sin negar la tesis anterior, ve en la globalización tecnológica y capitalista la expansión global de los derechos humanos y de la perspectiva ecológica que harán sostenible la economía de mercado globalizada. Para Lipovetsky si hay un rasgo que caracteriza la posmodernidad es el triunfo del individualismo, y la gran aportación de Occidente no habría consistido en la imposición de su modelo cultural a otras civilizaciones, sino en la difusión de valores universales, como la racionalidad científica, el cálculo económico y los derechos individuales.

Ya en nuestro medio, Marina (2000) parte de una fuerte crítica de la posmodernidad para intentar superarla, de ella rechaza su frívolo relativismo y su conservadurismo reaccionario disfrazado de innovación. Para él la dicotomía modernidad-postmodernidad puede resumirse diciendo que en la modernidad las buenas salidas eran iguales para todos, mientras que la posmodernidad es un "sálvese quien pueda", en el que se confunde el conocer con el saber y el amor con el deseo sexual, con el deseo de posesión o de evitar la soledad. Cree que vivimos en una sociedad en la que se ha perdido la memoria debido al almacenaje *on line*, y que oscila entre el fanatismo y un relativismo reaccionario, pues cuando todo es igualmente verdadero, acaba por imponerse a la fuerza el argumento que exija menos esfuerzo personal.

Marina observa que las familias posmodernas están en recombinación casi permanente, lo que exige a los niños que crecen en ellas la necesidad de adaptarse continuamente a un medio muy cambiante que les impone someterse a las modas. De estas familias, que ha denominado *mercuriales*, surgen, sobre todo, individuos sin capacidad de reacción y escasa capacidad de crítica, pero con una inmensa capacidad para adaptarse, que ha llamado individuos *ameboides*. Frente al Yo fuerte de la modernidad, en que el individuo era libre y decidía racionalmente su conducta, ha surgido un sujeto frágil, que se adapta muy bien a todos los avatares pero con una enorme inestabilidad y, puesto que no tiene una estructura personal sino que es un conjunto de relaciones, su suerte está a merced de éstas (Marina 2003).

Sin embargo Marina (2003) no rechaza en su totalidad la posmodernidad, y al intento de precisar en qué debemos ser modernos y en que posmodernos le he llamado Ultramodernidad.

2.3. Lo real y el trauma

De todo lo anteriormente expuesto, puede entenderse que es precisamente la idea de la realidad como algo unívoco e incuestionable, como una percepción compartida, lo que está en cuestión en nuestro tiempo. Vivimos en una época en la que, según Zizek (2000), la experiencia nos muestra hasta qué punto nuestra percepción de la realidad y la actitud hacia esta realidad está determinada por ficciones simbólicas. Este autor nos recuerda que Lacan (1955) llamaba «gran Otro» al orden simbólico virtual, esa red que formamos todos y en la que participamos, que es fruto de una ficción simbólica consensuada y que estructura nuestra realidad, determinando lo que es cierto y lo que es normal, excluyendo otras realidades. Si esto es así, el individuo es entonces una expresión simbólica del «gran Otro», y está dirigido por esa sustancia social. Desde este punto de vista, la sociedad (su campo socio-simbólico, el «gran Otro») está «cuerda» o «normal» incluso cuando hay pruebas de que se equivoca, y la locura aparece cuando se elimina la distancia entre lo simbólico y lo real, quedando excluido el «gran Otro».

Por tanto, continúa Zizek, si la realidad es lo consensuado, lo real no es el objeto mismo que observamos, sino nuestra «mirada», el significado que la sociedad puede aceptar. Y si lo real es la mirada, ¿qué es lo que el «gran Otro» puede aceptar como real? Aquí se nos plantea el problema de las diferencias entre los miembros del grupo social, el de los conflictos no resueltos en ese orden social, que deben ser excluidos de la realidad compartida, de la conciencia de todos, para que el grupo social no se fracture y actúen sus partes en respuesta a la amenaza que supone el conflicto no resuelto según la nueva percepción que de la realidad tienen cada uno de esos «gran Otro». Para resolver este problema las sociedades crean un espacio neutral, que engloba todo y en el que se borra el antagonismo social de forma que todos los miembros de la sociedad se puedan identificar en él. Debe ser algo natural, basado en tradiciones incuestionables, como la sangre y la tierra (familia, nación), es decir, lo opuesto al pertenecer artificial, a las instituciones sociales establecidas (estado, profesión...).

Lo que no queda resuelto con ese espacio neutral es que, aunque se borre el conflicto de la conciencia, no hace desaparecer el conflicto, y la visión de la realidad queda determinada por lo que está ausente, que no puede estar presente, y que por tanto es un filtro de lo que puede y no puede ver nuestra mirada. Dicho de otra forma, es el núcleo traumático el que distorsiona la perspectiva que los miembros del grupo tienen de los objetos y las situaciones. El efecto de este trauma negado podemos verlo en cómo la negación de la muerte en nuestra sociedad actual se traduce en la extensión del culto y el derecho a la salud y a no sufrir dolor, a la eterna juventud o a la belleza perfecta y al éxito, aun a costa de perder grados importantes de intimidad y de libertad, y para vivir muchas veces una vida estéril. En este ejemplo podemos ver claramente cómo lo real es el trauma, que ha quedado ausente, y no sus efectos, y si lo llevamos al campo de la anorexia mental nos ilustra sobre la manera en que lo simbólico ha cobrado carácter de realidad.

3. LA FAMILIA

3.1. Concepto, fines y funciones de la familia

"La familia, constituida por una unión más o menos duradera y socialmente aprobada de un hombre, una mujer y los hijos de ambos, es un fenómeno que podemos encontrar en todas las sociedades humanas, incluso en aquellas cuyas costumbres sexuales y educativas son radicalmente distintas a las nuestras" (Lévi-Strauss, 1974, p.3). Sin embargo, y a pesar de esta rotunda afirmación, no es fácil establecer un concepto de lo que es la familia, pues sus límites con otras instituciones como el matrimonio o la sociedad son difusos y se confunden, además estas instituciones cambian constantemente adaptándose a los cambios en la naturaleza y a los movimientos históricos que afectan a la demografía, a la economía o a la cultura.

Por otra parte, el concepto de familia puede estudiarse desde distintos ámbitos y puntos de vista, el jurídico, el educativo, el sociológico o el biológico, el antropológico o el religioso, etc., que son diferentes formas de ver a la familia y que nos dan distintas ideas, aunque complementarias, sobre cómo son las relaciones de los miembros de la familia entre sí, y cuál es el lugar que cada uno de ellos ocupa en esa interacción y con las otras familias, desde esa visión particular.

En la sociedad occidental la descripción que más tiempo ha perdurado es aquella que se refiere al conjunto de personas que viven en una misma casa, bajo la autoridad de un padre (Flandrin, 1979). Esta definición va más allá del parentesco pues puede incluir a los domésticos además del padre, la madre, los hijos y otros familiares. También indica la existencia de una jerarquía y por consiguiente una correspondencia entre sus miembros. Sin embargo, en las últimas décadas la familia se ha ido reduciendo en nuestro medio y está compuesta casi exclusivamente por el padre, la madre y los hijos (familia conyugal), a los que en alguna ocasión acompaña algún familiar (predominantemente abuelos) y como único vestigio de tiempos pasados, alguna doméstica que trabaja asalariada unas pocas horas y que rara vez permanece en la familia el tiempo suficiente para establecer una relación de afecto y mucho menos de

identidad con la familia. Sin embargo, como luego veremos, la fragmentación y la diversidad de modelos familiares es cada vez mayor.

Lévi-Strauss (1974 p 7) trató de precisar más en que pensamos cuando usamos la palabra familia, y afirmó que, para que un grupo humano pueda ser considerado una familia "debe tener tres características:

- 1) Tener su origen en el matrimonio.
- 2) Estar formado por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio, aunque otros parientes pueden encontrar su lugar cerca del grupo nuclear.
- 3) Que los miembros de la familia estén unidos por *a)* lazos legales, *b)* derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo y *e)* una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversa de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, etc."

Sin embargo, tras tan solo 40 años, esta definición debería ser revisada, pues aunque no podemos decir que hayan desaparecido los vínculos que se crean entre las familias de origen cuando dos personas se unen, el matrimonio, ha dejado de ser una condición necesaria, como podemos observar en el creciente número de familias que se han ido estableciendo en nuestra sociedad al margen de ese contrato. De hecho, el propio autor Lévi-Strauss (1974) señalaba entonces que cuando a la familia el grupo social le concede un reducido valor funcional tienden a desaparecer incluso por debajo del nivel del tipo conyugal, y por el contrario, sí recibe gran valor funcional existe muy por encima del nivel conyugal.

Para aclarar algo más esta confusión podemos ver cuáles son las dimensiones descriptivas que se han utilizado en los últimos años en las distintas investigaciones para tratar de definir a la familia, y que han sido resumidas por Simón (1988):

- número de miembros (familia nuclear vs. familia extensa)
- coresidencia (personas que viven juntas y tienen contacto frecuente)

- biológica (personas que tienen hijos o hermanos vs. personas que sostienen relaciones mediadas por lazos de parentesco)
- vínculos legales (casamiento, adopción ...)
- afecto (personas que sostienen lazos afectivos)
- emociones positivas (personas que proporcionan emociones positivas: alegría, felicidad ...)
- emociones negativas (personas que proporcionan emociones negativas – rivalidad, conflicto, peleas, ...)
- lo que se comparte (personas que comparten experiencias, ideas, emociones y cosas)
- confianza (personas con quien relacionarse de forma íntima y segura)
- apoyo/comprensión (personas que se comprenden y apoyan de forma íntima y segura)
- educación (personas que orientan y guían en la socialización)
- sociológica (unidad básica del sistema social)

Las cuatro primeras dimensiones delimitan quiénes componen la familia y cuáles son sus derechos, "quiénes somos", las seis siguientes hablan de lo que se intercambia en la familia, "lo que ocurre por dentro de la familia", y las dos últimas su función social. Todas estas dimensiones están presentes en los distintos grupos familiares y las personas deben internalizarlas para lograr el objetivo de individualizarse. Además determinan la representación que de la familia se hace cada miembro, representación que no es estática y va cambiando a medida que avanza su proceso evolutivo.

Si tenemos en cuenta el listado anterior en conjunto, podemos concluir que la familia es un contexto de desarrollo y socialización personal, donde se establece un compromiso de relaciones íntimas y privilegiadas con al menos una persona. Por tanto es uno de los núcleos determinantes en el desarrollo cognitivo, personal, emocional y socio-afectivo del niño (Samper 2006), al proporcionarle todas las señales iniciales, como, por ejemplo, si es amado o no, aceptado o rechazado, si tiene éxito o fracaso. Es también una organización jerárquica que busca asegurar la supervivencia de los hijos y su

integración socio-cultural transmitiéndoles desde el comienzo los símbolos y el lenguaje (Palacios y Rodrigo 2004). En esta estructura los padres se convierten en potentes modelos para la transmisión de normas, dando refuerzos y castigos, y mostrando al niño cómo actuar o tomar sus propias decisiones (Samper 2006).

Todo esto podíamos resumirlo en la siguiente definición de familia realizada por Palacios y Rodrigo (2004 p. 33): «Un proyecto vital de existencia en común que quiere ser duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de dependencia del grupo, en el que existe entre sus miembros un compromiso personal, y en el que se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia».

Atendiendo a las distintas funciones que ha asumido la familia en los distintos períodos históricos, y que ha ido perdiendo o de las que se ha ido desprendiendo (la instrucción se ha entregado a la escuela; la producción la industria; el cuidado de los mayores se delega en instituciones; el tiempo libre ...), Barbagelata y Rodríguez (1995) consideran que la función con mayúsculas de la familia, que ningún otro sistema social puede hacer suya, es dotar de identidad a sus miembros. Identidad entendida como ese ser alguien que permanece constante a pesar de los cambios físicos, emocionales, de forma de pensar o relacionales, esto es, aquello que hace que podamos percibirnos y que se nos perciba con continuidad y coherencia (Simon, 1988).

La individuación de las personas requiere por un lado cierta autonomía y estabilidad interna, y por otro el establecimiento de una relación con un contexto; este contexto en primera instancia y en virtud de la socialización temprana, es la familia. Ahora bien, los procesos internos, el cómo somos, qué pensamos acerca de nosotros mismos, cómo nos situamos frente a las cosas, está influido (e influye) directamente por el contexto social; y en este sentido, estos autores se apoyan en la idea compartida por Lewin (1935), Foulkes (1964) o Bateson (1976), de que la mente no es específicamente intracerebral, sino que, al menos en parte, está en la familia.

Aquí se reúnen dos posturas que se sitúan aparentemente en dos polos opuestos, la que pone acento en lo social y la que lo pone en el individuo, pues solo gracias al anclaje que supone la familia permite la existencia de la cultura constituyente imprescindible para que emerjan sociedad e individuo.

3.2. Modelos teóricos

Se han hecho distintos acercamientos a la comprensión de la familia desde distintos modelos teóricos que tratan de dar cuenta de cómo son las familias, cómo se estructuran, cuál es su dinámica y sus relaciones, etcétera, con fines descriptivos o para la intervención, y cada uno aporta una parte de esa realidad que es la familia. Resumiré los más conocidos y que han dado lugar a un mayor volumen de investigación y publicaciones.

3.2.1. Modelo psicoanalítico de la familia

El psicoanálisis entiende la familia desde el punto de vista relacional, concibiéndola como el lugar en el que se transmiten la palabra, donde se transmite la cultura y donde emerge el otro. La familia es entonces un conjunto de relaciones, influidas y en parte determinadas por la biología, pero siempre sublimada por el vínculo social. Este vínculo emerge del intercambio afectivo, es inconsciente, y retiene, construye, personaliza a los que participan en él. Sin embargo, y aunque esa vinculación ejerce una fuerza atractiva en dirección a la familia, cada individuo debe asumir voluntariamente la atribución simbólica y la función de padre, madre, hijo, para que la red de lazos familiares se sostenga y se transmita (Lijtinstens, 2006).

Es precisamente la relación entre el padre y la madre lo que da forma a la familia, pero cada miembro de la familia interpreta esa relación concreta de los padres desde sus propios conflictos, dando un significado particular al parentesco biológico. De esta manera la familia tiene tantas versiones, tantas historias familiares, como miembros la forman ("novela familiar del neurótico" de Freud, 1909).

Para el psicoanálisis el sujeto construye esa ficción para figurarse la prohibición del goce incestuoso endogámico, necesaria para que la familia transmita sus ideales, las identificaciones sexuales y los significados que permiten que el individuo se construya a través de la renuncia en la resolución del *Complejo de Edipo*, que contiene un deseo, una prohibición, y como consecuencia de esta, una satisfacción sustitutiva. Quedan aquí

entrelazados inconsciente y parentesco, ya que para Freud (1913) la familia nace en el espacio que hay entre la prohibición y la satisfacción, y la cultura se organiza sobre como es el amor prohibido de esos lazos familiares (Lijtinstens, 2006).

Lacan (1978), ya en otro tiempo y ante una nueva familia, certificó que con el amor romántico murió la familia y triunfó el matrimonio al fusionarse ambas instituciones, resultando una institución más pequeña, aunque más compleja. Entiende que el padre ya no lo es de la familia, ni de la parentela ni de la procreación, sino del matrimonio, y lo que une a la familia es ese secreto del que todos participan, me refiero a cómo se satisfacen el padre y la madre. Desde ese punto de vista, la familia para cada individuo es esa ficción sobre cómo encontró el gozo, sobre cómo lo perdió y lo sustituyó, y también sobre cómo lo pidió, y con qué lenguaje. En consecuencia surge una lengua familiar única para cada familia, que solo tiene una única traducción. (Lijtinstens, 2006).

Posteriormente han surgido otros modelos teóricos que ayudan a entender a la familia, de entre ellos, los que han tenido más repercusión, pueden ser agrupados en función de si piensan a las familias como una interacción, como una construcción social o como un sistema (Iturrieta, 2001).

3.2.2. La familia desde los modelos interactivos

Entre las teorías que entienden la familia como una interacción, los partidarios del **interaccionismo simbólico**, de las **teorías del intercambio social** y las **teorías del conflicto**, se sirven de la analogía de la familia como grupo social, y explican la dinámica relacional entre sus miembros, los procesos de percepción mutua y de atribución de significados, y el análisis de las relaciones familiares, en términos de coste y beneficios en los casos de transacciones o crisis.

El **interaccionismo simbólico** es una teoría psicosocial que entiende que la conducta es el resultado de la interacción social, del intercambio de significados en lo cotidiano. Estos significados se construyen y transmiten por medio del lenguaje que es un sistema

de símbolos, y por tanto de construcción de las realidades sociales a través del intercambio de experiencias (Blumer, 1982). Desde este punto de vista los objetos se construyen en el proceso de comunicación, a través de símbolos que son modificados y alterados por los sujetos cuando les asignan valores y los interpretan. Las realidades sociales, como la familia, se construyen y reconstruyen permanentemente por los diversos actores de esa estructura social. Es un proceso en el que está implicado lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, que confluyen en lo simbólico, determinando acciones futuras.

Para la **teoría del intercambio social** de Thibaut y Kelley (1959) y Homans (1974) los individuos que mantienen una relación social se aportan beneficios mutuos. En la relación familiar los cónyuges intentan obtener el mayor número de recompensas, disminuyendo al mínimo los costes, para así disfrutar unas relaciones satisfactorias. En este sentido, Gouldner (1960) afirma que cuando un cónyuge beneficia al otro, el receptor debe facilitar otro beneficio de “valor” equivalente (regla de la reciprocidad) facilitando la simetría en las relaciones. Si uno de los cónyuges no responde recíprocamente, la relación solo persistirá si la sociedad contempla esa falta de reciprocidad como legítima, o si la persona en situación de inferioridad acepta su dependencia.

Lewis y Duncan (1991) creen que los factores que favorecen la calidad de las relaciones conyugales son la interacción frecuente, la comunicación efectiva y la solución de problemas, los roles complementarios, la percepción de rasgos comunes y recompensas, el afecto, el amor y el respeto compartidos

3.2.3. La familia desde el estructuralismo

Desde el punto de vista de la construcción social, el **estructural-funcionalismo** (Parsons, 1955), entiende la familia como un subsistema social que se articula con la personalidad por medio de la socialización, a partir de una estructura sencilla que poco a poco se vuelve más compleja. Las funciones básicas de la familia serían, primero, la socialización de los hijos por los padres, proceso en el que se interioriza la cultura y que

permite al individuo convertirse en miembro de la sociedad, y en segundo lugar la estabilización de las personalidades en los adultos. Los roles sexuales son el mecanismo a través del cual las personas se integran en el sistema social, pues son modelos predefinidos que tras interiorizarse y hacerse parte de la personalidad del individuo le permiten reaccionar ejerciendo funciones institucionalizadas y esperadas por su entorno social. Parsons ve la familia atravesada por dos ejes de diferenciación: uno de poder que define los roles en las diferentes generaciones (padre e hijos) y otro instrumental-expresivo que establece la diferencia entre sexos.

3.2.4. Teoría de campo y familia

Para terminar este apartado, analizaremos la Teoría de Campo y la Teoría general de sistemas por su interés en la comprensión de la familia

La **teoría de campo** de Kurt Lewin (1951) plantea la necesidad de superar el estudio del individuo aislado al margen del entorno. Para él la persona y su entorno han de entenderse como una constelación de variables interdependientes, cuya totalidad constituye un campo. La descripción del campo ha de realizarla el propio individuo que participa en él, ya que cada persona percibe el campo de manera diferente, teniendo en cuenta los factores físicos o materiales, los factores sociales y los factores psicológicos.

Los campos psicológicos tienen tres características: la fuerza (tendencia a actuar en una dirección), la posición (el estatus de una persona respecto al de las otras), y la potencia (el peso relativo de un área del campo respecto a otras). Los campos vitales evolucionan con el desarrollo de las personas, ganando en diferenciación, organización y fluidez. Desde este punto de vista, las familias, en tanto que grupos, son entidades en sí mismas, con características particulares y únicas que las hacen diferentes de los individuos de las que están compuestas, de forma que los actos de cada individuo en particular deben explicarse a partir de la naturaleza de las fuerzas sociales, esto es, del campo al que el individuo está expuesto. Lewin (1935) entendía que el individuo tiene también capacidad de influir en el grupo, pero que todos los miembros de ese grupo forman una Gestalt o un todo.

3.2.5. La familia desde el modelo sistémico

El Modelo Sistémico Familiar se construye fundamentalmente a partir de dos fuentes distintas, por un lado, la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy (1971) y la Cibernética de Wiener, que tratan de buscar funciones y reglas estructurales válidas para todos los sistemas, y por otro, la clínica, desde la que se desarrollan dos perspectivas diferentes que finalmente convergen, en primer lugar el Punto de vista Comunicacional nacido en Palo Alto, donde Bateson y cols. (1956) elaboran la teoría del Doble Vínculo para explicar el origen de la esquizofrenia como consecuencia de que las personas estén sometidas a mensajes contradictorios (paradójicos) a niveles lógicos distintos en una relación dependiente que produciría la confusión sobre la que se monta la experiencia psicótica; y por otro lado el Punto de vista estructural que desarrolla Minuchin con familias en los ghettos de Nueva York y Filadelfia, y encuentra la causa de los trastornos en las características de la organización y de la estructura familiar, que podríamos resumir en la tendencia al caos jerárquico, la disolución de las fronteras con el entorno o la confusión entre los subsistemas. Por fin, ambas corrientes convergieron dando lugar a la terapia familiar sistémica, que tuvo un gran desarrollo durante los años setenta y ochenta en la escuela de Milán, trabajando con patologías psicóticas y alimentarias, en torno a la figura de Selvini.

Un sistema es un conjunto de objetos que se mantienen unidos a través de las relaciones que establecen entre sí, surgiendo de estas una unidad diferente a la suma de sus partes (Cusinato, 1992; Musitu, Buelga y Lila, 1994). Engloba distintos niveles que están ordenados jerárquicamente, de forma que los sistemas socioculturales contienen a los biológicos y a los mecánicos, pero no a la inversa. En cuanto a su relación con el exterior, los sistemas pueden clasificarse en abiertos y cerrados.

La teoría General de los Sistemas parte de la idea de que todo organismo es un sistema, en el que sus elementos están ordenados dinámicamente, estableciendo interacciones recíprocas que pueden obedecer a un orden o a un proceso determinado, pero que incluso, aún en el caso de que esa relación fuera azarosa, inevitablemente se producirá la organización por conglomeración. La actividad interactiva de los sistemas vivos provoca situaciones de inestabilidad, que les hace buscar una nueva dinámica que a su vez traerá nueva inestabilidad y así sucesivamente (Minuchin y Fishman, 1999). Como

vemos esta concepción de los sistemas se diferencian de otros modelos al entender la realidad por su circularidad, oponiéndose a la epistemología basada en la linealidad del pensamiento (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Desde la perspectiva sistémica, la familia es un grupo social natural (Bertalanffy, 1971; Minuchin, 1999) que funciona como un sistema constituido por una serie de objetos (los individuos) que tienen unos atributos (sus conductas comunicacionales). Estos objetos están organizados de forma interdependiente en subsistemas (paterno, conyugal y fraternal) que mantienen dinámicas en constante interacción e intercambio entre sí y con el exterior. Es un sistema abierto que interacciona con otros sistemas, activo, autogobernado y en constante transformación (Minuchin y Fishman, 1999; Andolfi, 1997; Andolfi, 1984). En resumen, Los conceptos básicos de la teoría general de los sistemas de Bertalanffy que se aplican al sistema familiar son (Ochoa de Alda, 1995):

1. **Totalidad:** el comportamiento del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativo que incluye las relaciones existentes entre ellos.
2. **Causalidad circular:** la circularidad expresa que el efecto impregna la causa primera, confirmándola o efectuando una modificación, y a través de esta recurrencia, la causa inicial se ve afectada (Ceberio y Watzlawick, 1998). Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten en forma pautada.
3. **Equifinalidad:** un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
4. **Equicausalidad:** la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
5. **Limitación:** ocurre cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. La conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

6. **Regla de relación:** en todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, porque determina cómo los miembros de la familia se relacionan entre sí.
7. **Orden jerárquico:** en toda organización hay una jerarquía. La organización jerárquica incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado.
8. **Teleología:** el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial, de sus miembros.
9. **Ciclo vital:** el curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante universal a pesar de las diferencias culturales. En ella se observan períodos de equilibrio, adaptación; desequilibrio y cambio.

Este sistema es capaz de determinar las respuestas de sus miembros a través de los estímulos originados en el interior y desde el exterior, que busca un equilibrio entre las expectativas y deseos de sus miembros (individuales o de todo el grupo), y las expresadas por la sociedad (Bertalanffy, 1971; Minuchin, 1999). De esta manera, el individuo a través de su acción tiene el poder de alterar el contexto, al tiempo que la experiencia interior del propio individuo cambia cuando lo hace el contexto en el que vive, de forma que el individuo participa en reciprocidad con el ambiente y ambos se influyen entre sí (modelo de circularidad causa-efecto).

Esto indica que la familia tiene una importancia determinante en la formación de la personalidad y el comportamiento de los individuos que la componen. Desde el modelo sistémico la personalidad es considerada también un sistema activo que se caracteriza por la creatividad, la imprevisibilidad y la capacidad de elegir (Bertalanffy, 1971)

3.2.6. La estructura familiar

La familia es posible gracias a que tiene una mínima organización que le permite cumplir su función protectora y socializadora (Barbagelata, 1995). Esta estructura es el

marco o las reglas de juego que ordenan y organizan las diferentes unidades que componen el sistema familiar, indicando las pautas de interacción entre sus miembros y con los otros sistemas (Minuchin y Fishman, 1999).

La estructura responde a una serie invisible de demandas funcionales (tareas evolutivas, necesidades individuales, experiencias de supervivencia como grupo, etcétera.) (Minuchin, 1978) por medio de un conjunto de fenómenos repetitivos, conductas y vínculos predecibles (Barbagelata, 1995), que imponen restricciones funcionales por medio de pautas transaccionales que definen el repertorio conductual y facilitan u obstruyen la interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1999).

Algunas de estas reglas que gobiernan el funcionamiento familiar son universales y pueden ser extrapolables a otras familias, mientras que otras se elaboran a lo largo del tiempo y son características de una familia en particular (Minuchin y Fishman, 1999).

Las familias reciben de las generaciones anteriores pautas de adaptación, mitos, creencias y expectativas que influyen en el modo en que perciben las cosas, y que explican en gran medida el comportamiento familiar (Rolland, 2000). Las creencias familiares son un conjunto de creencias religiosas o actitudes morales, lo que consideramos real o a quien damos credibilidad, en resumen, son un conjunto de interpretaciones y premisas sobre aquello que se considera cierto, pero que además contienen un importante componente emocional (Dallos, 1996).

La estructura real y la estructura creída se apoyan y se justifican entre sí, de forma que todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo, y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en la estructura (Minuchin, 1984).

Estas creencias o **Esquemas cognitivos** se van actualizando de forma creativa por los propios miembros de la familia a partir de los hechos y las interacciones construyendo significados nuevos que dan sentido al mundo que les rodea y a lo que les sucede, para organizar las tareas evolutivas. Son peculiares de cada familia y determinan su manera de entender la realidad, existiendo tantos como familias haya (Dallos, 1996). Estos nuevos significados van conformando una filosofía que da coherencia a la vida familiar,

pues establecen un sentido de continuidad entre pasado, presente y futuro, orientando las decisiones y la acción (Rolland, 2000).

Caillé (1990) entiende que la realidad familiar se sustenta sobre dos aspectos: el mítico y el fenomenológico.

El modelo mítico es el significado que todos, directa o indirectamente, atribuyen a lo que ocurre y está determinado por la creencia sobre cómo debe ser la naturaleza de una relación determinada. Hace que la familia sea única, singular, inconfundible; es compartido por todos sus miembros como una realidad, y aunque algunos lo cuestionen, acuerdo y oposición ratifican el modelo como expresión de la realidad familiar (Caillé, 1990).

El nivel fenomenológico se refiere a la interacción que tiene lugar en el sistema, a lo que los miembros se hacen entre sí.

Caillé entiende que el sistema de creencias familiares puede cambiar modificando simultáneamente las pautas transaccionales (lo fenomenológico) y el modelo mítico en que se sustenta. El aquí y ahora de toda interacción se encuentra la intersección de la historia pasada y la organización presente.

La realidad familiar es la resultante de la estructura familiar y de la historia compartida transgeneracionalmente
Esquemas cognitivos: son pautas de adaptación, mitos, creencias y expectativas transmitidas de una generación a otra, que legitiman o validan la organización familiar.
La estructura real y la estructura creída se apoyan y se justifican entre sí, organizando las tareas evolutivas, actualizándose ante los nuevos retos.
El mito familiar da un significado a lo que ocurre, que es compartido por todos los miembros de la familia, y determina la interacción entre ellos.
El aquí y ahora de toda interacción se encuentra en la intersección de la historia pasada y la organización presente.

Tabla 4 Realidad Familiar.

3.2.7. Elementos de la Estructura Familiar

- **Subsistemas:** El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones, a través de sus individuos como subsistemas. Cada subsistema (individuo, familia nuclear,

díada madre-hijo, etc.) es un todo y una parte al mismo tiempo. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferentes para competir con los demás, siendo un todo y una parte al mismo tiempo (Minuchin, 1999; Minuchin y Fishman, 1999). Los subsistemas suelen estar ordenados en posiciones jerárquicas, o en virtud de una realidad funcional. (Minuchin, 1984)

- **Fronteras o Límites:** Los **límites** son las reglas de participación, funcionan como líneas de demarcación y lugares de intercambio de comunicación entre dos sistemas o subsistemas (Ochoa de Alda, 1995), de esta forma es visible la distancia y los puntos de contacto entre ellos. En el vínculo entre dos personas hay un flujo de información de uno a otro, responsabilidades que deben ser asumidas por cada uno, e información que no se transmite por carecer de interés para el otro o por no desearlo. La función de los límites es definir quiénes participan en una actividad o de una información y de qué manera. Las Fronteras o límites son imprescindibles para que los miembros de la familia se desarrollen, se diferencien y la adquieran una identidad (Minuchin, 1978).
- **Jerarquía:** son las reglas de poder y determina quien tiene lo ostenta, cuales son las responsabilidades y cuáles son las diferencias de conocimiento o de habilidades entre los miembros de la familia.
- **Alianzas:** son la unión de dos o más personas en pro de realizar una actividad o compartir un interés común. De forma automática, cuando dos o más personas se unen, se separan de los otros, y esta separación protege el desarrollo de las funciones de los subsistemas de fraternidad o parentales, favoreciendo la autonomía y evitando las coaliciones transgeneracionales.
- **Coaliciones:** se constituye por dos individuos, generalmente de diferente generación, unidos contra un tercero (la abuela y su hijo contra la esposa de éste; el hijo y su madre contra el padre, etc.). Las coaliciones intergeneracionales siempre son patógenas al producir una alteración de la jerarquía familiar, que da lugar a

estructuras anómalas que congelan todo el sistema familiar; suponen la renuncia a la propia autonomía (identidad, individuación) para seguir ocupando el lugar del progenitor. (Triángulos perversos de Haley).

Los límites, y las jerarquías, son los ejes sobre los que se ha construido el modelo estructural, que pone el acento en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites (Ochoa de Alda, 1995).

Se ha señalado anteriormente, la familia es un sistema que opera a través de transacciones repetidas que establecen pautas acerca de cómo, cuándo y con quién relacionarse. Estas pautas estabilizan el sistema regulando la conducta de los miembros de la familia, por dos sistemas de coacción, uno genérico de reglas universales que gobiernan la organización familiar y otro idiosincrásico que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. Para mantenerse a sí mismo, el sistema requiere de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia que se relacionan a menudo con los acontecimientos diarios (López, 2006).

Además, la familia es el sistema relacional primario en el proceso de individuación, crecimiento y cambio del individuo (López, 2006), cuando los límites y las jerarquías que se establecen en esas negociaciones o al margen de ellas son disfuncionales, ya sea porque hay una confusión de roles y fronteras, o porque las jerarquías estén invertidas, o por que aparecen alianzas inter-generacionales o coaliciones entre miembros o entre sub-sistemas, o porque haya una ineficacia al ejercer las funciones ejecutivas, las interacciones familiares se harán disfuncionales (Ochoa de Alda, 1995), atrapando al individuo, impidiendo su crecimiento, y provocando su sufrimiento. Esto es, desde el punto de vista estructural, el síntoma es la consecuencia y una expresión de la disfuncionalidad de todo el sistema, ya sea en sus relaciones internas o con el ambiente exterior (López, 2006).

Cuando esta organización disfuncional cristaliza, puede suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación, de forma que lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, aunque la conducta actual puede tomar variedad de formas (McGoldrick, 2000).

4. EVOLUCIÓN DE LA INSTITUCIÓN FAMILIAR. DE LA FAMILIA PATRIARCAL A LA HORIZONTAL

Las familias están cambiando, no porque antes no existieran otros tipos de familias diferentes a la nuclear tradicional, sino porque, en primer lugar, la creciente aparición de nuevas situaciones y elecciones familiares, hace que observemos en las últimas décadas una gran diversidad de organizaciones familiares: familias divididas en virtud de separaciones y divorcios, de hogares reconstituidos en los que conviven los hijos de los unos, de los otros y de ambos, las parejas que eligen no tener hijos, las familias de homosexuales o familias monoparentales por elección; y en segundo, porque subyace un cambio de filosofía que modifica la distribución de los roles, las funciones, la comunicación o las jerarquías, esto es su estructura. Es este un fenómeno propio de la Post-modernidad que se encuentra estrechamente vinculado, entre otras cosas, con la economía dominante.

Cada período histórico ha tenido una forma de organizar la producción, la distribución y el consumo de los bienes, que influyó la estructuración de los grupos sociales. La economía (como resultado, que es, de la convergencia, por un lado, de las condiciones en las que se desenvuelven las personas, y por otro, de la representación que estas se hacen de sí mismas y de su futuro) determina muchos aspectos de la vida de los hombres, y entre ellos la manera que tienen de interactuar, estableciendo pautas más o menos institucionalizadas sobre la unión intersexual, la procreación y el parentesco. Para realizar este recorrido seguiremos la revisión realizada por Ana Ravioli (2005) y Stephanie Coontz (2006) principalmente.

4.1. La familia patriarcal

Sin negar la importancia que otras culturas puedan haber tenido en la antigüedad, para Occidente fueron fundamentales las tradiciones griega, romana y judeo-cristiana en las que predominaron los valores utilidad y santidad. Estas tradiciones se caracterizaron por la actividad agrícola-ganadera, que exige el asentamiento permanente de los sujetos en un territorio, que se organizan en lo que hoy conocemos como familia patriarcal para

asegurar estos asentamientos, la producción agrícola-ganadera y las necesidades de pertenencia de sus miembros.

Para que la tierra pudiera ser trabajada entonces, la actividad agrícola requería de grupos humanos extensos que se organizaban entorno a un jefe y dueño que fuera capaz de mantener la integridad de la hacienda sin sufrir divisiones que alteraran la producción, este patriarca era elegido según ciertas reglas hereditarias fijas. La familia así entendida es un grupo numeroso que no se organiza solo en torno a los vínculos de sangre, en la familia patriarcal las personas podían llamarse parientes cuando tenían los mismos dioses, el mismo hogar y la misma comida fúnebre, y en ella los esclavos y los clientes se consideraban también miembros de la familia. El elemento determinante era la religión doméstica y el patriarca era el jefe religioso, el dueño y el juez de la familia. Era una pequeña sociedad organizada que tenía su jefe y su gobierno.

En este contexto, la familia y el matrimonio servía a las necesidades del grupo más amplio, pues convertía a los extraños en parientes y las relaciones de cooperación se extendían más allá de la familia inmediata, creando redes extensas de parientes políticos y se ocupaba de funciones tan importantes como obtener el sustento, siendo el lugar del trabajo, de la educación y la principal fuente de seguridad social, cuidados médicos y seguro contra el desempleo (Coontz, 2006). Por tanto, el matrimonio, no era cosa de dos, sino que habitualmente los parientes, los vecinos y otras personas ajenas a la familia, como jueces, sacerdotes y funcionarios del gobierno, participaban en las negociaciones, pues lo que se jugaba en este compromiso era muy serio y no era cuestión de dejarlo en manos del amor.

Más adelante, la gran inseguridad que supuso la edad media para la población, hizo que buscaran protección, en la Iglesia y en el Feudalismo. Los individuos buscaron refugio en los poderosos, de forma que los pobres y débiles entregaron sus propiedades a cambio de seguridad. La familia medieval siguió teniendo una estructura patriarcal dedicada a la actividad agrícola, formada por muchos miembros que compartían múltiples lazos, y en la que el hombre seguía siendo el jefe y su mujer y sus hijos sus subordinados. La estructura no difería de la greco-romana (Ariès, 1991), y el fundamento de la sociedad familiar siguió siendo el derecho de primogenitura, que al

transmitir los bienes familiares al hijo mayor evitaba la partición del patrimonio (Mizrahi, 2001).

El final de la Edad Media traería cambios importantes para todos los aspectos de la vida en Occidente. Durante los siglos XI, XII, y XIII comenzó a gestarse el capitalismo, y con él llegó un orden totalmente nuevo (Coontz, 2006).

4.2. La familia nuclear

El Renacimiento trae la consolidación de las monarquías en los nuevos estados modernos, y con la mayor seguridad, el florecimiento del comercio, del arte y de la ciencia, también el descubrimiento del Nuevo Mundo y la Reforma (Ciuro, 1991). Pero sobre todo el humanismo renacentista destierra el teocentrismo y trae un importante cambio de valores, que incluyen la utilidad, la verdad y la justicia.

Este cambio de mentalidad se consolidó en la Ilustración, pues el auge de las monarquías absolutas y la mayor seguridad de los intercambios, permitió el desarrollo del capitalismo mercantil en los principales estados de Europa, surgiendo tres formas de entender la economía (Ciuro, 1991):

1. el mercantilismo: la riqueza se relacionaba con la posesión de metales preciosos;
2. la fisiocracia: doctrina económica que sostenía que el origen de la riqueza está en la naturaleza y afirmaba el predominio de la agricultura sobre la industria;
3. el liberalismo: propugnó la libertad económica regida por las reglas del mercado, teoría que terminará triunfando, junto con la clase social que la asume como forma de vida: la burguesía.

Sin embargo, y a pesar de esta gran transformación, la mayor parte de la sociedad, seguía organizándose en base a la agricultura (Hobsbawn, 1991), y las familias siguieron siendo predominantemente patriarcales, sólo en las escasas zonas urbanas las familias aristócratas y burguesas adoptaron la forma nuclear, mucho más flexible, y capaz de adaptarse a la empresa. Sin embargo los ideales de la Ilustración y la

Revolución Francesa, que representan una emergente cultura individualista que confía en la razón humana y en la posibilidad de que el individuo controle su propio destino fueron extendiéndose, haciéndose imparables con llegada de la Revolución Industrial, que cambió por completo la organización del trabajo. La producción masiva de objetos y productos en el mercado creó nuevas necesidades en las familias que requerían de ingresos adicionales, y la solución fue el trabajo asalariado de los hijos que emigraban a las zonas urbanas absorbidos por la propia industria, y que enviaban parte de su salario a sus familias de origen. Este sistema solo sirvió para mantener por un tiempo el antiguo modo de vida, ese vínculo de responsabilidad se fue debilitando, y los hijos, que salieron de casa con la intención de regresar, descubrieron una libertad que nunca soñaron, dejaron de mandar dinero y no regresaron, acabando así con el modelo patriarcal (Jelin, 1994).

La nueva familia nuclear, que se va desarrollando desde finales del siglo XVIII y hasta las décadas de 1950 y 1960, se tuvo que adaptar a las necesidades de la sociedad industrial reduciéndose, ya solo la formaran padres e hijos. Su fuente de ingresos no estará ya en el hogar, sino en las industrias, y por la aceptación del ideal burgués, el marido desempeñará tareas remuneradas fuera de su casa, siendo el único o principal sostén familiar, mientras que la mujer se retiraba de lo profesional para dedicarse a la organización del consumo, las labores domésticas y la atención y la educación de sus hijos. En esta división funcional de la pareja matrimonial el hombre siguió deteniendo el poder dentro de la familia, siguió siendo el jefe y su mujer y sus hijos sus subordinados.

Ravioli (2005) piensa que las tensiones entre socialismo y liberalismo manifiestan en lo familiar las tensiones entre la familia patriarcal (socialista) y la familia nuclear (liberal), que desembocará en la diversidad familiar de nuestro tiempo, y que encuentra su máxima expresión en la familia monoparental individualista. La posmodernidad terminará por demostrarnos que es el liberalismo (y su consiguiente individualismo) el que ha triunfado.

Pero la familia nuclear, desde su nacimiento tenía un trasfondo filosófico que trasciende lo puramente económico, aunque necesita de unas condiciones que lo permitan. La gran revolución que introduce se encuentra en los ideales de la libertad individual y la radical

idea de que el amor debería ser la razón central del matrimonio y el compañerismo su objetivo básico, de forma que los jóvenes deberían tener la libertad de elegir a su compañero o su compañera sobre la base del amor. Coontz (2006) nos recuerda que hasta finales del siglo XVIII la mayor parte de las sociedades del mundo no podían dejar una institución económica y política tan trascendente en manos de la libre elección de dos individuos que basaran su decisión en algo tan irracional y transitorio como el amor. Esta forma de organizar las uniones contenía en sí misma el germen de la inestabilidad que pudo observarse en distintos períodos desde entonces a nuestros días, pues el vínculo que mantenía unidas a sus partes es optativo y frágil.

Las décadas de 1790-1880, la de 1890-1910 y la de 1920-1930 supusieron serias crisis importantes para la familia, pero el matrimonio sobrevivió porque pocos podían permitirse actuar siguiendo sus aspiraciones de amor y satisfacción personal. Por fin, en 1950 el matrimonio nuclear parecía haber triunfado, por primera vez una mayoría de matrimonios Europeos y de Norteamérica estuvieron formados por un ama de casa a tiempo completo mantenida por un marido que ganaba el dinero, y a diferencia de en las décadas anteriores, la mayor parte de población aspiraba a casarse cuanto más jóvenes mejor, y los índices de natalidad se dispararon (Coontz, 2006).

4.3. La familia horizontal

La sociedad pre-industrial dependía de las fuentes naturales y de la extracción de los recursos, mientras que la sociedad industrial basó su economía en la producción y el desarrollo de maquinaria, para la fabricación de bienes, sin embargo, la sociedad post industrial o post-moderna que surge en la década de los años 60 del siglo pasado, es una sociedad fundamentalmente de servicios, tecnológica y globalizada.

Esta globalización ha supuesto un desmantelamiento de las barreras que se ponían en épocas anteriores al intercambio entre los distintos países de bienes, servicios, capitales, conocimientos y personas, a través de las fronteras (Stiglitz, 1994). Lo que ha traído una mayor integración, pero en lo material un fuerte predominio del valor utilidad sobre otros valores (Ciuro, 1991), que excluye a quien no es útil.

El modelo jerárquico y vertical de familia se ha transformado en uno horizontal e igualitario en el que el padre ya no tiene todo el poder, ni la madre es solo ama de casa, o los hijos se subordinan, sino que todos tienen una mayor participación en la toma de decisiones familiares (Mizrahi, 2001). La desaparición de la división sexual del trabajo y la educación, al integrarse la mujer masivamente en el mercado laboral, profesional e intelectual se sigue de un importante cambio ideológico.

Cada vez se parece más lo que hacen el hombre y la mujer, y esto ocurre, primero porque con el nuevo estilo de vida consumista un salario no es suficiente, y las parejas pueden decidir si tienen hijos o no desde que apareció la píldora anticonceptiva. Los hijos que antes estaban subordinados a sus padre, a los que debían respeto y obediencia, y que estaban obligados a contribuir al mantenimiento de la casa, ahora tienen una gran autonomía, en parte por el cambio ideológico, pero también porque muchos aun viviendo en la casa de los padres trabajan como asalariados fuera del hogar (Jelin, 1994).

Equiparados el padre con la madre por un lado, y los hijos con aquellos por otro, las relaciones interpersonales se basan de forma casi exclusiva en el afecto. Antes, las divisiones funcionales hacían a los sujetos mucho más dependientes entre sí, la mujer necesitaba el ingreso aportado por el hombre; el hombre que la mujer llevara a cabo las tareas domésticas para poder salir a trabajar. Al desactivarse ésta interdependencia, se superponen los roles masculino y femenino, y el matrimonio desprovisto en gran medida de contenido erótico, se reemplaza por la pareja conyugal igual ante la ley, y unida por el vínculo amoroso. Así, los vínculos son menos estrechos y más frágiles, aunque posiblemente más sinceros que antes, y las formas de familia más diversas y cambiantes (coparental, matrifocal, monoparental y homoparental) (Ciuro, 1991).

La Posmodernidad se caracteriza por múltiples segmentaciones de la cultura, pero por un predominio de la utilidad (Ciuro, 1991), y este cambio es de profundidad, pues la familia pasa a ocupar un lugar muy distinto en las personas. Este lugar queda señalado por cómo los distintos autores ponen su acento en diversos aspectos, valgan algunos ejemplos:

Elzo (2006) lo pone en la pérdida de responsabilidad. Para él la sociedad moderna tenía un proyecto global holístico, mientras que la posmoderna se caracteriza por la incertidumbre y el repliegue en lo cotidiano, al valorarse más lo subjetivo que lo objetivo, la responsabilidad se convierte en una autoresponsabilidad en la que los otros están casi ausentes.

Lipovetsky (2003) en el crecimiento de la libertad individual: en la familia posmoderna los individuos se construyen y vuelven a construirse. Es una institución dentro de la cual los deseos subjetivos son más fuertes que las obligaciones colectivas.

Beck (1998) en la libertad romántica: para él los matrimonios que perduran lo hacen porque ellos lo eligen, y ellos mismos se dan sus normas sin someterse a influencias ajenas.

Y en el horizonte aparece con creciente pujanza la familia monoparental, no como conclusión de una familia rota, sino como querida como tal, en la que un progenitor decide libremente concebir o adoptar un hijo con el fin de criarlo en soledad, de manera programada, como una expresión extrema del individualismo.

5. NUEVAS FAMILIAS, NUEVAS DIFICULTADES. LOS PROBLEMAS DE LA SEPARACIÓN

Los cambios familiares parecen traer también cambios en la educación, la formación de la personalidad y problemas en el proceso de individuación de las personas. Cyrulnik (2006), en un reciente trabajo, señala que en la sociedad postmoderna se relativiza la identificación de los modelos parentales y las familias y la sociedad se organizan con vínculos múltiples y fracturados, que impiden que los adultos impriman su huella en la memoria de los niños.

El nuevo rol de la mujer, trabajadora y madre, cada vez más en igualdad con el varón, y en ocasiones en una posición de superioridad, se traduce cada vez más en una lucha entre los esposos por conseguir ser el elegido del hijo. Al faltar la distancia necesaria

para ejercer la autoridad, los padres sienten más dolor que el propio niño en sus tímidos intentos de aplicar algún castigo, emergiendo adolescentes a los que nadie ha puesto límites. Esto se ve tremendamente favorecido por la reducción dramática que han tenido las familias en los últimos años, pues la presencia de hermanos establecía métodos enérgicos para restringir la expresión de los deseos, que ejercía un importante contrapeso facilitador de la autoridad de los padres.

Pero Cyrulnik llega más lejos en su percepción del cambio familiar, para él la muerte del pater familia provoca una inversión de la deuda vital, ahora, ya no es el niño quien debe la vida a los padres, es él, por el contrario, quien da sentido a la pareja parental, y los valores familiares se ponen marcha entorno al pequeño. Hoy, a diferencia de lo que ocurría hace dos generaciones, las mujeres no quieren dar un hijo a sus maridos, quieren dar un padre a su hijo, y este cambio de premisa, tiene dos dramáticas consecuencias, pues pone el mundo al revés. En primer lugar, ya no es el padre quien designa lo prohibido, por el contrario, es el niño, quien por el hecho de nacer, impide a los padres que se separen (Hurstel, 2004). Y en segundo lugar, este hijo idolatrado queda atrapado en esa idealización sobreprotectora y con una inmensa carga de responsabilidad, sin poder alejarse de unos padres, que ante sus intentos de individualización se ven amenazados por una relación matrimonial vacía de sentido. El resultado son bebés gigantes de narcisismo hipertrofiado.

Lo cierto es que estos padres irreprochables, al impedir la separación de su hijo, le ponen en una situación en la que solo puede ganar autonomía mediante la violencia de rechazo. Todo esto desvela el trasfondo de una cultura que, al desear la supresión de todas las dificultades del desarrollo normal, priva al niño del sentimiento de victoria y provoca en la familia el desastre afectivo, que se manifiesta en el creciente maltrato a los padres por parte de los hijos, fenómeno que se ha extendido tanto, que entre el 9% y el 14% de los progenitores han sufrido en alguna ocasión episodios de agresión física por parte de sus hijos adolescentes (Agnew y Huguley, 1989; Cornel y Gelles, 1982; Pagelow, 1989; Paulson, Coombs y Landsverk, 1990; Peek, Fischer y Kidwell, 1985), cifra que se eleva hasta el 29% en los hogares monoparentales (Peek et al., 1985).

6. POSMODERNIDAD, CAÍDA DEL PADRE Y “NUEVOS SÍNTOMAS”

La observación de la pérdida de la preponderancia paterna no es nueva, ya en 1938 Lacan observaba el comienzo de un cambio que transformaba los pilares en los que descansaba la sociedad. La sociedad tradicionalmente había depositado en la figura del padre el ideal común en el que todos podían identificarse, y la potestad de poner y administrar los límites (normas y sanciones) que permiten la vida en sociedad y en último extremo la civilización. Sin embargo, en la medida en que el padre ha dejado de ser idealizado y ha perdido su poder, ese ideal que daba sentido al sufrimiento y permitía la frustración por el bien común, ha sido sustituido por el ideal individualista de la satisfacción de los deseos, de forma que las responsabilidades se han sustituido por derechos y exigencias de satisfacción. Dicho de otra manera, la ausencia de miedo a perder el amor del padre o su castigo, han traído el debilitamiento del yo que apenas tiene que mediar entre un superyo raquítico y todos los objetos de deseo al alcance.

Este debilitamiento del yo social e individual ha traído también un cambio en la clínica que, como no podía ser de otra forma se caracteriza por la aparición de síntomas que tienen en común la falta de controles y límites internos, o reactivamente lo opuesto, y el déficit de identidad que se manifiestan por medio de la desinhibición, el exceso y la apariencia.

Las manifestaciones clínicas que trae esta transformación cultural cuando se encarna en los individuos, con sus nuevos valores y reglas de interrelación, son, sobre todo, la anorexia nerviosa, las toxicomanías, el trastorno de pánico, la depresión, la violencia, el fracaso escolar, el TDH, etc., son los “nuevos síntomas” Matilla, 2007).

Construir una identidad implica una elección, y con ella una renuncia, pues para ser algo hay que dejar de ser todo y tomar un camino supone renunciar a todos los otros posibles e imaginados. Esa identidad nos distingue, nos dirige y nos contiene, permitiéndonos diferir la satisfacción, esto es, construye el yo. Pero cuando el individuo está vacío, sin referencias ni un sentido que le permita soportar el dolor y la frustración de no poder satisfacer los deseos, necesita abrazarse a alguna forma de identidad que, evitando la

responsabilidad (justo aquello de donde procede su vacío), le permita adoptar una identidad colectiva basada en la forma de satisfacción-sintomática, en el consumo de la droga, en la pérdida de peso, en el vómito, ..., de forma que la propia forma de satisfacción se constituye en una guía para dirigirse en la vida, y los sujetos se identifican con el síntoma: "soy toxicómano", "soy anoréxico", "soy bulímico"... De esta forma, y a través de esta pseudo-identidad quedan resueltas, por una parte, las incógnitas que atemorizan al individuo (quién soy, qué siento, qué elijo o cuáles son mis responsabilidades), y por otra, la del grupo social-familiar, que paradójicamente, en esta solución encuentra la satisfacción de evitar su responsabilidad, evitando la culpa y manteniendo la dependencia. Son soluciones que, aunque a costa de ese vacío interno del individuo y del grupo que niega su conflicto, se hacen funcionales, pues el toxicómano o el anoréxico ya saben por qué sufren, ya saben cómo relacionarse con los otros y desde donde, ya tienen su dominio, y los demás también (Mateos, 1995).

Entonces, estos nuevos síntomas sociales, a diferencia de aquellos síntomas subjetivos, que surgían del individuo y les diferenciaba, se caracterizan por ser epidémicos y por definir al sujeto por una práctica. Estos síntomas se basan en la transformación de los objetos de deseo en objetos de consumo (Matilla, 2007) y en agrupar a los sujetos que comparten un mismo rasgo, como por ejemplo, el grupo de las anoréxicas y su identificación con el ideal del cuerpo delgado, que les homogeneiza en una satisfacción autística (Castrillejo, 2005). De nuevo surge la paradoja de que cuanto más masa somos, más subjetividad perdemos (Recalcati, 2003), o refiriéndonos específicamente a nuestro campo de estudio, "cuanto más merma la realidad real, el cuerpo se hace cada vez más imprescindible y más prestigio adquiere" (Mandianes, 2011).

7. LA FAMILIA ESPAÑOLA EN LA POSMODERNIDAD

Hemos señalado anteriormente, que la vida familiar, se encuentra inmersa en un proceso de cambio que afecta a las diversas áreas de su funcionamiento, cambio del que no se han mantenido ajenas las familias españolas, y que Meil (2006) ha resumido en los siguientes puntos:

- Pérdida del tradicional control social sobre los proyectos de vida individuales,
- Nuevas formas de convivencia (las parejas de hecho, las parejas homosexuales o las parejas de fin de semana)
- Mayor vulnerabilidad de las uniones (67.61 disoluciones de matrimonios en 1995 frente a las 149.367 de 2006 en España),
- Los derechos y aspiraciones individuales pasan a tener un lugar preeminente en los proyectos de vida, no sólo de los varones sino también de las mujeres.
- Las formas de entrada, permanencia y salida de la vida familiar se han flexibilizado
- Emerge un nuevo pacto conyugal (Rousel, 1989) que trae consigo una nueva familia negociadora: negociadora de los roles de género entre los cónyuges, negociadora de las normas y ámbitos de libertad individual que regulan su convivencia, que concilia los intereses y visiones diferentes en las relaciones entre padres e hijos, y en la que la autoridad del padre ya no es la última palabra y la norma a seguir.

Esta “familia negociadora” no es sino una manifestación más del proceso general de individualización que se produce aceleradamente en las últimas décadas desde la segunda mitad del siglo XX, esto es, del mayor protagonismo que la cultura actual concede a las opciones y decisiones individuales frente a las normas sociales, en ámbitos tales como la profesión, la política y la vida familiar (Beck, 1997). La familia negociadora es fruto, de la posmodernización de la vida familiar, y en ella las personas construyen su vida sin la necesidad de someterse a tradiciones o imposiciones culturales, pero tienen mayor incertidumbre y menor seguridad.

Son familias que se desarrollan en un entorno en el que se ha elevado el nivel social de las expectativas y que pueden acceder a mayores comodidades y goces, pero sufren de una mayor presión laboral, al tiempo que los individuos buscan cada vez más su propia promoción y desarrollo personal antes que el de la pareja o la familia (Elzo, 2006).

7.1. Rasgos estructurales de la familia española y tendencias de cambio

El Informe del Instituto Nacional de Estadística del año 2004 muestra que la familia nuclear tradicional sigue siendo la mayoritaria en la sociedad española actual (padre y madre con o sin hijos), en torno al 80% de los hogares, y un 7% está formado por familias monoparentales.

Tipos de Familias Españolas	
Situación	Hogares en %
Pareja sin hijos	19,4
Pareja con un hijo	18,5
Pareja con dos hijos	22,2
Pareja con tres hijos o más	8,1
Persona sola menor de 65 años	5,0
Persona sola de 65 años o más	8,0
Un adulto con hijos	7,0
Otro tipo de Hogar	12,0

Tabla 5 Tipos de Familias Españolas INE 2004

Sin embargo, entre los años 1995 y 2005, disminuyó el nº total de matrimonios (218.121 a 208.146), en favor de los matrimonios civiles (20,89% al 39,01%) y los que se hicieron entre nacionales y extranjeros (10,81%). Se duplicó el nº de interrupciones del embarazo en todos los grupos de edades de las madres (41.910 a 91.664), y en los diferentes estados civiles. Y según indica el mismo estudio, también se dobló el número de hijos nacidos fuera del matrimonio 11,7-21,4%, dato que lleva a Elzo (2006) a la conclusión de que la perdurabilidad y el deseo de mantener la familia tradicional se está divorciando de la procreación.

El tamaño medio de la familia Española es cada vez más reducido, y ha pasado de ser de 4 miembros en 1970 a 3 en 2001. No obstante, tras unos años de importante descenso de la natalidad, la fecundidad de las mujeres españolas ha crecido ligeramente en los últimos años, y no solo a costa de la migración.

Las madres empiezan a tener hijos cuando son más mayores (de 27 a 29 años) y los nacimientos de hijos primogénitos tienen cada vez más peso en el número total de nacidos.

Censo	1975	2001
1er hijo	38 %	54 %
2º hijo	30 %	35 %
3er hijo	17 %	8 %
4º o más	15 %	2,5 %

Tabla 6 Fratria

Es decir, en España la «familia reducida» es la más frecuente, y cuando no, la «familia mínima», que cada vez adquiere más presencia (Meil, 2006).

La familia no solo es más pequeña, sino que, es cada vez más heterogénea, y así vemos que las parejas con hijos dependientes, que en 1988 eran el 66% de todos los hogares, en 2001 solo son el 54%. Esta progresiva transformación, nos va acercando a la estructura de los países de nuestro entorno, y tiene como fundamento los cambios poblacionales y las nuevas situaciones sociales a que da lugar la individuación:

- envejecimiento de la población,
- reducción del tamaño de las familias,
- mayor número de parejas en la fase de “nido vacío”,
- los viudos viven solos el mayor tiempo posible,
- divorcios más frecuentes,
- mayor número de familias monoparentales (la compuesta por una mujer con sus hijos, ha crecido en los últimos censos un 41%)
- más hogares unipersonales (los de hombres separados han crecido un 232%).

Esta heterogeneidad no se refiere solo a la composición del núcleo familiar, sino también a los roles de género, al reparto del trabajo remunerado y no remunerado entre los miembros de la familia, y a la masiva incorporación de las madres de familia al mercado de trabajo a lo largo de las últimas décadas (en el 50% de hogares trabajan ambos cónyuges, pero la mitad de las mujeres que no trabajaban estaban en búsqueda de un empleo).

La renta de los hogares en España se acerca a la media de los países de la Unión Europea más desarrollados. Si en 1995, la renta por persona era un 87% de la media comunitaria (UE-25), en 2005 alcanzó el 98%.

En consonancia con el aumento de la renta, los hogares españoles están también cada vez mejor equipados. En la gran mayoría de las familias cada hijo tiene una habitación propia, el 99 % de ellas tienen televisión, y en dos de cada tres domicilios hay más de una, e incluso en el 25% hay más de dos para evitar los conflictos entre hermanos.

Cambios en la Familia Española
La familia nuclear tradicional sigue siendo la mayoritaria ↓ el nº total de matrimonios, ↑ los matrimonios civiles ↓ El tamaño medio de la familia Las madres tienen su 1er hijo entre los 27 - 29 años La familia es más heterogénea en: la composición del núcleo familiar los roles de género En el 50% de hogares trabajan ambos cónyuges, La renta de los hogares en España se acerca a la media de los países de la Unión Europea más desarrollados

Tabla 7 Cambios en la Familia Española. Fuente INE 2004.

7.2. Modelo educativo mayoritario

Los cambios en la familia antes enunciados en lo que se refiere al compromiso, los objetivos, los roles, la composición y posibilidades materiales, se han acompañado de otra manera de entender la educación. Hasta los años 60 del siglo pasado, se entendía que los hijos eran una fuente de realización personal, y la educación era responsabilidad de los padres, que tenían que socializar a sus hijos por medio de la disciplina (objetivo educativo de primer orden) y la obediencia. Las generaciones posteriores han ido cambiando sus estilos educativos hacia una flexibilización cada vez mayor de las normas y el establecimiento de unas relaciones cada vez más negociadas entre todos los miembros. El respeto (obediente y temeroso), ha sido sustituido por la amistad de los hijos, buscando tener una buena comunicación que fomente las potencialidades y capacidades de los hijos desde la comprensión de sus necesidades y de sus puntos de vista. (Meil, 2006).

Este cambio de la familia autoritaria a la familia democrática se ha considerado más adecuado para el desarrollo de la personalidad de los hijos, para evitar la discriminación sexual, y para fomentar la tolerancia con las opiniones divergentes y el espíritu de acuerdo, necesarios en el mundo actual (Giddens, 1995), aunque ha sido criticado por el fácil acceso al consumo de unos hijos que reciben mucha dedicación, y poco de tiempo, esto es, poca supervisión por parte de unos padres que delegan en la escuela su disciplinamiento (De Miguel, 2002). Los detractores señalan que este estilo educativo crea normas de convivencia contradictorias y valores light, en ausencia de control, características que son la base de la difusión de comportamientos desviados, tales como la drogadicción, la violencia juvenil, etc.

Lo cierto es que estos márgenes de libertad amplios hacen que los hijos, a edades cada vez más tempranas, cuestionen las normas establecidas por los padres, y que cada vez haya más familias en las que los padres se sienten incapaces de controlar a sus hijos.

Así, en la encuesta sobre las relaciones padres-hijos (Meil, 2005), el 87% se muestran de acuerdo con que en general, los hijos hoy en día están demasiado consentidos, pero al mismo tiempo, el 90% consideran que «para el bienestar de la familia, es mejor negociar con los hijos».

El rol de padre ha pasado de ser la figura autoritaria y sancionadora, a la del padre benevolente y conciliador, muchas veces compitiendo por el cariño que recibe la madre de los niños. Esfuerzo en vano, pues sus hijos siguen viéndolo como más estricto que a la madre (probablemente, por la necesidad que tienen éstos de una figura firme y segura para su crecimiento).

El rol de padre es benevolente y conciliador.
<ul style="list-style-type: none"> • los márgenes de libertad se han hecho mucho mayores • los hijos a edades tempranas cuestionan las normas de los padres • muchos padres se sienten incapaces de «controlar» a sus hijos.
Flexibilización de las normas de convivencia y negociabilidad

Tabla 8 Modelo educativo

7.3. Reparto de roles y responsabilidades

En cuanto al reparto de responsabilidades: la mayoría de los progenitores (78% de los padres y 82% de las madres) se identifica con un modelo igualitario en cuanto a los roles sexuales, que supone que tanto el hombre como la mujer, que trabajan fuera de casa, se reparten las tareas del hogar y el cuidado de los niños. Sin embargo, la práctica real se aleja de este ideal, ya que en los datos recogidos por Meil (2005) este reparto está muy lejos de ser igualitario en las distintas áreas de responsabilidad:

- La educación de los hijos: en torno a una cuarta parte de los padres de familias negociadoras y un 40% de los de familias tradicionales se desentienden de la educación.

% de padres que se desentienden de la educación de sus hijos		
	▪ Según los Padres	▪ Según las madres
▪ Familias Tradicionales	▪ 13%	▪ 24%
▪ Familias Negociadoras	▪ 17%	▪ 39%

Tabla 9 Implicación de los padres en la educación de los hijos.

- El cuidado de los hijos: se realiza de forma más o menos igualitaria tanto en las familias modernas, como en las tradicionales. Para Meil (2006), el rol del padre (varón) protector y cuidador no está ligado a la incorporación de la madre al mercado de trabajo, sino a una nueva concepción emergente de la paternidad mucho más participativa, en la que el cuidado de los hijos ha pasado a formar parte de la definición social de lo que es un buen padre o un padre responsable. Y ello no sólo como manifestación de responsabilidad, sino como fuente de identidad, gratificación y felicidad.

Porcentaje de padres implicados en el cuidado de los hijos		
▪ Familias Tradicionales	▪ 51%	▪ 41%
▪ Familias Negociadoras	▪ 64%	▪ 58%

Tabla 10 Implicación de los padres en el cuidado de sus hijos.

- La realización de las tareas domésticas: En las familias en las que ambos cónyuges trabajan fuera del hogar, el reparto más o menos igualitario apenas llega a un tercio (Meil, 2005b). Los datos recogidos por el INE (2004) en la Encuesta sobre Empleo del Tiempo, sobre los padres con hijos dependientes indicaban que los varones dedican una media (incluidas vacaciones y fines de semana) de 2 horas 14 minutos

por día al trabajo doméstico y al cuidado de familiares, mientras que las mujeres dedican 5 horas. En cuanto a los hijos, algo más del 50% de los varones dedican algún tiempo a las tareas del hogar, mientras que la proporción de hijas que ayudan es muy superior (76% de las que tienen entre 10 y 18 años).

Así las cosas, encontramos que el 90% de los jóvenes de 14 a 25 años consideraron que su madre les había dedicado suficiente tiempo, independientemente del estatus laboral que tuviera o si pertenecían a familias monoparentales o biparentales, y el 72% decían lo mismo sobre su padre (Meil, 2005).

Esta enunciada cercanía de los padres tiene su contrapartida en la figura de los padres varones ausentes, de los que un 65% eran separados o divorciados, pero el 21% vivían en casa, y con el hecho de que un tercio de los padres y una quinta parte de las madres comen fuera de casa los días laborables, cifras que se elevan un 10% en las familias que viven en ciudades grandes.

Lugar en el que comen los padres con un trabajo remunerado en un día laborable					
Municipio	↓10.000 Hab.	10.001 - 100.000 Hab.	100.001 - 500.000 Hab	↑500.000 Hab.	Total
Padres					
• En casa	70 %	67 %	69 %	57 %	67 %
• Fuera de casa	30 %	33 %	31 %	43 %	33 %
Madres					
• En casa	83 %	81 %	78 %	72 %	79 %
• Fuera de casa	17 %	19 %	22 %	28 %	21 %

Tabla 11 Lugar en el que comen los padres con un trabajo remunerado en un día laborable.

7.4. Ocio

Si nos referimos a los hijos, vemos que las calles han dejado de ser lugar de juego y reunión de los niños, y pasan el tiempo de ocio en torno a los juegos informáticos o la TV (media anual de 2 horas diarias), especialmente entre semana y durante el curso escolar, y que el ocio del fin de semana deja de vivirse en familia a edades cada vez más tempranas. Son los hijos de las familias monoparentales y de las tradicionales los que empiezan a emanciparse antes, mientras que en las familias en las que ambos padres trabajan, tienden a hacerlo más tarde, sin embargo a los 13 años los adolescentes ya viven el ocio con sus iguales.

En las encuestas del INJUVE (2002-2005) se observa que el control que se ejercía sobre las niñas, frente a la libertad de los varones para salir con los amigos, ha ido desapareciendo, aunque las chicas aún tienen que seguir volviendo a casa más pronto, tienen que dar más explicaciones y se sienten mucho más controladas por los padres que sus hermanos.

Los contactos entre los miembros de la red familiar en España son muy frecuentes en casi todas las fases del ciclo familiar (Meil, 2004) y la inmensa mayoría de la población valora positivamente o muy positivamente sus relaciones con los demás miembros de la familia. Sirva de muestra que, en la encuesta de Meil (2000), los padres con hijos a cargo valoraban sus relaciones con sus propios padres (los abuelos) con una nota de 8,7, y no es extraño, pues en muchas ocasiones ejercen de padres durante la semana.

7.5. La educación de los hijos

La educación de los hijos es una de las funciones sociales básicas que cumplen las familias en todas las sociedades. Las dos dimensiones más importantes en las relaciones entre padres e hijos son el control y el apoyo. El control es la conducta de los padres hacia los hijos que intenta dirigir sus comportamientos de una manera deseable para los padres, mientras que el apoyo se refiere a la conducta de los padres orientada a que los hijos se sientan cómodos en su presencia y se sientan básicamente aceptados como personas (Musitu, 1988), estas dimensiones son previas a la educación y determinan el sentido de esta. El término educación engloba la instrucción y la transmisión de determinados valores y actitudes hacia la vida y las relaciones con los demás. Es lo que en ciencias sociales se denomina la socialización (interiorización de la cultura y la sociedad).

Por «valor» suele entenderse en sociología la creencia o convicción acerca de que algo es bueno o malo, mejor o peor que otra cosa. Los valores se transmiten a través de las respuestas y de los propios comportamientos y actitudes de los padres, pero también de las conductas que promueven en los hijos.

Los valores más frecuentemente citados (8/10) por los padres españoles de ambos sexos, y de edades comprendidas entre 30 y 50 años, son:

- los buenos modales,
- la responsabilidad
- la tolerancia y respeto hacia los demás

Estos valores hacen referencia, sobre todo, a las características de cómo deben ser las relaciones con las demás personas para garantizar una convivencia armónica y satisfactoria para todos.

La transmisión de la fe religiosa, ha perdido un lugar central entre estos objetivos educativos, incluso para aquellos que se declaran personas religiosas y practicantes, no tanto porque no concedan importancia a la educación religiosa, sino porque ésta ocupa un lugar subordinado frente a otros valores que se consideran más importantes para insertarse satisfactoriamente en la sociedad, lo que contrasta con otras culturas en las que hay un mayor control social sobre los comportamientos individuales.

A pesar de lo dicho anteriormente, en España, hay una minoría importante (alrededor de una quinta parte) que no ponen el acento ni en el «esfuerzo en el trabajo», ni en otro valor que podría relacionarse con éste como es la perseverancia.

El 81% de los padres afirmaron que sus hijos iban a continuar estudiando y ello les parecía, al 98%, una buena decisión, pero solo el 45% de ellos vigilan sus estudios casi todos los días, el 11% lo hacía «de vez en cuando», mientras que el 33% cree que no hace falta. Igual de sintomático es que el 4% confesaron que no podían, unos porque no tenían tiempo, otros porque su hijo/a se negaba.

Cuando los hijos fracasan en sus tareas, el 65% de los padres negocian, tratando de hacer ver a los hijos la inaceptabilidad del resultado y se sopesan o discuten distintas alternativas para buscar una solución, el 16% les da un sermón, y frente a las generaciones de padres anteriores, solo el 13% les recriminan y castigan.

La solución mayoritaria aportada por los padres corresponde, por tanto, al modelo de familia negociadora y a la convicción subyacente de que las normas, valores y comportamientos deseados se inducen mejor a través de la discusión, concienciación e

implicación de los hijos en las decisiones que les afectan que no a través de otros medios (Meil, 2005).

Estos padres dialogantes, piensan que es conveniente incluir a los hijos en todas las decisiones importantes de la familia y no simplemente hacerles partícipes de las decisiones que ellos toman. (Meil, 2005). Sin embargo, un tercio de los padres se identifica con la afirmación de que los padres deben tomar las decisiones y los hijos obedecerlas.

Padres poco estrictos	74%
Padres autoritarios	33,3%
Padres «autoritarios coherentes	8%
Partidarios del castigo	11%
Padres desbordados	43% madres; 31% Padres

Tabla 12 Distribución de los padres según su estilo educativo

Esta tendencia democratizadora de la familia se ha ido acentuando en los últimos 20 años, sin embargo, estos padres perciben también una mayor pérdida de autoridad y, así, la proporción de los que consideran que hoy los hijos no respetan a sus padres casi se ha duplicado y la proporción de padres desbordados ha disminuido de 1 de cada 3 en 1991 a 1 de cada 4 en 2006.

7.6. El rol del padre frente al rol de la madre

Los padres varones se consideran en su gran mayoría poco o nada estrictos, incluso en mayor proporción que las mujeres (dato confirmado por el 70% de sus esposas), y son más partidarios de aplicar premios y más reacios a los castigos.

Se acercan afectivamente a sus hijos, aunque den menos besos y caricias, especialmente en público, esto es, los padres son tan expresivos como las madres y tan poco instrumentales como éstas (Elzo, 2006). No obstante, muchos hijos siguen viendo a los padres como disciplinadores y a las madres como comprensivas y aliadas en la búsqueda de espacios de autonomía.

Como ya dijimos anteriormente, en conjunto aparecen las madres mejor valoradas que los padres, independientemente del sexo del hijo entrevistado. No obstante, la mayoría

de los jóvenes, sobre todo cuando ya han pasado la adolescencia, tienden a ver a su padre poco o nada estricto, y las diferencias de valoración de los padres y madres no son tan marcadas (INJUVE, 2002).

En cuanto a la educación de los hijos, las familias nucleares han ido cediendo la función de educar, depositándola en la escuela, en los abuelos, o simplemente no ejerciéndola.

En este sentido, es de reseñar, que los padres con estudios universitarios, son mayoría en los grupos menos implicados en la crianza de sus hijos. El modo de socialización de los adolescentes se realiza básicamente desde la experimentación grupal con otros adolescentes, y no desde lo transmitido por otras instancias históricas de socialización, como la familia, la escuela, las iglesias, los partidos políticos y los medios de comunicación social.

En 2002, el propio Elzo, presentaba un estudio en el que trataba de clasificar y cuantificar a las familias españolas según su capacidad educadora (socializadora), el resultado son cuatro tipos de familia que se describen a continuación:

- Familia Nominal: 43%. Tienen de familia solo el nombre. En su seno hay una situación de coexistencia pacífica. No hay conflictos en casa porque los padres han decidido que no les haya. Se fundan en el *laissez faire*, *laissez passer*. Cada cónyuge acusa al otro de no ocuparse de los hijos, y ambos acusan de lo mismo a la escuela.
- Familia conflictiva: 15%. Hijos y padres están enfrentados por la incapacidad de estos para asumir la separación de los hijos. La socialización es una *contrasocialización*, los hijos adoptan valores antitéticos a los de los padres.
- Familia familista endogámica: 24%. Centrada en sí misma, con relaciones excelentes, conflictos escasos, los hijos contentos de sus padres y viceversa. Es una familia transmisora de valores de forma estructurada. Son familias unidas en lo emocional, que tienden a la sobreprotección, por lo que entran en conflicto ante los intentos de individuación de sus miembros. Este modelo pivota sobre la figura del ama de casa, por lo que es una familia que tiende a la extinción, ya que solo el 26% de las jóvenes

entre 18-24 años está de acuerdo con la idea de que trabajar en casa llena tanto como trabajar por un salario (Elzo, 2000)

- Familia Adaptativa: 18%. Busca acomodo a las nuevas condiciones y a los nuevos roles del hombre y la mujer, reconociendo el creciente protagonismo de los hijos que piden autonomía nómica (su propio universo de valores) y libertad y disfrute del tiempo libre, así como el acompañamiento discreto de los padres. Hay buena comunicación entre padres e hijos, con voluntad de ser una familia educadora, abierta al exterior, no exenta de conflictos, a veces graves. Los roles y estatus están claros, las responsabilidades también, aunque en revisión continua. Es la familia de la negociación.

Analizando estas proporciones, Elzo entiende que el 60% de nuestras familias tienen muy escasa capacidad educadora, y solo el 40% parecen tener competencia en este sentido.

7.7. Variables que influyen en la satisfacción familiar percibida por los hijos

En el año 2000, Chamblás y cols., hicieron una encuesta a 296 estudiantes de enseñanzas medias, para investigar el grado de satisfacción que sentían con el ambiente que había en sus familias. Este estudio nos permite acercarnos de forma empírica al conocimiento de cuáles son las variables que influyen en la satisfacción con el funcionamiento familiar.

Los resultados indicaron que los más insatisfechos eran aquellos que tenían desencuentros con su madre, seguidos y por este orden, por los que los tenían con el padre, por los que pertenecían a familias que no tenían valores firmes y, por último, los que vivían en familias monoparentales.

No encontraron relación entre la insatisfacción con el funcionamiento familiar y el tamaño del grupo familiar, el número de hermanos, ni la edad de los padres. La educación del padre tampoco tenía relación, pero los niveles extremos en la educación

de la madre (sin educación y estudios superiores) se acompañaban con frecuencia de insatisfacción familiar.

La insatisfacción también se relacionó con unos padres nada afectuosos o con unas madres poco cariñosas, también era más acusada cuando los niños recibían premios materiales en vez de verbales y afectivos, o cuando ambos padres no se implicaban en la disciplina del hogar. Sin embargo, cuando ambos padres tenían relaciones afectuosas entre sí, la insatisfacción disminuía.

En cuanto al estilo educativo, la mayor insatisfacción la provocaba el estilo Según el humor del momento. No se encontró asociación entre el autoritarismo y la insatisfacción, aunque los jóvenes que declaran a sus padres "nada autoritarios" tienen una percepción más favorable de la interacción familiar que los que declaran tener padres muy autoritarios. En la siguiente tabla se resumen los resultados encontrados en ese estudio:

Insatisfacción Familiar	Satisfacción Familiar
<ul style="list-style-type: none"> • mujer • desacuerdos con la madre <p><i>Variables Sociodemográficas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • quienes no tenían religión (o se declaraban mormones) • las madres son solteras <ul style="list-style-type: none"> • menor duración del matrimonio de los padres • madre sin educación • familias extensas y nucleares incompletas <p><i>Pautas de Crianza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • premios materiales • reprimendas • un padre o ninguno aplica la disciplina del hogar • padres "nada afectuosos" • madres " poco cariñosas" • estilo educativo "Según humor del momento" • rendimiento deficiente • baja interacción familiar • bajo grado de felicidad • mayor permisividad moral 	<ul style="list-style-type: none"> • varón • ayuda de la madre <p><i>Variables Sociodemográficas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • quienes declaraban profesar otra religión o ser evangélicos • las madres están casadas o conviven con el padre, o son viudas • mayor duración del matrimonio de los padres • madre con enseñanza media completa. • familias nuclear completa y extensa completa. <p><i>Pautas de Crianza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • premios verbales y afectivos • les hablan • ambos padres son los que aplican la disciplina del hogar • padres muy cariñosos. • madres "muy cariñosas" • estilo educativo "democratizado". • rendimiento bueno • alta interacción familiar • alto grado de felicidad • menor permisividad moral
<p><i>No se encontró relación entre la insatisfacción con el funcionamiento familiar y:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • tamaño del grupo familiar • el número de hermanos • edad de los padres • educación del padre • ocupación de la madre • autoritarismo demostrado por el padre o la madre 	

Tabla 13 Funcionamiento familiar

8. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCAs) no son algo nuevo, contamos con numerosas descripciones en el mundo antiguo de conductas parecidas a lo que hoy entendemos como Bulimia Nerviosa (BN), pero sobre todo, nos han llegado casos bien documentados de algunos individuos desde el siglo XIV (Bell, 1985), en los que, a pesar de que esos sujetos dieran diferente significado a su conducta, hoy, con los criterios diagnósticos que utilizamos, serían diagnosticados de Anorexia Nerviosa (AN) o Bulimia. Por tanto, los TCAs vienen de largo, las descripciones clínicas proliferaron desde finales del siglo XIX sin una clara definición, lo que le lleva 1962 a Bruch a plantear la necesidad de establecer unos criterios diagnósticos para la AN que no se definen hasta 1970, y no es hasta 1980 con la DSM-III, cuando queda delimitada la BN.

Queremos señalar, que aunque no siempre se tenga en cuenta, los TCAs son entidades o síndromes y no enfermedades específicas con una causa, curso y patología comunes, y por tanto, se clasifican en base a un conjunto de síntomas psicológicos y fisiológicos que interaccionan entre sí. Esta diferencia entre síndrome y enfermedad da lugar a numerosas confusiones, incluso en la literatura especializada.

La AN se caracteriza por la una preocupación desmedida del individuo por su peso y lo que come, de un intenso miedo a engordar, lo que le lleva a tener conductas dirigidas y a perder peso. Todo ello se acompaña de una distorsión de la percepción que tiene de la imagen de su cuerpo, y en las mujeres, de amenorrea. En mi experiencia clínica, la mayoría de las veces la preocupación se centra en alguna parte específica de su cuerpo, las caderas, los muslos, las nalgas, etc., y aunque puedan reconocer que el resto de su cuerpo esta delgado, todos sus esfuerzos se dirigen a moldear esa parte de su cuerpo en particular. La BN se caracteriza por la aparición de atracones de comida (ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, incontrolada y rápida en un corto período de tiempo), que se siguen de sentimientos vómito autoinducido, dolor, sueño o interrupción social y de culpa, ánimo bajo o malestar consigo mismos. Muchas veces los episodios de AN se sigue de BN y sus límites no están claramente definidos. Las

clasificaciones incluyen una tercera categoría para aquellos TCAs que no cumplan alguno de los criterios de AN y BN.

En las siguientes tablas se incluyen los criterios diagnósticos para la AN y BN según criterios del DSM-IV-TR

<p style="text-align: center;">CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR PARA LA ANOREXIA NERVIOSA</p> <p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con la administración de estrógenos).</p> <p><i>Especificar el tipo:</i> Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p>
--

Tabla 14 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para la anorexia nerviosa

<p style="text-align: center;">CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR PARA LA BULIMIA NERVIOSA</p> <p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej. en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p> <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p><i>Especificar tipo:</i> Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

Tabla 15 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para la bulimia nerviosa

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV PARA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO.

Esta categoría es para trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para cualquier otro trastorno específico de la conducta alimentaria. Los ejemplos incluyen:

1. En mujeres, se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Tabla 16 Criterios diagnósticos DSM-IV para trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

8.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria: la dimensión del problema

Basta mirar las hemerotecas para observar que los TCAs se han convertido en un creciente problema social, que en lo que se refiere a la salud mental ha sustituido a lo que en las décadas de los años 70 y 80 del pasado siglo fueron las toxicomanías. Para hacernos una idea de su dimensión, podemos ver que, tan sólo en EEUU, cerca de 8 millones de adolescentes y jóvenes presentan síntomas de trastornos de la alimentación; de éstos, el 90 % son mujeres, y el 75 % son adolescentes (Fosson, 1987; Higgs, 1989). En este mismo país, cumplen criterios para el diagnóstico de AN y BN, según los describe el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM) en su 4ª Revisión, aproximadamente 1,2 millones de mujeres (Gambill, 1998).

Sin embargo, esto no fue siempre así, numerosos estudios han informado de un aumento alarmante de los TCAs, AN y BN durante las últimas décadas, entre la población de los países desarrollados, principalmente entre las mujeres adolescentes y las adultas jóvenes (Scheinberg, 1992; Szabo y Tury, 1994; Felker y Stivers, 1994; Guerra, 2002). La incidencia entre las mujeres de entre 20 a 30 años se habría multiplicado por 3 en los últimos 40 años (Pawluck y Gorey, 1998), y también se habría constatado un aumento notable de los ingresos hospitalarios entre 1970 y 1991 (Munk Jorgensen, 1995).

Estas variaciones inducen a pensar en la influencia que tiene el contexto en la aparición de los TCA, pero que se hace más sugerente si analizamos los datos recogidos por Lucas (1991) en un estudio retrospectivo de registros médicos en el que identificó casos de AN según criterios DSM-III-R:

- Entre 1935 y 1939, una tasa de incidencia anual de AN de 16,6/100.000
- Entre 1950 y 1954, una tasa de incidencia anual de AN de 7,0/100.000
- Entre 1980 y 1984, una tasa de incidencia anual de AN de 26,3/100.000

Lo que podría ser interpretado en relación con los condicionantes históricos correspondientes a esos lustros, aunque también podría deberse a otras causas.

Ante estos datos podríamos preguntarnos si nos encontramos ante una epidemia de TCAS. Es este un tema controvertido, pues, mientras unos autores ven en los cambios epidemiológicos los elementos de una epidemia (Palmer, 1990); Lucas, 1991), otros (Devaud, 1995; Steiner y Lock, 1998; Hsu, 1980) dudan que estemos asistiendo realmente a un verdadero incremento en las tasas de incidencia (aparición de nuevos casos en un período de tiempo) y prevalencia (número de casos presentes en un grupo en un espacio de tiempo) de los TCAs.

Pawluck y Gorey (1998); Fombonne (1995); Van Deth y Vandereycken (2000) y Livianos y Rojo-Moreno (2001), se inclinan a pensar que los datos que apoyan esta creciente presencia de TCAs reflejarían un mejor diagnóstico de casos antes no detectados en los registros hospitalarios debido a los cambios demográficos, a una mayor capacidad diagnóstica por los clínicos y a una mayor concienciación social ante el problema.

Lo cierto es que numerosos estudios sobre incidencia indican que la AN se ha mantenido constante desde la década de 1980 entre las mujeres mayores de 19 años, mientras que en el grupo de edad entre los 15 y los 19 años se ha producido un incremento lineal (Hall y Hay, 1991; Lucas, 1991; Hoek, 1995; Turnbull, 1996; Pawluck y Gorey, 1998). Y en cuanto a la BN, parece que hay acuerdo en que se ha producido un aumento notable de la incidencia de la BN en esos mismos períodos

(7,2/100.000/año en 1985 frente a 15,2 en 1989) (Hall y Hay, 1991; Hoek, 1995; Turnbull, 1996).

Si, por otra parte, analizamos la prevalencia, la AN había disminuido entre 1982 y 1992 (Heatherton, 1995), mientras que el conjunto de TCAs, en los últimos 30 años se ha multiplicado por 30 (Gotestam y Agras, 1995). Nuevamente encontramos que la población de más edad tenía tasas de prevalencia a lo largo de la vida muy inferiores a las de la población más joven.

Por tanto, y siguiendo a Livianos y Rojo-Moreno (2001), podemos concluir que aunque hasta los ochenta los estudios retrospectivos afirmaban que la incidencia de la AN había aumentado, desde 1990, con diseños más estrictamente definidos, no demuestran el carácter epidémico de los TCAs. La incidencia global de los mismos no se ha multiplicado, y AN y BN se mantienen estables, aunque las formas atípicas podrían estar creciendo (Devaud, 1995, Brenner y Piazza, 1995).

Para dar una explicación a estos datos, Lucas en 1992 propone la existencia de dos tipos de AN:

AN tipo I, más grave, crónica, resistente al tratamiento y que ha estado presente a lo largo de la historia.

AN tipo II, de gravedad más moderada, con curso más benigno y mejor respuesta al tratamiento, en la que las influencias ambientales y los precipitantes tienen una gran importancia. Estas formas moderadas serían las que han aumentado en los últimos años, y en otros períodos históricos como resultado de las presiones socioculturales.

En el mismo sentido, Fairburn y Beglin (1990) propusieron subgrupos similares para la BN.

Preguntándonos por los otros cambios se han dado en la epidemiología de los TCAs, los estudios indican que:

1. La edad de comienzo de la AN, que siempre se ha situado entre el final de la niñez o la adolescencia y el inicio de la juventud (Bruch (1966); Theander (1970); Halmi

(1974); Fitcher (1982); Morgan y Mayberry (1983); Turón (1992), sin embargo, en las últimas décadas comienza a observarse a edades más tempranas (12-15 años 45% de los casos), manteniéndose en cifras bajas el debut de la enfermedad después de los 25 años (Turón y cols., 1992).

2. Hasta la década de los 80, numerosos autores encontraban que las pacientes con AN procedían de clases sociales elevadas, (Bruch, 1966; Crisp, 1976; Morgan y Russell, 1975; Jones, 1980; Crisp y Toms, 1972; Steinhausen, 1983), sin embargo, esta distinción empieza a desaparecer, de forma que los nuevos estudios reflejan una distribución similar para las distintas clases sociales en las sociedades desarrolladas (Garner y Garfinkel, 1982; Kalucy, 1977; Turón, 1992). Esta variación podría deberse a una menor distancia entre las clases sociales, a un mayor acceso a los servicios sanitarios de las personas con menos nivel socioeconómico o atribuirse a la generalización de las actitudes de los niños hacia la comida, la sexualidad, la imagen corporal y el peso (Leichner y Gertler, 1988).

• Los TCA se han multiplicado por 30 sobre todo por las formas atípicas
• La edad de inicio ha descendido (12-15 años)
• Igual distribución en las distintas clases sociales

Tabla 17 Cambios epidemiológicos desde 1980.

Podemos preguntarnos ¿Qué subyace detrás de estos cambios epidemiológicos? Y al respecto, Chinchilla (1994) los atribuye a cambios socio-culturales, y señala cuatro causas:

1. Mayor tendencia a las dietas durante la adolescencia.
2. Rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones, asociado con frecuencia, con su autoconciencia.
3. Necesidades sociales.
4. Problemas psicológicos, en las adolescentes, de tipo existencial distintos a los de generaciones pasadas.

En este sentido, Turón (1992) señala, que la población joven del mundo occidental tiende a homogeneizarse al recibir similar formación escolar, al extenderse iguales

intereses culturales y tener las necesidades básicas cubiertas. El culto a la imagen que se ha ido asentando en nuestras sociedades ha adquirido la categoría de una cultura del cuerpo basada en el deseo de perder peso y ser siempre jóvenes y bellos moviliza grandes intereses económicos (Martínez, 1993), y como resultado gran parte de nuestra población femenina tiene actitudes anormales frente a la alimentación (Toro, 1989). Que estas actitudes se sustentarían, en parte, en los insistentes mensajes que transmiten los medios de comunicación, lo apoya el hecho de que las pacientes con TCA dedicaban más horas diarias a verla, y sus compras estaban más influenciadas por los comerciales que las de su grupo de control en el estudio de Verri et al. (1997).

Para ilustrar cómo el hecho social puede precipitar un cambio, al menos cuantitativo, en la psicopatología, se expone aquí el trabajo experimental de Hamilton y Waller (1993) en el que mostraron imágenes neutras e imágenes de modelos de revistas de moda a un grupo de mujeres con AN o BN y a un grupo control. El resultado fue que las pacientes con TCA presentaron un incremento del 25 % en la distorsión de su imagen corporal tras la visión de fotografías de modelos con respecto a la visión de fotografías neutras.

8.2. Cambios en la presentación clínica de los TCA. ¿Qué elementos son los esenciales de los TCA y cuáles los patoplásticos?

Los cambios en los TCAs, a lo largo de los años, no sólo se han producido en su epidemiología, también en sus manifestaciones clínicas, lo que ha generado controversia en cuanto a cómo son entendidos.

Los criterios hoy más aceptados por los clínicos para definir la Anorexia Nerviosa son:

- Bajo peso autoimpuesto

- Trastorno endocrino: amenorrea

- Psicopatología específica (fobia al peso).

Autores como Lasègue (1873), Gull (1874) e incluso algunos posteriores como Janet (1965), no detectaron la preocupación por el peso en sus pacientes, solo en los años 50 del siglo XX, cuando aspirar a tener un cuerpo delgado se hizo una norma social, comenzó a aparecer este síntoma de forma generalizada en las historias clínicas. Este es un importante cambio en la fenomenología que diferencia a las anoréxicas del siglo XIX de las de la segunda mitad del siglo XX y el actual. Además, la incidencia de la AN, como ya se señaló anteriormente, experimentó un aumento importante a partir de los años 60, que se ha atribuido a factores psicosociales. Y para complicar aún más las cosas, la BN irrumpe como categoría diagnóstica, a partir de 1980, llegando a duplicar la incidencia de la AN.

Para aclarar este enigma, Russell (2003) intenta distinguir que es lo esencial en los TCAs de aquello que los modula o acompaña, y nos recuerda que Lasègue y Gull utilizaron un enfoque médico-clínico para definir la AN al observar que algunas características se daban con tal regularidad, que podían tener la categoría de criterios diagnósticos, y por tanto, en su ausencia el diagnóstico debía ser cuestionado. Por su parte, aquellas características menos constantes y que varían con el paso del tiempo, no podían ser consideradas criterios para definir ese diagnóstico. Dado que los TCAs comprenden características que se dan de forma regular y otras que cambian, Russell (2003) concluye que el modelo médico-clínico presenta una descripción incompleta del fenómeno y debe ser completado con un enfoque socio-cultural, para lo que rescata el concepto de Patoplastia, señalando que dicho término se refiere a los factores causales que constituyen y conforman la estructura de un trastorno, influyendo no solo en el contenido de la enfermedad, sino en su forma. Para él, deben ser distinguidos de las causas fundamentales de la enfermedad, aunque debe tenerse en cuenta que ejercen una tendencia predisponente hacia un trastorno dado, en este caso los TCAs, y moderan o frenan el desarrollo de ese trastorno, a la vez que pueden actuar como agentes desencadenantes.

En la misma dirección, Toro (1996) considera que la AN obedece a un modelo multicausal de enfermedad, es decir, que para que aparezca el trastorno sería necesario, que varios factores interactúen entre sí. Según este modelo, existirán factores con distinta responsabilidad en la génesis y el mantenimiento del trastorno, unos serán el

terreno sobre el que se desarrollara, otros lo precipitaran y otros tendrán la función de mantenerlo.

Sin embargo, esta distinción entre criterios esenciales y moderadores no resuelve el problema etiológico, puesto que aún queda por repartir las responsabilidades sobre la causa última de que algunas personas se auto-inflijan una importante inanición hasta llegar a presentar amenorrea o de que comiencen a tener fobia a ganar peso, y también las responsabilidades sobre cómo y cuándo comienzan a presentarse esos fenómenos. Dicho de otra manera, hay un amplio acuerdo en que los TCAs son fenómenos heterogéneos y multifactoriales, en los que parece que interactúan factores:

- Físicos: amenorrea, anorexia, bulimia ...
- Emocionales: rechazo del propio cuerpo, de la sexualidad, etc.
- Cognitivos: distorsión de la imagen corporal, autoconceptos sobre su propia capacidad de control, de sí mismo, y recursos, etc.
- Conductuales: estímulos antecedentes, conducta (inanición, purgas, ejercicio compensatorio, aislamiento social, etc.) y consecuencias.
- De desarrollo y adaptación psicodinámica: organización de las defensas, etc.
- Familiares
- Socioculturales

Si bien es difícil determinar cuál es el peso y la función que ejercen en la génesis, mantenimiento y consecuencias de estos trastornos cada uno de estos factores.

Esta complejidad quizás se deba a una mirada demasiado cercana del fenómeno, y una visión social de lo corporal podría ampliar el campo, a veces reducido de lo clínico, que nos lleva a ver siempre al individuo como si pudiera existir aislado. Antón y Damiano (2010) en su trabajo “El malestar de los Cuerpos” señalan que la tradición filosófica antigua percibía el cuerpo como la cárcel del alma, aquello corrompible y sucio cuyo

destino inexorable era la muerte y, no es hasta el final del siglo XIX cuando el cuerpo comenzó a considerarse el territorio estable del sujeto, donde reside la subjetividad y la racionalidad. En ese mismo momento fue blanco de políticas públicas. En palabras de estos autores, el cuerpo es expropiado de la vida privada y expuesto como objeto público.

Abundando en el hecho social del cuerpo, Elias (1995) nos recuerda que las sensaciones y las emociones no son inmediatas, sino que son el producto de una larga producción social que termina inscribiéndose en los individuos. La vergüenza y el pudor, entre otras sensaciones y emociones, son una construcción social, procesos de los cuales todos forman parte, pero nadie domina (Antón y Damiano, 2010).

Estos autores consideran que las relaciones sociales se inscriben en el cuerpo y lo modelan, lo disciplinan, para conducir sus comportamientos, de manera que la sociedad se interpone en el individuo y obstaculiza la toma de conocimiento de la propia identidad. Desde esta perspectiva, podríamos entender que la esencia de los TCAs, es una construcción social, que se sirve de lo corporal para evitar afrontar la individuación, mientras se persigue el ideal social.

8.3. Etiopatogenia de los TCAs

Ya apuntamos anteriormente, que no se han podido establecer causas únicas que expliquen la aparición de los TCAs, sino que estos obedecen a un modelo multicausal de enfermedad. Estos trastornos son síndromes y por tanto recogen un grupo heterogéneo de casos, así que desde este punto de vista, no deberíamos esperar que exista una causa suficiente para que aparezca el trastorno, sino varios factores interactuando entre sí, que tendrían distinta responsabilidad en la génesis y el mantenimiento del trastorno. Un modelo bio-psico-social sería la suma de una predisposición fisiológica y genética, de las experiencias precoces, las influencias familiares y los conflictos intrapsíquicos, además de las influencias sociales y las expectativas que, al interactuar en determinado momento del desarrollo, se manifiestan en cambios en la personalidad y la conducta. En el ámbito de la alimentación estas

conductas se concretarán en dietas y/o atracones, que se siguen de cambios fisiológicos capaces de aumentar o perpetuar los cambios psicológicos que actúan como mantenedores de la conducta. Las respuestas del ambiente a estos cambios, en muchas ocasiones, se hacen complementarias con el trastorno (García Resa, 2002). Sin ánimo de ser exhaustivos, señalaremos las evidencias más importantes de que disponemos en la actualidad:

8.3.1. Vulnerabilidad biológica

8.3.1.1. Familia y genética

Es una observación repetida que las pacientes con TCAs provienen de familias en las que hay más miembros con TCAs. Las personas nacidas en esas familias tienen una posibilidad de padecer el trastorno entre un 7 y un 12% superior al de la población general (Gerson, 1984; Kasset, 1989; Lilenfeld, 1998; Strober, 1990; Strober, 2000). Este riesgo sería especialmente elevado en el caso de la AN, mientras que la BN tendría una mayor carga sociocultural (Chinchilla, 1994; Sánchez Planell, 1997; Bousoño, 1994). También se ha observado una mayor frecuencia de trastornos obsesivo compulsivos de la personalidad (Lilenfeld, 1998) y trastornos del espectro obsesivo compulsivo (TOC y trastornos por tic), que se ha relacionado con la mayor presencia en las familias con TCA del rasgo compulsividad (Bellodi, 2001). Lo cierto es que la búsqueda de marcadores genéticos no ha dado ningún resultado definitivo, aunque se han encontrado algunas relaciones con el cromosoma 1, que tiene genes para el receptor serotoninérgico 1D y para el receptor opiáceo delta (Grice, 2002), y con otras regiones de los cromosomas 2 y 13 (Halmi, 2001).

El mayor apoyo de una base genética para cualquier trastorno lo aportan los estudios de gemelos. En este sentido Holland (1998) encontró una concordancia 9 veces mayor entre gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos para la AN. Posteriormente, se ha estimado que la varianza del riesgo de sufrir un TCA o alguno de sus síntomas (restricción alimentaria, insatisfacción corporal o preocupación por el peso y la comida) estaría entre el 30% y el 80% (Holland, 1988; Treasure, 1989; Kendler, 1991; Rutherford, 1993; Wade, 2000; Bulik, 2000; Klump, 2000; Klump, 2001; Koortegaard, 2001). Estos datos, aunque con intervalos de confianza muy amplios, apuntarían hacia

una moderada heredabilidad de los TCAs, pudiendo atribuirse el resto de la varianza a factores ambientales únicos para cada caso (Carter, 2009).

Esta predisposición genética sólo se manifestaría bajo la acción de determinados sucesos o factores ambientales como los que ocurren en la adolescencia tardía (Klump, 2001), o bajo condiciones adversas, como una dieta inapropiada, estrés emocional, una personalidad particular, un trastorno psiquiátrico o una disfunción hipotalámica (Holland, 1988).

8.3.1.2. Factores de riesgo temprano

Diversos estudios han podido comprobar, que frente a la población general, los pacientes con TCA tenían más frecuentemente antecedentes de haber sufrido infecciones víricas intrauterinas (Eagles, 2001), prematuridad, especialmente si el bebé tenía al nacimiento un peso menor al esperable para la fase de gestación alcanzada, o de ser el gemelo con mayor peso, haber sufrido cefalohematoma, (Cnattingius, 1999; Foley, 2001), y más adelante, maltrato físico y abuso sexual (Fairburn, 1999; Karwautz, 2001).

8.3.1.3. Déficit Zinc

Se ha observado que el 54% de las pacientes con AN tienen una deficiencia de zinc, aunque no se ha podido aclarar si es debida a una alteración de la absorción o a la baja ingesta (Humphries, 1989).

8.3.1.4. Efectos de la restricción dietética en un contexto de abundancia de alimentos

Keys (1950) estudió los efectos del hambre en la conducta de 36 sujetos a los que mantuvo durante 6 meses con una dieta estricta aunque rodeados de alimentos. Tras

varias semanas de restricción alimentaria dejaron de preocuparse por otras cosas que no fuera la comida, éste era su principal tema de conversación, coleccionaban recetas, dedicaban mucho tiempo a cocinar y a planificar las comidas, bebían más café, té y otros líquidos, masticaban más chicle y fumaban más. Cuando terminaron la dieta, algunos sentían mucha hambre tras una comida normal, y llegaban a darse atracones. También se apreciaron cambios en la personalidad de esos sujetos, que se volvieron irritables, ansiosos, introvertidos y egocéntricos, tenían dificultades para concentrarse y para dormir, su humor era lábil y bajo, y se mostraban indecisos, con pensamiento obsesivo y conductas compulsivas y sin interés sexual. Este cuadro recuerda mucho a la evolución de muchas ANs.

8.3.1.5. Trastornos inmunológicos

Sokol (2000) estudió varios casos de trastorno neuropsiquiátrico autoinmune asociado al estreptococo (PANDAS), se trataba de pacientes que presentaban junto con la infección síntomas obsesivo-compulsivos y AN, todos ellos mejoraron con el tratamiento antibiótico. De esta experiencia podríamos dar por sentado que en algunos casos podría existir una relación entre el TCA y la enfermedad infecciosa. En otras pacientes se han encontrado anticuerpos anti putamen (Harel, 2001), un descenso de las citoquinas (st IL-2 y TGF-beta 2) (Corcos, 2001) o una aumento de interferón gamma y de interleukina (IL-6) cuando los pacientes tienen una grave desnutrición (Raymond, 2000), si bien no se ha podido determinar si estas alteraciones son consecuencia de la desnutrición, acompañan al trastorno o participan en su desarrollo.

8.3.1.6. Neuroimagen

En los últimos años la neuroimagen ha abierto un camino interesante para el conocimiento de los TCAs. Mediante tomografía axial computarizada (TAC) se ha podido constatar una reducción de la sustancia gris (Kazman, 1997) y un ensanchamiento de los ventrículos laterales que está relacionada con el bajo peso, ninguna de estas alteraciones se normaliza tras la renutrición (Krieg, 1988).

Mediante la tomografía por emisión de positrones (PET) podemos estudiar cómo es el metabolismo cerebral de los pacientes, y se ha podido demostrar que en la AN durante la fase aguda se produce una disminución metabólica que se recupera con la ganancia de peso en todas las áreas excepto en el cortex parietal y frontal inferior (Delvene, 1995; Delvene, 1996). También se ha visto un aumento del flujo sanguíneo en los lóbulos temporales mediales bilaterales que se ha relacionado con la distorsión de la imagen corporal.

La tomografía computarizada por emisión de fotones individuales (SPECT) también ha desvelado que en la AN se produce una hipoperfusión de los lóbulos temporal parietal, occipital y tèmpero-parietal, tèmpero-occipital u orbito-frontal (Rastam, 2001). Simultáneamente y con la misma técnica, Takano (2001) observó una disminución del flujo sanguíneo en cortex prefrontal medial y girus cingulado anterior y también en el tálamo y el complejo amígdala -hipocampo.

Por fin, la resonancia magnética cerebral nos ha permitido observar que las pacientes con AN tenían un: aumento de tamaño de los ventrículos laterales y una dilatación de los surcos corticales y del cerebelo que persisten tras el tratamiento (Kingston, 1996).

Estas observaciones indicarían que el hambre produce una actividad hipotalámica de la corteza insular de las áreas límbicas y paralímbicas (corteza del lóbulo frontal medio, cíngulo anterior, hipocampo y parahipocampo (Tatarami, 1999), mientras que la saciedad incrementa el flujo en la corteza prefrontal y el lóbulo parietal inferior (Gautier, 1999), disminuyendo el de la corteza insular y la orbito-frontal, estos cambios de flujo correlacionan con los niveles de insulina tras la comida (Liu, 2000). Sin embargo en las pacientes con AN los estímulos de comida produjeron menor flujo sanguíneo en las regiones corticales temporo-insulares izquierdas (Gordon, 2000)

8.3.1.7. Alteraciones neuroquímicas

No es fácil determinar dónde empiezan los elementos heredados o adquiridos de este tipo de vulnerabilidad, pues los hábitos alimentarios producen respuestas compensatorias que se confunden con lo que podría estar previamente al trastorno. Por

otra parte podrían considerarse una vulnerabilidad inespecífica similar a la de otros trastornos psiquiátricos con los que los TCAs suelen tener mucha comorbilidad (Largo Gómez, 2002).

Incluyen alteraciones en diversas vías de neurotransmisión y diversos péptidos y hormonas:

1.- Alteraciones serotoninérgicas: La serotonina regula la alimentación actuando sobre la zona ventromedial del hipotálamo, produciendo una sensación de saciedad, sobre todo de los hidratos de carbono, que se traduce en una disminución de la velocidad de la ingesta y una disminución de la cantidad de comida ingerida (Leibowitz, 1986; Halford, 2000). En los TCAs se ha evidenciado un déficit serotoninérgico, medido a través de los niveles plasmáticos de triptófano (Coppen, 1976), de 5-HIAA en LCR (Kaye, 1988), y de la liberación de prolactina tras estimulación 5-HT (Goodwin, 1989; Kaye, 2001; Brewerton, 1996), que es mayor en los pacientes anoréxico-bulímicos que el de los anoréxicos restrictivos (Kaye, 1984), en los que podría ser secundario a la menor disponibilidad de triptófano en la dieta (Sánchez Planell, 1997). Esta hipofunción serotoninérgica explicaría la ausencia de saciedad y los atracones de comida en los pacientes compulsivos, además de la alta frecuencia de trastornos afectivos los TCAs. (Chinchilla, 1994).

2.- Alteraciones noradrenérgicas: La noradrenalina tiene dos funciones sobre el apetito, al actuar en el núcleo paraventricular produce un aumento de la cantidad de comida ingerida, con retraso de la sensación de saciedad y una mayor preferencia por los hidratos de carbono, con disminución de la apetencia por las proteínas, mientras que cuando actúa en el área perifornical disminuye la apetencia por los hidratos de carbono. Tanto en la AN como en la BN se han encontrado una hipofunción noradrenérgica (Kaye, 1984 y 1984b; Kasset, 1989; Bousoño, 1994; Chinchilla, 2002).

3.- La dopamina es un indicador de la saciedad y de la respuesta hedónica a la comida, que tienen un efecto dosis-dependiente, de modo que dosis bajas de

dopamina estimulan la alimentación y dosis altas la inhiben. En la BN habría una hipofunción dopaminérgica (Chinchilla, 2002)

4.- Alteraciones en el sistema opioide: cuando los opiodes actúan sobre el hipotálamo aumentan la ingesta. Se han encontrado niveles altos de opioides tanto en la BN como en las anorexias con bajo peso (Chinchilla, 2002), lo que ha llevado a postular una hipótesis adictiva de los TCAs, según la cual los pacientes con estos trastornos tendrían un sistema opioide sobreactivado o hipofuncionante. A este estado se podría llegar tanto por medio de la inanición prolongada como por medio de atracones, en ambos casos se obtendría la liberación de opiáceos endógenos, que al activar las áreas dopaminérgicas del refuerzo pondría en marcha un ciclo que se repetiría en el futuro. De esta forma se explicaría también la alta comorbilidad con las adicciones, juego patológicos, conductas compulsivas, etc., pues tendrían una misma base neuroquímica (Marrazzi, 1995; De la Gándara, 2000).

5.- La colecistoquinina es un péptido secretado en la mucosa intestinal tras la ingesta y que ejerce su acción a través de vías aferentes vagales disminuyendo el vaciamiento del estómago y aumentando la sensación de saciedad. Niveles inferiores de colecistocinina posprandrial justificarían la disminución de la saciedad y la aparición atracones en la BN (Chinchilla, 1994).

6.- El péptido YY y el neuropéptido Y son los más potentes estimulantes de la ingesta, teniendo sobre todo una acción selectiva sobre los hidratos de carbono. Se han encontrado valores significativamente elevados de neuropéptido Y, y normales de péptido YY en el LCR de los pacientes anoréxicos con delgadez extrema, y al contrario en la BN. Estos cambios se deberían a un incremento o descenso homeostáticos en su secreción (Kaye, 1990; Chinchilla, 1994).

8.3.1.8. Trastornos neuroendocrinos

Diversas alteraciones endocrinas se han encontrado en los TCAs, por una parte, Young (1991) señala el poder anorexígeno de los estrógenos en la etiología de la AN y sugiere

que la progesterona (bloqueadora de estrógenos) podrían mejorar el pronóstico de la AN. Un síntoma común en la AN es la amenorrea, pero a veces precede a la pérdida de peso y otras persiste meses después de la recuperación ponderal. Esta amenorrea se suele acompañar de disminución de los valores de la LH (hormona luteinizante) y de la FSH (hormona foliculoestimulante), lo que indica que es de origen hipotalámico (suprahipofisaria) (Chinchilla, 1994).

Por otra parte, se ha podido apreciar en algunos casos una reducción del volumen de la glándula tiroides, sin embargo, no es necesaria esta atrofia para que muchas pacientes con anorexia tengan una disminución de las concentraciones de T3 y/o T4 sin respuesta compensadora de la TSH. Warren (1999) entiende que estos cambios buscan evitar el gasto energético en períodos de restricción alimentaria.

Otras observaciones de este orden son que el 50% de las pacientes con AN tienen un aumento de GH (hormona del crecimiento), pero sin la clónica esperable, (Herzog y Copeland, 1985) y un aumento del cortisol basal con el ritmo circadiano conservado y sin clínica de hiperfunción cortical, lo que indica una resistencia al cortisol en estas pacientes (Stoving, 1999).

8.3.1.9. Biología de la alimentación

Se ha podido observar que los pacientes con AN tienen una mayor sensación de saciedad subjetiva (Robinson, 1989), salivan menos en respuesta a estímulos olfativos de los alimentos (LeGoff, 1988) y un retraso del vaciamiento gástrico (Robinson, 1988). Estos hechos contribuirían a que en ellos se produjera una pérdida del valor como recompensa de la comida que adquiriría características fóbicas (Channon, 1988; Ellison, 1998; Leonard, 1998; Gordon, 2001).

En estos cambios, que afectan a la regulación del apetito estarían implicadas también la regulación de la insulina, la leptina, la grelina y la hormona del crecimiento (Uhe, 1992; Chinchilla, 1994; Lear, 1999; Nakai, 1999; Baranowska, 2000; Monteleone, 2000; Brown, 2001).

8.3.2. Antecedentes psicopatológicos familiares en los TCAs

- 1.- Trastornos de la afectividad: se ha informado de forma consistente que entre las familias en las que un miembro tiene un TCA existen más antecedentes de trastornos afectivos (Woodside, 1993) que entre las familias que no tienen estos trastornos (Schmidt, 1999; Moorhead et al., 2003), y que entre aquellas que tienen miembros con trastorno bipolar, esquizofrenia o trastorno límite de personalidad. (Hudson, 1983).

Si distinguimos por tipologías, esta tendencia se confirma para la AN (Theander, 1970, Chinchilla, 1994), especialmente si es restrictiva, pues hasta el 60% de las madres de estos pacientes tenían antecedentes de amenazas y tentativas de suicidio, y con mucha frecuencia episodios depresivos durante la lactancia del hijo preanoréxico. Este hallazgo se ha interpretado como una dificultad en la crianza que podría haber impedido la empatía necesaria entre el bebé y su madre, que daría lugar a un vínculo inseguro entre ambos (Wold, 2010). Por su parte, también se ha podido observar entre las familias con BN una mayor presencia de trastornos de la afectividad, (Bousoño, 1994; Schmidt, 1997; Fairburn, 1999; Moorhead et al., 2003).

Sin embargo, al no haberse encontrado una prevalencia mayor de trastornos alimentarios en parientes de primer grado de personas afectadas de trastorno afectivo, Halmi (2001) cree que para que se manifieste la anorexia nerviosa debe existir una predisposición independiente de los TCAs, superpuesta a la predisposición a los trastornos afectivos.

- 2.- Trastornos de Ansiedad, Fobias y TOC: La fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), son patologías frecuentes en estas familias, seguidas en frecuencia por las fobias simples, el trastorno de pánico y la agorafobia (Kasset et al., 1989; Halmi, 1991). Halmi (2001) entiende que el vínculo entre el trastorno obsesivo-compulsivo de las madres y la anorexia nerviosa de sus hijos sería la disfunción serotoninérgica.
- 3.- Abuso de alcohol y otras sustancias: es muy frecuente entre las familias de pacientes con BN (Woodside, 1993; Schmidt, 1997; Fairburn, 1999; Moorhead, 2003). Sánchez Planell, (1997) considera a la dependencia de sustancias y a la

BN como variantes de un mismo trastorno subyacente que se desarrollaría en la forma de uno u otro trastorno en función de las presiones culturales.

- 4.- Obesidad y preocupación paterna por el peso: La obesidad también ha sido un hallazgo frecuente entre las familias con un miembro con TCA (Crisp et al., 1974; Woodside et al., 1993). Además, muchos de estos padres tienen una actitud hacia el cuerpo y la alimentación complementaria con la de sus hijas. En estas familias es frecuente que los padres se preocupen en exceso por la comida y ejerzan una gran presión a sus hijos para que controlen el peso desde edad muy temprana (9 y 10 años) (Thelen y Cornier, 1995). Esta forma de afrontar la crianza de sus hijos se da más cuando los padres tienen una mayor insatisfacción con su cuerpo y una preocupación por el peso, siguiendo dietas restrictivas. Se asocia sobre todo con la AN (Kalucy, Crisp & Harding, 1974).
- 5.- Los trastornos alimentarios también son frecuentes entre las familias con un miembro con TCA, y estarían presentes en aproximadamente un 40% de los parientes de primer y segundo grado (Theander, 1970; Crisp, 1974; Kalucy, 1977; Strober, 1985; Woodside et al., 1993; Moorhead, 2003; Ochoa de Alda et al., 2006).
- 6.- Los abusos sexuales en algún integrante de estas familias también son frecuentes en estas familias (Woodside et al., 1993)

8.3.3. Comorbilidad

El 50% de los TCAs presentan un trastorno comórbido, siendo los más frecuentes los trastornos afectivos (Chinchilla, 1994) que llega a darse en el 25 % de los casos (depresión mayor y distimia), pero también se suelen encontrar trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, trastornos de pánico, ansiedad generalizada y agorafobia) (Kendler, 1991; Chinchilla, 1994; Garfinkel, 1995) y adicciones (Chinchilla, 1994).

La presencia de los trastornos de la personalidad en los TCA es un hecho importante por su frecuencia (Braun, 1994; Herzog, 1998), quizás por su papel etiológico y por la

influencia en el curso del trastorno. Se ha estimado que entre un 21% - 93% de estos pacientes presentarían un trastorno de la personalidad (Rosevinge, 2000; Garner, 1980), y que los TCAs de tipo compulsivo/purgativo tienden a tener más de un diagnóstico, entre los que suelen estar los del clúster B (Trastorno límite de la Personalidad y Trastorno Histriónico) (Braun, 1994; Wonderlich, 1994; Herzog, 1998).

Cuando tienen un trastorno de la personalidad tienen más conductas de pérdida de control alimentario, más síntomas depresivos, obsesivo-compulsivos y de ansiedad, y si se trata de un trastorno límite de la personalidad más tasa de alcoholismo, trastorno por uso de sustancias, e intentos de suicidio (Wonderlich, 1994; Verkes, 1996), lo que repercute en su funcionamiento psicosocial y en el curso de su trastorno (Vaz Leal, 2003).

Algunos de estos trastornos son debidos a la fase aguda del trastorno (desnutrición, compulsividad) (Fahy, 1993), sin embargo, en torno al 27% de ellos mantenían estos rasgos a largo plazo, lo que indicaría la existencia de un patrón de personalidad estable e independiente de la severidad del TCA (Wonderlich, 1994; Garner, 1989; Herzog, 1998; Casper, 1986, Dancynger, 1997, Muller, 2001).

Los Trastornos de la Personalidad se distribuyen de distinta manera siguiendo una dimensión que va de la AN restrictiva, que se asocia al cluster C (Ansioso-Temeroso) (Skodol, 1993; Herzog, 1998, Díaz-Marsá, 1999), pasando por la AN compulsivo-purgativa, más grave y con más diagnósticos, que se asocia, en parte al clúster C (Herzog, 1998), pero sobre todo al clúster B (Dramatico-Emotivo) (Díaz-Marsá, 1999), y de sus trastornos sobre todo al Trastorno Límite (Sansone, 1989; Kennedy, 1990; Ames Frankel, 1992; Skodol, 1993; Díaz-Marsá, 1998; Herzog, 1998; Díaz-Marsá, 1999), para terminar en la BN con claro predominio del Cluster B (Sansone, 1989; Ames Frankel, 1992; Díaz-Marsá, 1998; Herzog, 1998), seguido del Trastorno Histriónico (Díaz-Marsá, 1999). Como podemos ver, los pacientes con conductas purgativas son más propensos a recibir diagnósticos del Eje II que los pacientes del subtipo restrictivo (Vaz Leal, 2003).

8.3.4. Influencia de la crianza

Los estilos de crianza han sido señalados como factores que influían en la aparición o el curso de los TCAs. Para acotar estos estilos Baumrind (1973, 1989) describió cuatro dimensiones de la crianza: afecto-hostilidad; comunicación; exigencias de madurez y control, y en función de éstas, tres tipos de crianza: autoritaria (control sin afecto); democrática (guía afectuosa) y permisiva. Más adelante, MacCoby y Martin (1983), con tan solo dos dimensiones (control y afecto) definieron cuatro estilos educativos en función de sus posibles combinaciones: autoritario; democrático; indulgente e indiferente.

En los estudios realizados con estas dimensiones en las familias con un miembro con TCA, comparadas con familias sin TCA, se ha visto que las madres puntúan más en control (Suzuki, 1994, Cava, 2003), en rechazo y en sobreprotección (Cava, 2003), y menos en afecto (Tiger, 1989; Suzuki, 1994; Palmer, 1998; Cava, 2003), lo que las describe como madres sobreprotectoras y con poco afecto. Mientras que los padres puntuaban menos en cuidado (Suzuki 1994) y más en rechazo (Cava, 2003). Pero lo más interesante del trabajo de Cava, Rojo y Livianos (2003) es que la presencia de rechazo paterno multiplica por un 14,7 el riesgo de que una adolescente tenga un TCA, seguido en importancia por el afecto materno. Estos resultados señalan la gran importancia que tendría la figura paterna en el desarrollo psicosocial de los hijos.

En este sentido, y desde un punto de vista psicoanalítico, Manzano, Palacio y Zilkha, 2003 han descrito el trasfondo de esos estilos de crianza. Para estos autores, su base estaría en las proyecciones narcisistas que hacen esos padres sobre sus hijos, y las divide en tres grupos:

1. cuando los padres proyectan una imagen infantil de sí mismos carencial, idealizada o dañada en el niño.
2. cuando los padres proyectan la imagen de un objeto interno dañado, idealizado o negativo de sí mismos en el niño.
3. cuando proyectan en el niño imágenes de sí mismos o de objetos internos de los padres persecutorios o muy dañados.

Estas proyecciones, son vivencias negadas, que al ser depositadas en sus hijos actúan dominando su conducta, sus emociones, y la relación entre ambos, con el fin de satisfacer a esos padres carenciados.

8.3.5. Personalidad

La personalidad de los pacientes anoréxicos ha sido descrita por los siguientes rasgos:

1. retraídos, restricción de las emociones, evitación del riesgo, tendencias al aislamiento (King, 1963; Strober, 1991; Chinchilla, 2002; Mateos, 2003).
2. reservados, pensativos, serios, baja búsqueda de novedades (Strober, 1991; Kleifield, 1994; Chinchilla, 2002; Mateos, 2003).
3. escrúpulos de conciencia ante hechos nimios, obsesividad, rigidez, conductas metódicas y repetitivas, poca adaptación a los cambios (Halmi et al., 1977; Strober, 1991; Chinchilla, 2002) temor a la separación e individualización, dependencia del refuerzo (Johnson y Connors, 1987; Strober, 1991; Bulick, 1995; Mateos, 2003).
4. obediencia y sumisión (Halmi et al., 1977; Johnson y Connors, 1987).
5. sacrificio y enorme laboriosidad (King, 1963; Díaz-Marsá, 1998).
6. perfeccionismo (Halmi et al., 1977; Johnson y Connors, 1987).
7. sentimientos de incapacidad, baja autoestima (King, 1963; Johnson y Connors, 1987; Chinchilla 2002).
8. tipo *sensitivo* de Krestchmer, elevada sensibilidad ante la aprobación o negación, ajena, propensión a la autorreferencia (Johnson y Connors, 1987; Strober, 1991; Chinchilla, 2002).

9. humor depresivo (Johnson y Connors, 1987).
10. labilidad emocional, irritación (King, 1963).

La personalidad de los pacientes con BN comparte la mayoría de estos rasgos, si bien difieren en que son:

1. emocionalmente lábiles e impulsivos, con alta evitación del riesgo (Díaz-Marsá, 1998; Chinchilla, 2002; Mateos, 2003).
2. extrovertidos, simpáticos, con alta búsqueda de emociones y excitabilidad (Strober, 1991; Chinchilla 2002; Mateos, 2003).
3. falta de persistencia (Strober, 1991; Díaz-Marsá, 1998; Mateos, 2003).
4. tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o de falta de gratificación (Strober, 1991; Chinchilla, 1994).

Si tenemos en cuenta que unos son introvertidos, controlados mientras otros son extrovertidos e impulsivos, que unos tienden a la obsesividad y a la persistencia, mientras los otros se fatigan con facilidad y son más despreocupados, podríamos pensar que estas dimensiones no caracterizan a los TCAs, sino a sus subtipos, si bien muchos de ellos debutan con AN y luego continúan como BN, hecho que confunde aún más el campo de estudio. Pero podríamos enfatizar que lo que les hace iguales, en cuanto a la personalidad, son los temores de separación e individualización, la dependencia del refuerzo, las actitudes competitivas y una búsqueda de ideales elevados, además de una gran sensibilidad ante la aprobación o la negación ajena y la propensión a la autorreferencia.

8.3.6. Factores socioculturales

Los TCAs han sido considerados trastornos asociados a los valores sociales y culturales (Chinchilla, 2002), propios de los países industrializados con un alto nivel de desarrollo

social y fundamentalmente con las mujeres en un intervalo de edad entre los 12 y los 25 años (Clarke y Palmer, 1983; Davies y Furham, 1986; Leichner et al., 1986; Toro y Vilardell, 1987), aunque luego hemos podido observar cómo se extendían a otros lugares.

Todas las culturas dan un significado a la comida y al hecho de comer, que obviamente es algo más que alimentarse. Además, todas las culturas tienen sus patrones de belleza propios que vienen dados por las características sociales y los valores morales de cada época. Estos patrones se convierten en un ideal para los individuos y aquellos cuyas características encarnan este modelo gozan de admiración, de aceptación y se autoevalúan positivamente, mientras que aquellos que se alejan del mismo padecen rechazo y baja autoestima, sobre todo en una sociedad que, como la nuestra, utiliza el cuerpo como medio de diferenciación social y la delgadez como sinónimo de éxito, poder y valía (Garner y Garfinkel, 1980; Nagel, 1992; Toro, 1996; Chinchilla, 2002).

Las mujeres, en mayor medida que los varones, se identifican con su cuerpo ya desde tempranas edades, especialmente en la adolescencia en la que prima la pertenencia al grupo y se interiorizan las normas de éste (Chinchilla, 2002). El punto de vista del grupo está influido por los medios de comunicación y la moda que conforman las tendencias sociales a las que están sometidos los individuos (Cathcart y Gumper, 1983; Meyers y Biocca, 1992), de entre las que actualmente están aquellas que bajo el pretexto de la salud favorecen el adelgazamiento (Martínez, 1993).

Además, el papel de la mujer en la sociedad posmoderna se hace más difícil, pues la mayor parte de ellas asume el papel tradicional de ser hermosa y atractiva, a la vez están obligadas a asumir un rol más masculino que exige un equilibrio de gran exigencia (Dyrenforth, 1980).

La decisión de adelgazar es la puerta de entrada a los TCAs y esta decisión está influida por factores personales, familiares y sociales (Toro, 1996). Una razón muy utilizada es la idea de que si se controla el aspecto, se pueden controlar los problemas (Silverstein, 1986). Sin embargo, tan sólo el 1 o 2% de jóvenes sometidos a la acción de los factores socio-culturales desarrollan y sufren TCAs, luego parece evidente que se necesita una predisposición personal y otros factores desencadenantes o patógenos para que se haga

presente este trastorno (Garner y Garfinkel, 1980; Fallon, 1990; Mazur, 1996; Chinchilla, 2002).

Por lo que hoy sabemos, ni los factores socioculturales en general, ni los relacionados con los medios de comunicación (publicidad, productos) influyen de forma determinante en la decisión de adelgazar, de manera que desde el punto de vista de los factores socioculturales, no hay diferencias en el comportamiento de las personas con TCA y la población sana. En este sentido parece tener más influencia la ubicación de la persona en el contexto y el éxito personal en el mismo (Carrillo, 2003).

8.3.7. Modelos etiopatogénicos integradores

Los modelos bio-psico-sociales, como el de Lucas (1976) expuesto al inicio de este capítulo explican los TCAs como la suma de predisposiciones genéticas, las experiencias precoces, las influencias familiares y los conflictos intrapsíquicos, además de las influencias sociales y las expectativas que, interactuando en momentos críticos del desarrollo se traducirían en los cambios de conducta, de relación y de forma de ser que hemos dado en llamar TCAs

Asumiendo este modelo, pero teniendo en cuenta que una misma realidad puede tener niveles de análisis distintos, que vienen determinados por el dominio desde el cual se observa y del nivel que se va a observar, Ferrer y Casto (2003) entienden que las ANs y por extensión los TCAs, tendrían un nivel fisiológico-orgánico, otro intrasubjetivo, y en los niveles relacionales, el familiar y el cultural o social. En función de estas distintas realidades realizan una clasificación etiopatogénica en niveles de realidad complementarios que permite entender las distintas ANs y planificar diferentes intervenciones para cada una de ellas:

- 1.- Anorexia endógena de primer nivel (endocrino metabólica; nivel molecular): obedece a un trastorno del eje hipotalámico-hipofisario y a otros factores, se acompaña de otros trastornos orgánicos, son poco frecuentes, su tratamiento es médico y su pronóstico depende de la alteración orgánica.

- 2.- Anorexia endógena de segundo nivel (intrapsíquica): obedece a conflictos intrapsíquicos del sujeto, estando determinada por la estructura de la personalidad del sujeto, predominantemente histérica, y/o por los trastornos psíquicos de fondo, principalmente afectivos. Obviamente el tratamiento de elección es la psicoterapia, siendo la que ofrece mejores resultados la psicoanalítica, mientras que con los fármacos los resultados son variables y su pronóstico es incierto.

- 3.- Anorexia relacional de primer nivel (átomo familiar): obedece a disfunciones en el cambio de etapa dentro del ciclo familiar (crianza) o funcionales del sistema familiar, se beneficia de terapia de familia, y su pronóstico está en función de la resistencia al cambio de la familia.

- 4- Anorexia relacional de segundo nivel (o cultural; átomo social): obedece a claves culturales, está precedida de una dieta incontrolada, es la más frecuente y se da sobre todo en mujeres, se beneficia de tratamientos cognitivo conductuales y del control psicofarmacológico de la ansiedad y la hipotimia, siendo favorable su pronóstico.

Más recientemente, De la Gándara ha planteado un modelo evolucionista darwiniano, según el cual, la obesidad, que fue útil en los orígenes del hombre por ser una manera de acumular reservas energéticas para las épocas de escasez, ha dejado de ser funcional para la supervivencia en las sociedades opulentas. Según este autor la obesidad ya no es adaptativa biológicamente pues se asocia con una menor calidad y cantidad de vida, y con un menor éxito social y descendencia.

9. LOS TCA (ANOREXIA Y BULIMIA) Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA

Como ya hemos venido analizando, la relación entre TCAs y familia son múltiples, y ha sido descrita en numerosas ocasiones en la literatura. Algunos de los aspectos de esta

relación han sido considerados causales, otros precipitantes y la mayoría como mantenedores del trastorno (Trojovsky, 1995).

a.- Por un lado, son frecuentes los antecedentes de patología psiquiátrica entre los miembros de las familias de los pacientes con TCA.

Ya hemos visto que los trastornos afectivos se encuentran en mayor proporción que en las familias que tienen otra patología mental o las que no tienen antecedentes psiquiátricos. También el alcoholismo y abuso de sustancias La preocupación por el peso es una característica común entre estas madres, que presionan a sus hijos, para que controlen el peso y que a menudo tienen también un TCA. Son madres que suelen tener rasgos de personalidad que las hacen fuertes, rígidas y dominantes, al tiempo que poco cálidas (Woldt, 2010) con elevados niveles de perfeccionismo

(Woodside, 1993). De todas las maneras, aunque Minuchin, Rosman y Baker (1978), definieran a las familias con una integrante con trastorno alimentario como familias psicósomáticas, los estudios posteriores reflejan que no existe un solo tipo de interacción o un modelo de funcionamiento familiar particular en estos trastornos. (Yager, 1982; Espina, Pumar, García y Ayerbe, 1995; Toro, 2004).

b.- La disfunción familiar se ha asociado con un aumento de la frecuencia de trastornos alimentarios (Kluck, 2008), hasta el extremo de que Trojovsky (1995) consideran específicamente al medio familiar como responsable y sostén de estos trastornos.

Los autores que apuntan en la dirección de la causalidad, señalan una relación del paciente con su madre caracterizada por la sobreprotección, las necesidades de aprobación, la desconfianza interpersonal y o un estilo negativo de atención (Shomaker, 2009, Amianto, 2010), lo que indicaría un apego materno ambivalente e inseguro, cuando no rechazante (Swanson, 2010). Para McDermott (2010) estos sentimientos negativos y la ansiedad materna persistente durante los primeros años de vida del niño estarían relacionados con la aparición de los TCAs. Es tal la importancia que otorgan algunos autores a esta relación que Toro (2004) llega a afirmar que ni en su experiencia

ni en la literatura ha podido encontrar la presencia de un TCA si la paciente no tenía madre.

Sin embargo, esta causalidad unidireccional otorgada a la figura materna sería una visión incompleta e injusta del fenómeno, pues, a mi juicio, no es posible entender la maternidad sin el necesario correlato de la paternidad, que son partes de un mismo hecho y por tanto no pueden ser separadas. Una disfunción en la maternidad sólo es posible si la paternidad no ejerce su función niveladora, de manera que más que hablar de disfunción materna, deberíamos referirnos a una disfunción parental.

En esta dirección, Fassino (2008) encontró que los padres de pacientes con TCA tenían una baja autodirección en el cuestionario del temperamento y el carácter (TCI) de Cloninger (1993), lo que indicaría que en ellos predominaban los sentimientos de inferioridad y baja autoestima, las dudas sobre su identidad o propósitos y tendían a culpar a otros de sus problemas. Esto indica que son personas con altas posibilidades de presentar un trastorno de la personalidad y tendencia a ser inmaduros o con características infantiles, siendo su conducta a menudo reactiva, dependiente y con pocos recursos. En este mismo trabajo observa además que los padres de mujeres con AN tipo restrictivo tenían una alta evitación del riesgo, también en el TCI, lo que indicaría que su comportamiento se caracteriza por la inhibición o supresión de conductas (conducta de evitación pasiva), predominando el cuidado pesimista, la cautela y, en general, el miedo a la incertidumbre, la timidez ante los extraños, el pesimismo y la fatigabilidad. Esto indicaría que son personas con rasgos neuróticos. Pero quizás lo más interesante del trabajo de Fassino es que estas dimensiones del TCI de los padres correlacionaban con la personalidad y la psicopatología de sus hijas, aunque el autor reconoce que estos hallazgos no explican todos los fenómenos implicados.

La importancia de la función paterna queda reflejada en algunos trabajos, en los que se ha encontrado que cuando el padre era vivido como una autoridad valiosa, el autoconcepto de los hijos era más favorable y las puntuaciones en el Eating Disorder Inventory (EDI) de Garner (1983) más bajas (Enten, 2009). Además, los niveles más altos de síntomas de trastorno de la alimentación se asociaron con los estilos de crianza más autoritarios y permisivos (Haycraft, 2009).

Esta combinación de madres que buscan estar delgadas y con sentimientos de ineffectividad e inseguridad social, y padres perfeccionistas se traduciría en un autoconcepto desvalorizante, y TCA a largo plazo (Allen, 2009; Canals, 2009; Quiles Marcos, 2009).

Otros autores entienden las alteraciones familiares como una acomodación al TCA (Sim, 2009). Así Espíndola (2009) encuentra en los sentimientos de impotencia el origen de los cambios en la comunicación, actitudes y conductas familiares, mientras que Fox (2009) llega a la conclusión de que el TCA funciona como un inhibidor emocional evitando la expresión de la ira y el disgusto tan frecuente e intenso entre estos pacientes.

Sin embargo, son muchas las familias en las que encontramos una alta expresividad emocional, elemento que para Weisbuch (2010) es predictor de conductas alimentarias poco saludables y restrictivas. Estos niveles de expresividad emocional serían diferentes de los que encontramos en familias de pacientes esquizofrénicos y tendrían gran similitud con los que vemos en las familias con depresivos (Zabala, 2009).

Aunque se manifieste de muy diferentes modos, en general son descritas como familias convencionales (Trojovsky, 1995), pero están unidas por un funcionamiento patológico, que busca obstinadamente evitar conflictos internos, sosteniendo las apariencias a cualquier precio para mostrarse como familias perfectas (Rausch y Bay, 1997). Este aparentemente buen funcionamiento impide y esconde la incapacidad para enfrentarse al mundo de estas pacientes (Bruch, 1966), cuya relación temprana con sus padres se ha regido por una atención y cuidados esmerados que buscaban satisfacer las necesidades de los padres y no los deseos del niño. Para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo, sino propio (Rauch, 1997).

Así pues, existe una gran diversidad de patrones de interacción entre estas familias (Yager, 1982; Espina, 1995; Toro, 2004;), aunque existe una tendencia a que se rijan por una mayor proporción de normas que en las que no hay TCA (Gillett, 2009). Además, los pacientes percibían poca satisfacción con el apoyo familiar (Limbert, 2010), ya que describían tener relaciones familiares frías y sin sentimientos validados de amor en comparación con las del grupo de control (Fäldt Ciccolo, 2008).

Al margen de si la relación entre disfunción familiar y TCAs es causal o mantiene dichos trastornos, lo cierto es que es constante la constatación de que ambos fenómenos se acompañan y se influyen. Sirvan como ejemplo las conclusiones de los siguientes autores:

- El clima familiar es el principal predictor de los TCA (La liberte, 1999)
- Los trastornos en el ambiente familiar se asocian con pesos más bajos (Finzer, 1998).
- La rigidez familiar aumenta la susceptibilidad para los síntomas bulímicos, y se relaciona con la preocupación por la talla y la delgadez (Kuba, 2001).
- Los trastornos en el ambiente familiar se asocian con tratamientos previos (Finzer, 1998).
- Hay una relación entre la calidad relacional familiar y el resultado del tratamiento (Wewetzer, 1996).
- El mayor nivel educacional de los padres correlacionaba con un mayor riesgo de hospitalización por TCAs, probablemente por una mayor autoexigencia de estos (Ahrén-Moonga, 2009).

Los dos autores que han sido capaces de construir un modelo completo capaz de describir un conjunto de interacciones coherentes que tengan potencialidad para que se desarrolle y se mantenga un TCA, son Minuchin y Selvini, ambos desde la observación y el intento de construir una terapia familiar eficaz. Dado el interés que han suscitado estos modelos paso a describirlos:

9.1. El enfoque estructural en las familias

Minuchin estudió los modelos transaccionales de familias con diversos trastornos psicósomáticos, entre ellas nueve familias de pacientes anoréxicas, y encontró que el

sistema familiar tenía una organización y un tipo de interacción típicos, que se distinguían por cuatro características (Onnis, 1990):

1. **Agglutinamiento:** los miembros de la familia están sobreinvolucrados recíprocamente. Cada uno tiende a influir en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. Además, los límites generacionales e interindividuales son débiles, produciéndose una gran confusión de roles y funciones.
2. **Sobreprotección:** todos los miembros de la familia muestran un alto grado de interés recíproco, protegiéndose unos a otros y entre sí. Cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para protegerlo y circularmente, la enfermedad del paciente adopta una función protectora con respecto a la familia.
3. **Rigidez:** La familia es resistente al cambio, se presentan, a menudo, como una familia unida y armoniosa en la que no existe ningún problema más allá de la enfermedad del paciente. Las relaciones con el exterior son escasas y la familia permanece como aferrada a la conservación de su propia homeostasis.
4. **Evitación del conflicto:** son familias que presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto, y para evitarlo, ponen en marcha una serie de mecanismos que ocultan el desacuerdo para que no estalle abiertamente. En este proceso la paciente (anoréxica y bulímica) juega un rol central al focalizar toda la atención en sí misma y convertirse en el nexo de todas las relaciones.

Desde una perspectiva algo diferente, Selvini construye en Milán su modelo:

9.2. Modelo de comunicación familiar en TCA según Selvini

Selvini-Palazzoli (1991) considera que la relación entre la paciente anoréxica y su familia, y más específicamente entre la paciente y su madre, es un factor esencial en la

aparición de las alteraciones de la personalidad en el período premórbido de la anorexia nerviosa.

En este sentido, observa que, frecuentemente, las pacientes anoréxicas proceden de familias con padres que tienen una relación frágil que se mantiene unida por la preocupación compartida de proteger a su hijo enfermo, síntoma somático que expresa y alivia el estrés. Así, el conflicto conyugal se transforma en un conflicto parental, y estas pacientes bien cuidadas en lo material, no pueden satisfacer sus necesidades emocionales.

En esta relación la madre se apodera de su hija, pero a la vez necesita que esta se sienta satisfecha para confirmar que es una madre perfecta, mientras que el padre, cuya función normalizadora y saludable sería separarlas, se siente incapaz de imponer esos límites, ya sea por su inconsistencia o por su rigidez y paranoidismo, y deja a la hija prisionera de la ambivalencia materna. Luego, al llegar a la adolescencia los intentos de la niña por hacerse autónoma son abortados por los padres, que buscan evitar que su unión deje de tener sentido.

En este modelo descrito por Selvini, la vivencia corporal patológica se desarrolla a partir de una relación madre-hija en la que ésta confunde su cuerpo con el objeto incorporado (la madre), del que solo introyecta sus aspectos malos y desvalorizantes, quedando condenada a una lucha para separarlo de sí. Dicho de otra manera, el cuerpo de la anoréxica no contiene el objeto malo, sino que es el objeto mismo (Sanfeliu, 1997).

Simultáneamente rechaza la feminidad desde la ambivalencia que supone desear crecer, al tiempo que no acepta la pérdida de la seguridad y los privilegios infantiles. En efecto, esto se perpetúa cuando los padres no escuchan las necesidades emocionales de las pacientes y centran su atención en la pérdida de peso.

En la Tabla 18 podemos observar las siguientes etapas por las que pasan estas familias, según el modelo de Selvini, y cómo son las relaciones entre los miembros de la familia hasta desembocar en el establecimiento del TCA como mantenedor de la homeostasis familiar.

Estadios que desembocan en la conducta anoréxica (Selvini, 1991)	
<p>1º Estadio: la relación entre los padres sigue las siguientes reglas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rechazo de los mensajes de los otros (ya sea en el contenido o en la relación) ○ El padre no puede asumir abiertamente el rol del líder. ○ Prohibición de alianzas abiertas de dos miembros contra un tercero. ○ Nadie se hace cargo de culpa alguna. <p>Estas reglas involucran a los miembros de las familias extensas.</p>	
<p>2º Estadio: la preAnoréxica se implica precozmente en el juego de los padres. En la clínica se observan dos funcionamientos durante la infancia y preadolescencia:</p> <p>La preAnoréxica, sometida a su madre es su confidente. Ésta le revela los sufrimientos que le inflige su marido y la hija se compadece de su madre, aunque no le tenga estima. La hija siente superioridad moral y privilegio en la relación con la madre.</p> <p>En esta fase, la preAnoréxica mantiene una posición equidistante de los padres.</p>	
<p>3º Estadio: al llegar la adolescencia, la preAnoréxica cambia la percepción que tenía de su padre. Percibe que la madre elige a otro hermano. Abandonada, se identifica con el padre solo y abandonado como ella, pero lleno de valores, y toma partido por ese padre, del que espera ponga en su sitio a la madre.</p>	<p>La hija es la preferida del padre, que la considera como él. Admira a un padre superior a la madre.</p> <p>La seducción padre-hija se incrementa.</p>
<p>4º Estadio: de malestar relacional intenso, aparece la dieta: Abandonada por la madre e instigada por el padre, siente la necesidad de diferenciarse de su madre y experimenta aversión ante la idea de parecerse. Se adecua a las exigencias del modelo propuesto por la moda e iguales.</p> <p>La reducción alimentaria evoluciona hasta ser una protesta muda y un rechazo contra su madre. Las preanoréxicas consideran que su propia decisión es el “detonante” de un cambio.</p>	<p>Con la dieta desafía a su madre tras un periodo de conductas conflictivas.</p>
<p>5º Estadio: Viraje paterno. Traicionada por el padre: siente rencor y desprecio, y reduce sus ingestas peligrosamente, para humillar a su madre y mostrar a su cobarde padre lo que es capaz de hacer.</p>	
<p>6º Estadio: estrategias basadas en el síntoma. La anoréxica descubre el poder del síntoma, que le devuelve el lugar de privilegio infantil y establece un vínculo pseudosimbótico con su madre, caracterizado por la hostilidad y el control.</p>	

Tabla 18 Seis estadios que desembocan en la conducta anoréxica, adaptado de Selvini. Elaboración propia.

Diversas publicaciones han apoyado el modelo de Selvini, pues se ha encontrado que entre las familias en las que hay un miembro con Anorexia Nerviosa las relaciones familiares son más complejas y menos satisfactorias que en las de los controles (Weinreich, 1985; Pike, 1991; Wewetzer, 1996), en ellas existe una discrepancia interminable entre la paciente y su familia (Scheff, 1989), teniendo características propias de las familias psicósomáticas, esto es, son evitadoras de conflictos y con baja expresividad emocional (Dare, 1994).

Y aunque a primera vista estas familias no tienen alteraciones importantes, se guían por valores sociales tradicionales y tienen un estable y aceptable estatus social, en ellas las relaciones paterno-maternales se caracterizan por la alta actuación y la pseudo-solidaridad, (Gensicke, 1979). También en la línea del modelo de Selvini la relación

madre-hija es simbiótica, pero agresiva (Overbeck, 1979; Bonenberger, 1988) y hostil (Jonckheere, 1988)

En cuanto a la relación padre-hija, Bonenberger (1988) ofrece algunas aparentes discrepancias con Selvini (1991) y aunque también otras coincidencias. En su trabajo encontró que:

- el 75% de los padres eran autoritarios y dominantes vs. el 17% de padres débiles y pasivos.
- el 44,5% de los pacientes tenían un problema edípico con el padre.
- el 33,3% tenían un rechazo agresivo del padre.

Esto indicaría que existen estructuras y dinámicas diversas, siendo el modelo de Selvini sólo uno de los posibles.

Ahora bien, ¿el conflicto es igual para todos los tipos de Trastornos de la Alimentación? La pregunta no tiene fácil respuesta, pues aunque para Wilson (1982) el conflicto emocional es el mismo en la AN y BN, Di Pentima (1998) considera que el lazo familiar es más adecuado cuando la clínica es del tipo AN-R que cuando es de ANcp.

Wilson (1982) entiende que la clínica es distinta por la diferente estructura del carácter de unas y otras pacientes, mientras que Di Pentima (1989) cree que la diferente sintomatología obedece una diferente estructura y dinámica familiar.

Mientras que las pacientes con AN suelen tener familias con relaciones estrechas aunque problemáticas, y sienten su cuerpo bajo el control de sus padres introyectados de una forma intrusiva y no empática, las BN suelen proceder de familias distantes y conflictivas, con unos padres negligentes y rechazantes, que pasan por una adolescencia difícil en la que han existido serias dificultades para resolver sus problemas de dependencia y separación (Laliberte, 1999).

Algunos autores señalan que las bulímicas toman el cuerpo como objeto transicional en él expresan la ambivalencia que sienten hacia sus padres y hacia lo que de ellos reciben, (la comida buena y la comida mala) o hacia el propio yo identificado con ellos.

9.3. Los padres como transmisores de valores socio culturales

Una función primordial de la familia es transmitir los valores socioculturales del entorno en que se desarrollan las personas, pues estos valores regulan la conducta y permiten la adaptación social. En este sentido los padres, aunque no solo ellos, transmiten, a través de la propia conducta y el pensamiento, a sus hijos una visión de cómo deben ser las relaciones interpersonales, de que es lo deseable y lo reprobable, además de una manera de razonar y una visión de la vida y las cosas, pero también una idea de lo que el propio hijo es, de lo que es deseable y de lo que es reprobable en él.

Entre estos hechos socioculturales, la alimentación adquiere el carácter de un hecho principal en nuestras vidas, en primer lugar porque desde el principio es necesaria para la supervivencia, en segundo porque es un vehículo de las sensaciones de placer y malestar y por tanto de nuestra forma de percibir el mundo, con deseo o con rechazo, con urgencia o calmadamente, como un lugar confortable y nutriente, o como peligroso y nocivo. Es entonces el vehículo de nuestros primeros vínculos y patrón de los futuros, por tanto un hecho social lleno de significados sobre los otros y sobre uno mismo, en torno al que se organizan las primeras negativas que nos separan de los otros y configuran nuestra identidad psíquica y corporal, si es que estas se pueden separar. Esta identidad puede ser vivida según el tipo de vinculación que se haya desarrollado como armónica o rechazante (Caparros y Sanfeliú, 1997).

También los padres, como integrantes de la cultura, transmiten a sus hijos las presiones que ellos reciben de los modelos socioculturales sobre el desarrollo de la insatisfacción corporal y las preocupaciones por comer (Rodgers, 2009). Y lo hacen a través de las normas, del aprendizaje social o del modelado de sus propias actitudes. Toro (2004) resalta el hecho de que a muy corta edad, los niños se conducen alimentariamente de una manera muy similar a sus padres.

Esta transmisión familiar es muy compleja y los estudios que han intentado comprenderla señalan que depende de múltiples factores tales como el control alimentario y del peso corporal, la presencia de síntomas en la familia, así como la presión social hacia la delgadez, las burlas y las críticas referentes al peso, que se asocian comúnmente al desarrollo de sintomatología de TCA en los hijos desde muy temprana edad (Levine et al., 1994; Thelen et Cornier, 1995; Edmund et Hill, 1999; Fairburn et al., 1999; Jacobi, et al., 2001).

El aspecto negativo de lo anteriormente expuesto es que las percepciones de los padres sobre el peso de sus hijos son más poderosas que el peso objetivo del cuerpo del niño para predecir el desarrollo de trastornos de la alimentación (Allen, 2009), pero el positivo es que los mensajes que transmiten los padres y las actitudes socioculturales pueden actuar como factores protectores en los TCAs (Cordero, 2009).

Si repasamos los factores antes señalados, encontramos que cuando existe un miembro de la familia haciendo dieta, existen muchas posibilidades de que además observemos actitudes anormales hacia la alimentación en esa familia (Pike, 1991; Bilali, 2010). También que la presencia de antecedentes de TCAs entre los padres o hermanos diferencia claramente a las mujeres con TCA de las que no lo han desarrollado (Moorhead et al., 2003), y es mucho más probable la aparición del trastorno y mayor la magnitud de la sintomatología medida con el Eating Attitudes Test (EAT) de Garner, 1979 (Ochoa de Alda, Espina y Ortego, 2006).

Recordemos que los padres de pacientes con TCA presentan más problemas de peso y preocupación por la comida que los de familias sin TCA (Crisp, Harding & McGuiness, 1974) y que específicamente, los padres de pacientes con anorexia tienen más insatisfacción con su cuerpo, más preocupación por el peso y siguen con más frecuencia dietas restrictivas (Kalucy, 1977).

Si analizamos específicamente la influencia de las madres en la aparición de los TCAs, Jacobi (2001) ha hecho un seguimiento de niños desde su nacimiento hasta los 8 años, y encontró que cuando sus madres, preocupadas por el peso hacían dietas, sus hijas terminaban por tener una gran preocupación por engordar. Este hecho ha sido confirmado posteriormente por Canals (2009), Tremblay (2009) y Allen (2009). En la

misma línea, Reba-Harrelson (2009) ha encontrado que las madres que padecen BN y trastorno por atracón tienen estilos restrictivos de alimentación y más hijos con problemas alimentarios que las madres que no tienen TCA, aunque la presión que hacen sobre sus hijos para que coman no es diferente entre ambos grupos. De entre la descendencia de estas madres con TCA, las que se sienten más insatisfechas con su cuerpo son las hijas mayores (Jacobi, 2008).

Es de reseñar que entre los estudios revisados no encontramos ninguno realizado sobre población de varones, quizás porque la menor incidencia de los TCAs entre ellos despierte menor interés, y por tanto, no tenemos datos sobre cómo se identifican ese grupo de pacientes.

Thelen y Cornier (1995) fueron los primeros en sugerir que la presión de los padres sobre sus hijas para controlar el peso, se asociaba con el desarrollo de sintomatología de TCA desde muy temprana edad (9 y 10 años). Confirmando lo anterior, Edmund y Hill (1999) encontraron que la mayoría de los niños y niñas que hacen dieta alrededor de los 12 años están bajo el control alimentario de sus padres. Esta conducta es tan común, que el 45% de las adolescentes son animadas por sus madres para que sigan dieta (Neumark-Sztainer, 2010).

Otro aspecto que he señalado anteriormente, son las desaprobaciones y la crítica, al igual que las burlas o bromas por parte de la familia, amigos o compañeros en relación al peso, estas costumbres son tan frecuentes que afectan al 58% de los adolescentes (Neumark-Sztainer, 2010). No es posible saber si en las décadas anteriores ocurría con la misma frecuencia, pero en cualquier caso, ahora tienen distinta relevancia y cuando estas injurias se internalizan y se convierten en un ideal, con propensión a la vergüenza de sí, se siguen de problemas alimentarios, insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos y aumenta el riesgo de intentos suicidas (Pike, 1991; Levine, Smolak, Moodey, Shuman y Hessen, 1994; Eisenberg, Neumark-Sztainer, 1999, Smolak, 1999; Story, 2003; Tremblay, 2009, (C U, A V H, C m B, R O., 2011)

En resumen, ser mujer y ser percibida con sobrepeso por uno de los padres es el predictor más fuerte de TCA en los modelos multivariados. También el índice de masa corporal materno, los problemas sociales, bajo nivel social relacionada con la

autoeficacia, y las dificultades neurocognitivas también pueden predecir un TCA (Allen 2009).

Distintos autores han confirmado que hay diferencias en los comportamientos, actitudes y creencias sobre los alimentos entre las madres de los adolescentes con y sin trastornos de la alimentación (Cordella, 2009), y que cuando la alimentación es saludable hay menos TCA (Krug, 2009), mientras que las experiencias negativas familiares relacionados con la alimentación se asocian con un riesgo mayor de que aparezcan (Kluck, 2008). En cuanto a los subtipos de TCA no se diferenciaban en el comportamiento alimentario (Krug, 2009).

La comida en familia, además de ser el lugar de la expresión del afecto que expresa la madre por medio de sus guisos, es el lugar de encuentro, donde todos los miembros tienen que presentarse ante los otros, donde la información es transmitida a todos, y en ese sentido opera como el espacio integrador, el que da sentido a la experiencia grupal en la familia tradicional. Sin embargo, en los últimos años, y sobre todo con la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral, es cada vez más frecuente que cada uno coma por su cuenta, quedando las comidas familiares reservadas solo a los fines de semana, cuando esto es posible.

Esta forma de comer fuera del entorno familiar (en guarderías, colegios, menús del día), cuando no de forma anárquica, y el dar una importancia excesiva a los alimentos parece representar un factor de riesgo en la aparición de los TCA, mientras que la alta frecuencia de comidas en familia, de forma estructurada, en un ambiente positivo, disminuye el riesgo de aparición de TCA (Pike, 1991; Mellin, 2004; Neumark-Sztainer, 2004; Krug, 2009; Neumark-Sztainer, 2009, Haines, 2010).

Así, Neumark-Sztainer (2004) en un estudio sobre 4.746 adolescentes encontró que el 18,1% de las chicas que solo hacían 1-2 comidas familiares por semana, tuvieron unas extremas conductas de control del peso en comparación con el 8.8% que hacían 3-4 comidas familiares a la semana. Esta relación entre escasas comidas familiares y TCA fue más fuerte en las chicas que en los chicos, y se mantenía cuando se controlaban varios factores familiares globales, como la cohesión familiar y las presiones sobre el peso en casa.

Cuando comparamos pacientes diagnosticadas de TCA con controles sanas, la combinación de pocas comidas en familia y preocupaciones familiares en torno al peso era mucho más prevalente en las familias con muchachas de TCA (58%) que en familias de muchachas sin TCA (7%). (Mellin, 2004).

10. RECAPITULACIÓN

En las páginas anteriores hemos podido ver como la interrelación genético ambiental es continua y está influida por las fuerzas del grupo social, que además tienen una importancia determinante en la construcción mental de lo que vivimos como realidad, y por tanto, de cómo respondemos a esta y como la construimos.

Esta percepción de la realidad ha cambiado a lo largo de las últimas décadas, haciéndose menos absoluta y más cambiante, lo que ha supuesto un debilitamiento del concepto de autoridad, de los controles del superyo, y una satisfacción inmediata del deseo individual, quedando en segundo plano las necesidades del grupo. Este triunfo del individualismo, que se ha dado en llamar posmodernidad, implica un vaciamiento del yo, que se refugia en el narcisismo, expresado en el culto esclavizante a la imagen, a la salud y al consumo.

El trauma que se oculta en la negación de la muerte y el dolor, implícitas en la posmodernidad, no dejan de operar en el funcionamiento social, y por ello también en el psíquico, produciendo modos de enfermar epidémicos, que a diferencia de las otras enfermedades, se definen por lo que las personas hacen, que en último extremo es la incapacidad de regular su conducta, de hacerse cargo de sí mismos o de los otros, esto es, la incapacidad de individualizándose y/o de responsabilizándose. Pero este comportamiento, a un nivel simbólico, es integrado socialmente como un enfermar ajeno al sujeto y a los que les acompañan, para así mantener la dependencia y la fantasía de inmortalidad.

El correlato de estos acontecimientos en lo familiar lo encontramos en la pérdida de autoridad del padre, la atomización de la familia y la gran diversidad de formas que adopta. Tres hechos cambiaron la forma de vivir la familia por sus miembros, la

abundancia de bienes de consumo que no estaban al alcance de las familias, la necesidad de mano de obra en las industrias que los manufacturaban, y la incorporación de la mujer al trabajo. Cuando el deseo de nuevos objetos y de libertad de elección y acción se despertó, estas fuerzas disgregadoras pusieron los intereses individuales por encima de los colectivos, y las funciones que antes ocupaba la familia fueron diferidas a otras instituciones, a la vez que se redujo su tamaño, haciéndose más efímera y por tanto menos segura pues su unión se fundamentaba solo en algo tan cambiante y frágil como el amor. Hoy, el afecto y el cuidado se han idealizado y los escasos hijos son idolatrados por unos padres que ahora proyectan en ellos sus carencias, en un contexto narcisista de crianza en el que ambos progenitores compiten por su amor, necesitando a la vez como un pegamento para mantenerse unidos. El resultado es la dependencia y el narcisismo.

Siguiendo con la familia, cuando estos padres no son capaces de disfrutar el uno del otro en reciprocidad, y la prohibición del incesto no es diáfana, los significados que se construyen y la comunicación afectiva se hacen ambiguos, quedando mermada la familia en su capacidad para solucionar los problemas. Y se da la circunstancia de que es precisamente el significado que cada uno de los hijos da a estos elementos (goce de los padres, prohibición del incesto, mito familiar y capacidad de resolución de problemas), sobre lo que construye la estructura de su personalidad, que a su vez es el reflejo de la estructura familiar y del lugar que cada uno ocupa en ella. De entre esos hijos, algunos, predominantemente mujeres, con alguna disposición, que han realizado vínculos inseguros, y que se identifican con ideales de éxito y belleza, se debatirán entre sus deseos de autonomía y sus necesidades de control, simbolizando esta incertidumbre en un TCA. Unos ejercerán un control obsesivo y rígido de sus rudimentaria arquitectura yoica (AN), y otros, al fracasar en sus intentos de mantener ese control, entrarán en un vertiginoso ciclo de control-descontrol (BN), que se perpetua cuando aparecen los cambios fisiológicos secundarios a esa conducta alimentaria y la acomodación familiar a esos cambios.

Se ha podido observar que la insatisfacción de los hijos es mayor cuando en sus familias hay una falta de modelos y valores claros y una gran permisividad, y sobre todo cuando les falta la seguridad de que su familia se mantendrá unida, cuando perciben que no son queridos o sienten la ausencia de uno de sus padres, que por otra parte han

dejado mayoritariamente de comer con ellos. Esta insatisfacción es frecuente entre los TCAs que perciben a sus madres como controladoras pero no afectivas, y como rechazantes al tiempo que sobreprotectoras, sin verse rescatadas por sus padres varones, de los que a menudo también sufren rechazo. Esta constelación daría lugar a personalidades sensitivas, controladoras o desbordadas que confunden su cuerpo con el objeto incorporado (la madre), del que solo introyectan sus aspectos malos y desvalorizantes, quedando condenadas a una lucha para separarlo de sí.

En fin, todos estos hechos podrían estar implícitos en la estructura familiar, que es la responsable de regular las comunicaciones y las conductas, ya que hemos podido identificar muchos de sus elementos implicados en el desarrollo de los TCAs (los que se refieren a jerarquías, límites, comunicación afectiva, alianzas y coaliciones), y podría representar el excremento y el humus de los conflictos no resueltos por la cultura posmoderna, los relativos a la individuación-grupalidad. Por ello, identificar las diferentes estructuras de estas familias, y en qué se distinguen de las que no muestran estos síntomas, es la tarea que tratamos de abordar en siguientes capítulos.

CAPÍTULO 3

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente trabajo hemos descrito los principales hallazgos científicos sobre los cambios sociales acontecidos desde mediados del siglo pasado y que han supuesto cambios radicales en la concepción de la familia y la estructuración de las personas. Hemos expuesto, asimismo, los conocimientos actuales sobre lo que se ha dado en llamar trastornos de la conducta alimentaria, que son un complejo fenómeno que reúne aspectos biológicos relacionados con la herencia genética que se cruzan con aspectos del desarrollo psicosexual y social y que surgen en un contexto familiar que, según las diferentes estructuras que lo determinan, en un determinado momento del desarrollo puede concretarse en una forma de TCA. Toda la información antes presentada justifica estudiar mejor algunas características de la estructura de las familias, analizando si diferencian a las familias que tienen un TCA entre sus miembros de las que no los tienen. Además, aunque algunos autores han intentado estudiar la estructura de las familias con TCA, no hemos encontrado en los trabajos revisados estudios con grupo de control ni series grandes de casos.

A continuación presentamos de forma detallada el diseño de esta investigación. En primer lugar, se recogen los objetivos y las hipótesis científicas de las que emerge el estudio. Posteriormente, se explica la metodología que utilizamos, los participantes, la elaboración y selección de los instrumentos de medida, el procedimiento de recogida y el análisis de la información.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal es determinar la relación existente entre las diferentes estructuras familiares y los trastornos de la conducta alimentaria.

Los objetivos secundarios se centran en distinguir qué elementos de la estructura familiar favorecen la presencia en la familia de un TCA

3. HIPÓTESIS

De acuerdo con lo que se ha expuesto en la fundamentación teórica, y en función de los objetivos que nos proponemos, pensamos que la estructura familiar tiene un peso decisivo en los TCA. Por ello, consideramos que pueden existir diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control respecto a las variables que recogemos en el cuestionario. De forma concreta nuestras hipótesis de partida son dos:

- Hipótesis Primera

Las familias con algún miembro con TCA tienen una estructura diferente de las familias sin TCA.

Esta hipótesis podríamos concretarla en las siguientes sub-hipótesis:

- Un tipo de apoyo familiar excesivo o escaso se relaciona con la presencia de un TCA.
- La dedicación excesiva de las madres al cuidado de sus hijos o la no dedicación se asocia con presencia en la familia de un TCA
- Las actitudes y comportamientos de las madres excesivamente complacientes o egoístas se asocian con la presencia en la familia de un TCA
- El/la padre y/o madre sobreimplicado/a o distante se relaciona con la presencia en la familia de un TCA.
- La excesiva o baja afectividad se asocia con la presencia en la familia de un TCA.

- La falta de reconocimiento de problemas está relacionada con la presencia en la familia de un TCA.
- Un estilo de liderazgo predominantemente autoritario o anárquico se afilia con la presencia en la familia de un TCA.
- Unos límites rígidos o imprevisibles se relacionan con la presencia en la familia de un TCA.
- La ausencia de alianzas entre los miembros está relacionada con la presencia en la familia de un TCA.
- La presencia de coaliciones entre los miembros se relaciona con la presencia en la familia de un TCA.
- La excesiva o baja afectividad se relaciona con la presencia en la familia de un TCA.

- Hipótesis Segunda

Los antecedentes familiares, el clima familiar, la preocupación por la imagen corporal y la organización de las comidas se relacionan favoreciendo la presencia en la familia de un TCA.

Lo que podríamos concretar en las siguientes sub-hipótesis:

- Una relación distante o de enfrentamiento en los padres favorece la presencia en la familia de un TCA.
- La alta o baja expresión emocional favorece la presencia en la familia de un TCA.
- La nula o excesiva organización a la hora de las comidas favorece la presencia en la familia de un TCA.

- La preocupación de los padres por su propia imagen favorece la presencia en la familia de un TCA.

4. METODOLOGIA

Este estudio utiliza un diseño descriptivo, comparativo y analítico, que consideramos apropiado para investigar las asociaciones de las distintas variables que la investigación plantea.

Con el fin de determinar la relación existente en las diferentes familias y los trastornos de la conducta alimentaria, y distinguir qué elementos de su estructura influyen en que en una familia exista un TCA nos propusimos, en primer lugar, obtener, de forma sistemática, datos de una muestra de familias en las que ningún miembro con relación de parentesco de primer grado hubiera padecido TCA, que actuaría como Grupo Control, y otra muestra de familias en las que algún miembro, en el mismo grado de parentesco, hubiera recibido un diagnóstico de TCA, que actuaría como grupo de estudio.

También se recogieron en ambas muestras información sobre otros factores extra-estructurales que en la literatura se señalaron por su capacidad de influir en el desarrollo, curso, evolución y mantenimiento del TCA.

Para definir dicha estructura familiar se procedió a la elaboración de un cuestionario heteroaplicado, compuesto por 17 preguntas específicas con tres alternativas de respuesta cada una, que permitían clasificar a las familias en función de su estructura y los elementos que la componen (jerarquía, estilo de liderazgo, tipo de apoyo familiar, alianzas y coaliciones) así como otras preguntas sociodemográficas y elementos extra-estructurales (Anexo I).

4.1. Selección y control de variables

Para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas, previamente, se definieron y se hicieron operativas las variables objeto de estudio, que agrupamos en tres categorías:

1.- Antecedentes familiares

- Antecedentes familiares de enfermedades somáticas graves (que suponen incapacidad o muerte).
- Antecedentes psiquiátricos familiares conocidos (diagnosticados y tratados).
- Antecedentes psiquiátricos familiares sospechados (sin diagnosticar).
- Nacimiento durante un duelo o tras pérdida reciente.

2.- Relaciones en la estructura familiar

- Subsistema: cada subsistema en la estructura familiar (conyugal, paternal, filial y fraternal) es un todo y una parte al mismo tiempo, lo que no hace incompatible el pertenecer a varios subsistemas al mismo tiempo. Las relaciones que entre ellos se producen son numerosas, entre ellas nos centramos en:
 - La dedicación de los padres al cuidado de sus hijos, estableciéndose 3 categorías: *Exclusiva*; *Conciliación familia-trabajo* (conciliación de la vida laboral y familiar, en la que la preocupación por los hijos es prioritaria); y *Escasa* (se implica o dedica más tiempo a otras ocupaciones que a los hijos).
 - La distancia: Actitudes y comportamientos de los padres definidas como: *Complaciente* (estilo pasivo, rechaza y delega sus propio deseos y necesidades en pos de satisfacer los de los demás); *Responsable* (tiene en cuenta las necesidades de los otros, pero también las propias, atendiendo al interés del grupo familiar); y *Egoísta* (impone sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los demás).
 - Vínculo: Forma de relación afectiva de los padres con el joven, que se clasifican como: *Excesivo* (ansiedad de separación, dependencia diádica

madre-hija, vínculos inseguros); *Adecuado* (vínculos seguros); y *Bajo* (vínculos ambivalentes, poco afecto).

- Comunicación
 - Expresión emocional: definida como *alta, baja o muy baja*.
 - Calidad de la afectividad del subsistema paternal, concretada como *excesiva, adecuada o baja*.
- Jerarquía: determina quién tiene el poder, cuáles son las responsabilidades y cuáles son las diferencias de conocimiento, historia, habilidades entre los miembros de la familia.
 - Quien ejerce el liderazgo: *el padre, la madre, ambos o ninguno*.
 - Cómo se crea la norma, se establecen 3 categorías: *Autoritario* (poder centralizado en una persona; toma las decisiones y todas las normas deben pasar por el líder. Los demás se someten a ellas); *Democrático* (importa la opinión de todos, se negocian las normas); y *Anárquico* (sin normas o si se ponen, no se hacen cumplir, Cada integrante hace lo que quiere).
 - Cómo se aplica la norma, también con tres categorías: *Rígida* (el líder no modifica la norma a pesar de las circunstancias); *Flexible* (el líder flexibiliza la norma en función de las circunstancias); *Imprevisible* (el líder modifica la norma de forma inesperada e imprevisible).
 - Cómo se sanciona la norma. Estudia cómo se establecen los límites familiares. Como en las anteriores variables, tiene cuatro opciones: *Rígida/inflexible* (siempre que se incumple la norma hay consecuencias). *Flexible* (en la aplicación de la sanción, se tiene en cuenta las circunstancias). *Imprevisible* (a veces hay sanción, otras no, independientemente de las circunstancias que rodean el incumplimiento de la

norma). *No hay consecuencias* (no hay efectos inmediatos, aunque los pueda haber a largo plazo).

- Límites: demarcan los subsistemas, definiendo la distancia y los puntos de contacto entre ellos, son las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Permiten el desarrollo, la diferenciación y la adquisición de una identidad.
- Control de los padres sobre la conducta de sus hijos, con tres estilos: *Controlador* (excesivo control, agobiantes, sobre-protectores, arropan excesiva e innecesariamente a los hijos); *Cercano* (control adecuado. Están pendientes, pero respetando las decisiones responsables y propias de los otros) y *Distante/Alejado* (bajo control, se mantienen ajenos a las necesidades de los hijos).
- Capacidad de afrontamiento: Eficacia percibida de los padres ante un problema o conflicto familiar. Tiene 3 posibilidades: *Falta de percepción del problema* (no se tiene conciencia de la situación problemática); *Percepción de habilidades de afrontamiento* (se tiene conciencia del problema y los padres consideran que son capaces de resolverlo y de que poseen estrategias para lograr la solución más eficaz); *Percepción de falta de habilidades de afrontamiento* (los padres tienen conciencia de la situación problemática, pero se sienten desbordados y creen no poseer estrategias para resolver la dificultad, no saben cómo actuar).
- Alianzas: Son la unión de dos o más personas en pro de realizar una actividad o compartir un interés común. Se valora la presencia o ausencia y en su caso con quién.
- Coaliciones: Se constituyen por dos individuos, generalmente de diferente generación, unidos contra un tercero. Se valoró la presencia o ausencia y en su caso con quién.

3. Otras variables:

- Organización a la hora de las comidas, definida como *Nula* (familias que no comen juntas, con TV puesta, sin comunicación ni diálogo, ni un menú común para todos); *Adecuada* (ambiente relajado, la familia come junta. La comida representa un momento de encuentro familiar); o *Excesiva* (excesivo control y organización durante las comidas. Existe tensión en la comida por el cómo comer).
- Preocupación de los padres por la dieta alimentaria. Con tres posibilidades: *Excesiva*: (gran preocupación por el menú y la cantidad/calidad de las comidas, tanto si se insiste en comer más, como si se censura el comer tanto. Obsesión por los menús, preocupación excesiva por lo que es sano, lo que adelgaza o lo que engorda, etc. Tensión por el qué comer); *Intermedia* y *Escasa* (no se da importancia a la dieta, el qué ni el cómo).
- Preocupación de los padres por la imagen, Valorándose la importancia que dan los padres a su imagen corporal). Se categoriza como *Alta/excesiva*; *Intermedia* y *Escasa*.
- Qué padre se preocupa más por su imagen, Con las dos únicas posibilidades, el padre o la madre.
-

4.2. Muestras

Muestra 1 *casual o incidental*. en la que hemos seleccionado directa e intencionadamente los participantes, en nuestro caso, este *grupo de estudio* está compuesto por todas las familias nucleares (135) que acudieron a tratamiento al Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos y de la Unidad Regional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (URTA) durante el período de reclutamiento, y que cumplían los criterios de selección que en los párrafos siguientes se detallan.

Muestra 2 *por cuotas*. También denominado en ocasiones "accidental". Se asienta generalmente sobre la base de un buen conocimiento de los estratos de la población y/o de los individuos más "representativos" o "adecuados" para los fines de la investigación. Mantiene, por tanto, semejanzas con el muestreo aleatorio estratificado, pero no tiene el carácter de aleatoriedad de aquél. En este tipo de muestreo se fijan unas "cuotas" que consisten en un número de individuos que reúnen unas determinadas condiciones. Una vez determinada la cuota se eligen los primeros que se encuentren que cumplan esas características. Este segundo grupo, que funciona como *grupo control*, está formado por el mismo número de familias nucleares extraídas de los Centros Educativos de Formación Profesional e Institutos de la Ciudad de Burgos.

Las familias que conformaron la muestra 1 tienen entre sus miembros algún paciente diagnosticado/a de TCA (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado) según criterios DSM IV-TR, con una edad comprendida entre los 14 y los 26 años; que viven en el núcleo familiar de origen; que pertenecen a una familia biparental y con un número de hijos entre uno y tres.

Las familias obtenidas de la población general, muestra 2, comparten las mismas características sociodemográficas citadas en el párrafo anterior, pero entre sus miembros de 1º grado no existe un diagnóstico de TCA, ni diagnóstico de enfermedad mental.

	Nº de Familias	Extraídas de:
Muestra 1. Familias en las que alguno de sus miembros de primer grado ha sido diagnosticado de un trastorno de conducta alimentaria TCA	135	Unidad Regional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (URTA) y del Hospital de Día del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos.
Muestra 2. Familias en las que ninguno de sus miembros de primer grado ha sido diagnosticado de trastorno de conducta alimentaria TCA ni de ningún otro trastorno mental.	135	Centros Educativos e Institutos de la Ciudad de Burgos
Muestra Total	270	

4.3. Instrumento de recogida de datos

El cuestionario debe responder a las inquietudes investigadoras del estudio, para ello, se elaboró y consensuó por el equipo del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría y la Unidad Regional de Trastornos de la Conducta Alimentaria, ambos del Hospital Universitario de Burgos. Posteriormente, fue revisado por un grupo de expertos al objeto de realizar la validez inter-jueces. En este sentido, decir que se llevó a cabo la petición a dos profesores de la Universidad de Burgos y a 5 médicos psiquiatras en ejercicio con experiencia en la clínica de los TCAs que evaluaron, con una de las tres posibles categorías (adecuada, no adecuada y neutra), la pertinencia o no de todos y cada uno de los ítems e indicadores del protocolo en relación a nuestros objetivos. Ningún evaluador consideró inadecuados o neutros los enunciados, coincidiendo todos en la necesidad de su inclusión en el cuestionario, alguno expresó que podrían incluirse otros enunciados, pero sin la sustitución de los originales, tras lo cual, y al objeto de no hacer el cuestionario de recogida de datos más amplio, se decidió seguir con la versión consensuada previa, por considerar que responde a las necesidades de la presente investigación.

Una vez contruidos los ítems se realizó una guía de como realizar las encuestas con indicaciones precisas que orientaban a los entrevistadores con el fin de que evaluaran cada ítem de forma similar y que los resultados recogidos pudieran ser fácilmente clasificables y coherentes.

El instrumento definitivo a cumplimentar, que figura en el anexo I, consta de 25 ítems, agrupados en diferentes apartados:

- Datos Sociodemográficos
- Antecedentes
- Estructura
 - Subsistema:
 - Actitud Materna: dedicación, distancia, vínculo

- Actitud Paterna: dedicación, distancia vínculo y control
- Comunicación
 - Expresión emocional
 - Calidad de la afectividad del subsistema paternal.
- Jerarquía: liderazgo, creación, aplicación y forma de sancionar la norma
- Límites:
 - Control paterno y materno
 - Capacidad de afrontamiento
- Alianzas
- Coaliciones
- Otras variables:
 - Organización de las horas de las comidas
 - Preocupación de los padres por la dieta alimentaria.
 - Preocupación de los padres por la imagen
 - Qué padre se preocupa más por su imagen.

Cuando el instrumento estuvo dispuesto se entrenó, en la forma de obtener los datos, a 4 entrevistadores psicólogos, según la guía previamente elaborada, Se marcaron los acuerdos a la hora de preguntar y se analizaron las posibles situaciones que se podrían presentar en las entrevistas, todo ello, con el fin de que se recogieran los datos y se cumplimentaran todos los protocolos de forma similar.

Se remitió una carta a las direcciones de los centros educativos de la Ciudad de Burgos, en los que se obtuvo la muestra 2, de control para obtener su colaboración, que permitió el envío de otra carta a todos los familiares de los alumnos de estos centros que cursaran

estudios en las edades comprendidas en los criterios de inclusión para concretar las entrevistas (Anexo II).

También se elaboró un consentimiento informado con el fin de que los participantes en el estudio aceptaran expresamente su colaboración. En este consentimiento se exponían las características del estudio, sus fines y alcance, así como los límites de la utilización de los datos obtenidos (Anexo III). En todas las familias que se incluyeron en el estudio, se obtuvo su aceptación a participar antes de la aplicación del cuestionario y se realizó el compromiso, por parte del equipo investigador, de respetar los datos obtenidos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

4.4 Recogida de datos

Tras los pasos anteriores, se procedió al reclutamiento y recogida de datos de la muestra 1, obteniéndose de este modo los resultados del grupo de estudio, esta labor la llevaron a cabo en el Hospital 2 psicólogas del Servicio de Psiquiatría, entrenadas al efecto, incluyendo todos los casos que acudían a consulta hasta completar el número de 135, siempre que cumplieran los criterios de inclusión y dieran su consentimiento informado. La recogida de datos se realizó durante una entrevista semiestructurada de aproximadamente una hora y media de duración, en la que tenían que estar presentes la persona con TCA y al menos uno de sus padres (generalmente acudía su madre), a los que se les preguntaba por los ítems del cuestionario del protocolo o instrumento establecido.

Simultáneamente, dos psicólogas contratadas para llevar a cabo el estudio y entrenadas se entrevistaron de forma similar con los candidatos de la muestra 2 que cumplían los criterios de inclusión hasta reunir 135 familias. Dado que en la primera recogida de datos las muestras obtenidas no pudieron ser equiparadas en las variables sociodemográficas (edad y número de hermanos), y al objeto de igualar estos aspectos en ambas muestras, surgió la necesidad de obtener un mayor número de protocolos, por

lo que se prolongó el período de recogida de datos. Con este proceder, se obtuvieron las familias necesarias y fueron eliminadas de la muestra inicial aquellas que hacían diferentes ambas muestras.

Para favorecer el control y la objetividad de nuestra investigación se llevaron a cabo las siguientes recomendaciones:

- *Observar, controlar y registrar el trabajo de los entrevistadores.* El investigador debía vigilar, al menos, la realización de las tareas. Para ello, se recomendó tener unas hojas de seguimiento que contemplaran el trabajo realizado por cada entrevistador.
- *Anotar todo tipo de incidencias que pudieran afectar a la investigación.* Era imprescindible anotar cualquier circunstancia o dificultad que surgiera a lo largo del proceso, puesto que podía influir en los resultados.

Las dudas que surgieron a lo largo del desarrollo de las entrevistas fueron resueltas en un grupo de trabajo formado por los 4 entrevistadores y el doctorando que actuó como coordinador de dicho grupo. Cuando fue necesario se requirió la opinión de los directores de la tesis.

4.5. Procedimiento y análisis de datos

La información obtenida de los cuestionarios, por medio de las entrevistas familiares se incorporó a una base de datos y fue codificada, interpretada y analizada por medio del paquete estadístico SSPS, versión 18.

En la exploración inicial, se empleó estadística descriptiva, principalmente el estudio de frecuencias y porcentajes. Este procedimiento proporciona estadísticos y representaciones gráficas que resultan útiles para describir muchos tipos de variables, especialmente para caracterizar las estructuras familiares en los diferentes grupos del estudio y con ello alcanzar los objetivos secundarios. No obstante, los objetivos de esta investigación nos obligaron a utilizar otro tipo de estadística que permitía comparar al

grupo de estudio con el grupo control. Por lo que se realizaron análisis para contrastar la posible diferencia de distribución en los dos grupos entre las distintas variables que definían la estructura familiar. Esto se realizó a través de tablas de contingencia y los estadísticos asociados correspondientes: chi-cuadrado. El nivel de significación de todos los test se estableció en $\alpha = 0.05$. Además, con las variables que resultaron diferentes significativamente se construyó un modelo de regresión logística para explicar la relación entre la estructura familiar y la probabilidad de padecer la enfermedad.

4.5. Cronograma

	24 meses	2 meses	3 meses	1 mes	15 meses	6 meses
Revisión bibliográfica y redacción del marco teórico	X	X				
Diseño del estudio	X	X				
Elaboración del cuestionario, consentimiento informado y envío de cartas para los centros educativos y las familias		X	X			
Entrenamiento entrevistadores				X		
Reclutamiento de casos y entrevistas. Inclusión en la base de datos					X	
Análisis de datos						X
Conclusiones, discusión, redacción						X

CAPÍTULO 4

RESULTADOS



La muestra total estudiada está formada por 270 participantes que constituyen dos grupos; un grupo de estudio formado por 135 familias (50%) que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria y un grupo de control¹ formado por 135 personas (50%) que no sufren trastornos mentales entre los miembros de la familia nuclear.

1. TIPO DE TCA EN EL GRUPO DE ESTUDIO

Dentro del grupo de estudio 79 casos padecen anorexia nerviosa; 28 bulimia nerviosa y otros 28 trastornos de la conducta alimentaria no especificado.

En cuanto a subtipos de TCA 47 tienen anorexia purgativa; 33 anorexia restrictiva; 26 bulimia purgativa; 3 bulimia no purgativa; 15 TCA purgativa; 8 TCA no purgativo y 3 TCA restrictivo

Variables	N	%
Tipo de TCA		
1.- Anorexia	79	58,5 %
2.- Bulimia	28	20,7 %
3.- TCA no especificado	28	20,7 %
Subtipo de TCA		
1.- Anorexia purgativa	47	34,8 %
2.- Anorexia restrictiva	33	24,4 %
3.- Bulimia purgativa	26	19,3 %
4 - Bulimia no purgativa	3	2,2 %
5.- TCA NE purgativo	15	11,1 %
6 - TCA NE no purgativo	8	5,9 %
7.- TCA NE restrictivo	3	2,2 %

Tabla 19 Tipos y subtipos de TCA

¹ En adelante utilizaremos las iniciales GE para referirnos al Grupo de Estudio y GC para referirnos al Grupo de Control.

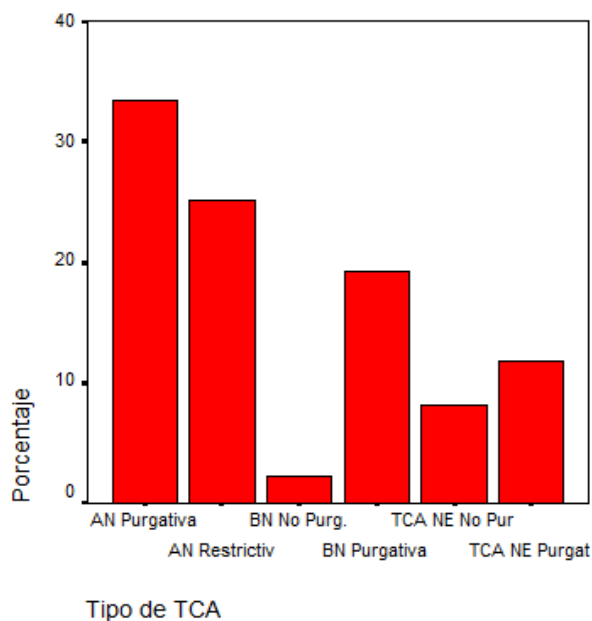


Gráfico 1 Tipos de TCA

2. DESCRIPCIÓN COMPARATIVA DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y CONTROL

2.1 Variables demográficas

El GE tiene una media de edad de 19,79 años, no diferente desde el punto de vista estadístico, de la del GC (19,22 años). Tampoco hay diferencias significativas en cuanto al género (6 varones y 129 mujeres en cada uno de los dos grupos).

Edad							
	GE			GC			Prueba Signif
	N	Media	DT	N	Media	DT	
Edad	135	19,79	3,493	135	19,22	3,626	NS Chi ² 16,600 P 0,165

Tabla 20 Edad

Sexo				
	GE		GC	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Sexo	6	129	6	129

Tabla 21 Sexo

Tampoco resultaron diferentes estadísticamente los grupos en cuanto al número de hermanos en la fratria y el puesto que ocupaban en ella.

Número de Hermanos	GE		GC	
	N	%	N	%
1	11	8,1%	17	12,6%
2	74	54,8%	84	62,2%
3	39	28,9%	30	22,2%
4	11	8,1%	4	3,0%

Tabla 22 Número de hermanos.

	GE			GC			Signif
	N	Media	DT	N	Media	DT	
Total	135	2,37	0,751	135	2,16	0,668	NS Chi ² 6,359 P 0,095

Tabla 23 Significación Número de Hermanos

Orden en la Fratría	GE		GC		Signif
	N	%	N	%	
1°	62	45,9 %	77	57,0 %	NS Chi ² 6,794 P 0,079
2°	55	40,7 %	47	34,8 %	
3°	11	8,1 %	10	7,4 %	
4°	8	5,2 %	7	,7 %	
	135	100,0 %	135	100,0 %	

Tabla 24 Orden en la Fratría

2.2. Antecedentes familiares de enfermedades somáticas

Para el estudio de estos antecedentes familiares se ha elaborado un índice numérico que intenta reflejar el grado de parentesco, de manera que según el grado de cercanía en el parentesco se asigna un puntuación ascendente cuanto mayor era ésta, de manera que si dos familiares del mismo grupo padecen una enfermedad del mismo grupo se suman las puntuaciones correspondientes a su grado de parentesco para obtener una medida del peso en ese caso de la enfermedad.

Paciente	5
Padres	4
Hermanos	3
Abuelos	3
Tíos	2
Bisabuelos	2
Primo	1
Tío abuelo	1
Primo de los padres	0,5

Tabla 25 índice de parentesco

Se han establecido las siguientes categorías de enfermedades:

- Cáncer,
- Infarto de miocardio,
- Enfermedades degenerativas (que conlleven pérdida de función),
- Enfermedades autoinmunes (que requirieran de muchos cuidados),
- Enfermedades crónicas (que implicaran cuidados a largo plazo, pero con limitación leve) u otras enfermedades.

No se encuentran diferencias significativas en ninguno de los grupos en cuanto a antecedentes familiares somáticos

	GE			GC			Prueba Signif
	N	Media	DT	N	Media	DT	
A. F. Cáncer	13	4,08	1,382	88	4,47	2,430	NS
A. F. Infarto de miocardio	5	3,60	0,894	22	3,41	1,681	NS
A. F. Enfermed. Degenerativas	5	4,40	2,074	5	2,40	1,342	NS
A. F. Enfermedades autoinmunes	5	4,20	0,447	11	4,45	2,945	NS
A. F. Enfermedades crónicas	16	5,19	1,721	13	4,38	2,902	NS

Tabla 26 Antecedentes Familiares de Enfermedades Somáticas

2.3. Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos diagnosticados

Utilizando el mismo criterio para valorar el peso de los antecedentes familiares que en la variable anterior, se clasifican los trastornos mentales en función de las siguientes categorías:

1. Trastornos del retraso mental.
2. Procesos demenciales
3. Alcoholismo.
4. Drogodependencia.
5. Psicosis
6. Trastornos de afectividad o estado del ánimo
7. Trastornos de ansiedad
8. TCA
9. Ludopatía
10. Trastornos de personalidad.
11. TDAH

Los resultados reflejados en las tablas 27 y 28 indican que:

AF T. del desarrollo/ Retraso mental: No hay diferencias significativas.

AF de demencias: No hay diferencias significativas.

AF de alcoholismo: No hay diferencias significativas.

AF de drogadicción: No hay diferencias significativas.

AF de psicosis: No hay diferencias significativas.

AF de ludopatía: No hay diferencias significativas.

AF de trastornos afectivos: 38 sujetos en el GC y 49 en el GE tienen antecedentes de este tipo, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($T = -3,58$; $P = 0,001$) en cuanto al índice construido para su valoración: Es más alto en el GE (4,06) que en el GC (2,71).

AF de trastornos de ansiedad: No hay trastornos de este tipo en el GC por lo que no se puede hacer estadísticamente la comparación con el índice de valoración establecido. Si computamos una Chi^2 para valores presencia o ausencia del trastorno sería significativo ($\text{Chi}^2 13,66$; $P 0,000$) significando lo evidente; que hay muchos más antecedentes familiares de ansiedad de lo esperable en el GE (13 casos; 9,6% del grupo) y que hay muchos menos de los esperados en el GC (0). El índice medio alcanza un valor de 4,15 en el GE.

AF de TCA: Hay diferencias ($T = -2,14$; $P = 0,045$): 6 sujetos en el GC y 16 en el de estudio tienen antecedentes familiares de TCA, aunque los del GC tenían un parentesco más lejano. El índice es más alto en el GE (2,75) que en el GC (1,33).

AF de trastornos de la personalidad: 4 personas en el GC frente a 14 en el de estudio tienen antecedentes familiares de trastornos de la personalidad siendo el índice empleado en su valoración más alto en el GE (5,21) que en el GC (2,75). Existen diferencias significativas estadísticamente hablando ($T = -4,03$; $P = 0,005$).

AF de TDAH. No hay sujetos con este tipo de antecedentes en el GC, por lo que no se puede computar el índice elaborado. Procediendo como en la variable trastornos de ansiedad, la χ^2 será igualmente significativa (χ^2 6,14; P 0,013) lo que quiere decir lo mismo; que hay más antecedentes de este tipo de lo esperado en el GE (6 casos; 4,4% del grupo) y menos de los esperados en el GC (0). El índice de valoración alcanza una puntuación de 3,33 en este GE.

Variable	GE		GC		Total	
	N	%	N	%	N	%
T. del desarrollo/ R.M.	2	1,5%	6	4,4%	8	3,0%
Demencia	3	2,2%	24	17,8%	27	10%
Alcoholismo	17	12,6%	8	5,9%	25	9,3%
Drogadicción	8	5,9%	6	4,4%	14	5,2%
Psicosis	9	6,7%	9	6,7%	18	6,7%
Afectividad	49	36,3%	38	28,1%	87	32,2%
Ansiedad	12	8,9%	0	0,0%	12	4,5%
TCA	14	10,4%	5	3,7%	19	7,0%
Ludopatía	2	1,5%	2	1,5%	4	1,5%
Personalidad	13	9,6%	4	3,0%	17	6,35
TDAH	4	3,0%	0	0,0%	4	1,5%

Tabla 27 Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Variables	GE			GC			Prueba; Signif.
	N	Media	DT	N	Media	DT	
T. del desarrollo/ R.M.	2	3,50	0,71	6	2,00	1,09	NS
Demencia	3	3,00	0,00	24	3,33	1,27	NS
Alcoholismo	18	4,67	3,14	8	3,38	2,97	NS
Drogadicción	8	2,50	1,60	6	2,83	2,40	NS
Psicosis	9	2,22	0,83	9	2,11	0,78	NS
Afectividad	49	4,06	2,08	38	2,71	1,18	T -3,6; P 0,001
Ansiedad	13	4,15	1,91	0	....	....	No computable
TCA	16	2,75	1,57	6	1,33	0,52	T -2,1; P 0,045
Ludopatía	2	5,00	4,24	2	3,00	1,41	NS
Personalidad	14	5,21	1,42	4	2,75	0,96	T -3,2; P 0,005
TDAH	6	3,33	1,03	0	...	...	No computable

Tabla 28 Antecedentes familiares conocidos de trastornos psiquiátricos (índice parentesco)

2.4. Trastornos psiquiátricos sospechados

No hay diferencias en los grupos para este tipo antecedentes familiares psiquiátricos en grado de sospecha y allí donde pueden contabilizarse, dado que algunos de ellos no se señalan en ningún componente (trastornos del desarrollo, demencias, ludopatías).

Variable	GE		GC		Total	
	N	%	N	%	N	%
T. del desarrollo/ R.M.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Demencia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Alcoholismo	2	1,5%	9	6,7%	11	4,1%
Drogadicción	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Psicosis	3	2,2%	1	0,7%	4	1,5%
Afectividad	8	5,9%	15	11,1%	23	8,5%
Ansiedad	2	1,5%	3	2,2%	5	1,9%
TCA	2	1,5%	12	8,9%	14	5,2%
Ludopatía	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Personalidad	5	3,7%	1	7,0%	6	2,2%
TDAH	0	0,0%	0	0,0%	4	1,5%

Tabla 29 Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Variables	GE			GC			Prueba; Signif.
	N	Media	DT	N	Media	DT	
T. del desarrollo/ R.M.	0	...	...	0	...	...	No computable
Demencia	0	...	...	0	...	...	No computable
Alcoholismo	2	4,50	0,71	9	3,00	2,45	NS
Drogadicción	0	...	...	1	1,00	...	No computable
Psicosis	3	1,67	0,58	1	2,00	...	No computable
Afectividad	8	3,13	0,99	15	2,80	1,08	NS
Ansiedad	2	4,00	0,00	3	6,67	4,04	NS
TCA	2	2,50	0,77	12	2,08	1,31	NS
Ludopatía	0	...	...	0	...	...	No computable
Personalidad	5	4,60	2,19	1	3,00	...	No computable
TDAH	0	...	...	0	...	...	No computable

Tabla 30 Antecedentes familiares sospechados de trastornos psiquiátricos (índice parentesco)

2.5. Abusos sexuales

Sólo en el GE se contabilizan abusos sexuales en 11 personas que representaron el 8,2% de ese grupo. De ellas, el 81,8% tienen un TCA purgativo, predominando las Anorexias Nerviosas Tipo Purgativo (54,5%), seguidas por la Anorexia Nerviosa tipo Restrictivo (18,2), Bulimia Nerviosa Purgativa (18,2%) y TCA No especificado Purgativo (9,1%). Las diferencias entre los distintos grupos de TCA no son significativas.

	NO	%	SI	%
Anorexia Nerviosa Restrictiva	32	25,8%	2	18,2%
Anorexia Nerviosa Purgativa	39	31,5%	6	54,5%
Bulimia Nerviosa No Purgativa	3	2,4%	0	0,0%
Bulimia Nerviosa Purgativa	24	19,3%	2	18,2%
TCA NO Especificado No Purgativo	11	8,9%	0	0,0%
TCA NO Especificado Purgativo	15	12,1%	1	9,1%
Total			11	8,2%

Tabla 31 Abusos sexuales

	NO	%	SI	%	Sign
TCA NO Purgativo	46	37,1%	2	18,2%	NS Chi ² 1,578 P 0,209
TCA Purgativo	78	62,9%	9	81,8%	

Tabla 32 Significación de la tabla abusos sexuales

2.6. Nacimiento tras duelo / pérdida / estrés k

Se establecen las siguientes categorías: 0) No tiene; 1) duelo por fallecimiento traumático de familiares directos 2) situaciones estresantes; 3) aborto, embarazo de riesgo, embarazo no deseado; 4) accidentes de familiares directos, pérdida de trabajo, sufrimiento fetal, enfermedad de la hija al nacer.

Las diferencias entre el GE y el grupo control en esta variable no son significativas, tal y como se expone en la siguiente tabla:

Número de Hermanos	N	%	N	%	Sig.
Ninguno	104	77,0%	118	82,2%	NS Chi ² 7,233 P 0,124
Duelo	7	5,2%	6	4,4%	
Situaciones estresantes	8	5,9%	3	2,2%	
Aborto/ Embarazo de Riesgo/No deseado	12	8,9%	4	3,0%	
Otros	4	3,0%	4	3,0%	
Total	135	100,0%	135	100,0%	

Tabla 33 Nacimiento tras duelo/ perdida

3. ESTRUCTURA FAMILIAR

3.1. Relación entre los miembros de los subsistemas

3.1.1. Actitud materna

La actitud de materna la estudiamos a través de tres variables que hemos denominado *Dedicación de la madre* al cuidado de sus hijos, *Distancia* en el cuidado de los hijos y *Vínculo* o forma de relación afectiva con sus hijos. Cada una de estas variables tiene tres posibles respuestas que clasifica a las familias en dos posiciones extremas y una intermedia. Los resultados obtenidos en estas variables aparecen en la tabla 34 y son los siguientes:

Dedicación de la madre al cuidado de sus hijos. No hay diferencias significativas entre los dos grupos.

Distancia. Actitudes y comportamiento de la madre. Hay diferencias significativas (Chi² 32,36; p 0,000): En el GE se dan en exceso las actitudes “complaciente” y “egoísta” de la madre y en defecto la actitud “responsable” mientras que en el GC se dan las complementarias; en exceso la actitud “responsable” de la madre y en defecto las actitudes “complaciente” y “egoísta”.

Vínculo. Forma de relación afectiva de la madre hacia el joven. Hay diferencias significativas estadísticamente (Chi² 31,14; p 0,000): En el GE se dan en exceso los vínculos establecidos por la madre del tipo “excesivo” y “bajo”, y en defecto el vínculo

“adecuado”. Mientras que en el GC ocurren los complementarios; sobrerepresentación del vínculo “adecuado” y baja representación del “excesivo” y “bajo”.

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Dedicación			
Exclusiva	58 (43,0)	59 (43,7)	NS
Conciliación	66 (48,9)	70 (51,9)	
Escasa	11 (08,1)	6 (04,4)	
Distanciamiento			
Complaciente	81 (60,0)	50 (37,0)	Chi ² 32,36 P 0,000
Responsable	38 (28,1)	82 (60,7)	
Egoísta	16 (11,9)	3 (2,2)	
Vínculo			
Excesivo	60 (44,4)	36 (26,7)	Chi ² 31,14 P 0,000
Adecuado	47 (34,8)	91 (67,4)	
Bajo	28 (20,7)	8 (5,9)	

Tabla 34 Actitudes de la madre

3.1.2. Actitud paterna

De igual manera que con las madres, clasificamos a los padres en función de las cuatro variables (Dedicación, Distancia y Vínculo) y sus subgrupos. Los resultados son los siguientes:

Dedicación del padre al cuidado de sus hijos Los padres tienen en ambos grupos una dedicación mayoritariamente conciliadora de su trabajo con la atención a sus hijos o escasa. En este sentido se comportan de forma muy similar. No hay diferencias entre ambos grupos en la dedicación del padre. (Tabla 35).

Distanciamiento Distancia. Actitudes y Comportamiento del Padre. Hay diferencias en este punto (Chi² 26,93; p 0,000): En el GE predominan las actitudes “complaciente” y “egoísta” y está muy poco representada la actitud “responsable”. En el GC se dan las complementarias: la actitud “responsable” está representada en exceso y las “complaciente” y “egoísta” en defecto (Tabla 35).

Vínculo. Forma de relación afectiva del padre hacia el joven. Hay diferencias estadísticamente significativas (Chi² 21,98; p 0,000): En el GE está representado en

exceso el vínculo “bajo” y en defecto el vínculo “adecuado”, mientras que en el GC predomina el tipo de vínculo “adecuado” y escasea el “bajo”. Respecto al tipo de vínculo “excesivo” es similar en ambos grupos (Tabla 35).

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Dedicación			
Exclusiva	3 (02,2)	1 (00,7)	NS
Conciliación	84 (62,2)	72 (53,3)	
Escasa	48 (35,6)	62 (45,9)	
Distanciamiento			
Complaciente	38 (28,1)	16 (11,9)	Chi ² 26,93 P 0,000
Responsable	47 (34,8)	89 (65,9)	
Egoísta	50 (37,0)	30 (22,2)	
Vínculo			
Excesivo	18 (13,3)	12 (08,9)	Chi ² 21,98 P 0,000
Adecuado	54 (40,0)	92 (68,1)	
Bajo	63 (46,7)	31 (23,0)	

Tabla 35 Actitudes del padre

3.1.3. Comunicación

Expresión emocional. Hay diferencias significativas (Chi² 52,16; p 0,000): En el GE predominan la expresión emocional “alta” y “muy baja” y está poco representada la expresión emocional “baja”. En el GC ocurren las complementarias: poco representadas las expresiones emocionales “alta” y “muy baja” y representada en exceso la expresión emocional “baja” (Tabla 36).

Relación afectiva de los padres. Hay diferencias significativas (Chi² 34,67; p 0,000): En el GE están representados en exceso, con respecto al GC, el enfrentamiento y la relación afectiva “distante” de los padres y está poco representada la relación “óptima”. Mientras que en el GC sucede el contrario: escasamente representadas las opciones “enfrentamiento” y “distante” y representada en exceso la relación “óptima” (Tabla 36).

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Expresión emocional			
Alta	72 (53,3)	26 (19,3)	Chi ² 52,16 P 0,000
Baja	49 (36,3)	107 (79,3)	
Muy baja	14 (10,4)	2 (01,5)	
Relación afectiva padres			
Optima	70 (51,9)	113 (83,7)	Chi ² 34,67 P 0,000
Distante	37 (27,4)	18 (13,3)	
Enfrentamiento	28 (20,7)	4 (03,0)	

Tabla 36 Comunicación

3.2. Jerarquía

Liderazgo. Quien lo ejerce: Hay diferencias significativas (Chi² 22,00; p 0,000): En el GE están sobre representadas, con respecto al GC, la falta de liderazgo y en menor medida del padre, y poco representadas las opciones de liderazgo por parte de los dos o por parte de la madre, mientras que en el GC se dan las opciones complementarias: en exceso el liderazgo compartido o el de la madre y en defecto la ausencia de liderazgo o el liderazgo del padre (Tabla 37)

Cómo se crea la norma. Estilo del líder de la familia, efectividad del liderazgo (creación de la norma). Hay diferencias entre los grupos (Chi² 35,41; p 0,000): El estilo “anárquico” está representado en exceso en el GE y escasamente representado en el GC. El estilo “democrático” está representado en exceso en el GC y escasamente representado en el GE. El estilo “autoritario” es comparable en los dos grupos (Tabla 37).

Aplicación de la norma. Hay diferencias entre los dos grupos (Chi² 64,42; p 0,000): En el GE, aunque predomina la aplicación flexible de la norma (42,2%) la suma de la forma “imprevisible” y en menor proporción la “rígida” representan a 58,8% de la muestra, mientras que el GC predomina la “flexible” y están escasamente representadas la “imprevisible” y la “rígida” (Tabla 37).

Sanción de la norma. Ambos grupos puntuaban de forma similar en la forma que tienen de sancionar las normas que se dan, si bien es algo más frecuente la sanción “flexible” (40,7% vs. 28,1%) en el GC y la forma de sanción “sin consecuencias” (29,6% vs.

42,2%). No obstante, no hay diferencias estadísticamente significativas en este punto (Tabla 37).

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Liderazgo			
Padre	26 (19,3)	19 (14,1)	Chi ² 22,00 P 0,000
Madre	60 (44,4)	79 (58,5)	
Los dos	21 (15,6)	32 (23,7)	
Ninguno	28 (20,7)	5 (03,7)	
Estilo del líder			
Autoritario	39 (28,9)	38 (28,1)	Chi ² 35,41 P 0,000
Democrático	43 (31,9)	83 (61,5)	
Anárquico	53 (39,3)	14 (10,4)	
Aplicación norma			
Rígido	26 (19,3)	9 (06,7)	Chi ² 64,42 P 0,000
Flexible	57 (42,2)	119 (88,1)	
Imprevisible	52 (38,5)	7 (05,2)	
Sanción norma			
Rígido	23 (17,0)	21 (15,6)	NS
Flexible	38 (28,1)	55 (40,7)	
Imprevisible	19 (14,1)	17 (12,6)	
Sin consecuencias	57 (42,2)	40 (29,6)	

Tabla 37 Estructura familiar

3.3. Límites

Control de la madre sobre el joven. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Chi² 25,39; p 0,000): En el GE predomina el tipo de control “distante” por parte de la madre y está escasamente representado tipo de control “cercana” con respecto al GC, mientras que en el GC sucede lo contrario: hiperrepresentación del tipo de control “cercana” y escasa representación del control “distante”. El tipo “controladora” es semejante en ambos grupos (Tabla 38).

Control del Padre sobre el joven. Hay diferencias significativas (Chi² 7,46; p 0,024): En el GE están representados en exceso los padres distantes con respecto al GC, y en defecto los “ceranos” mientras que en el GC ocurre lo contrario: en exceso los cercanos y en defecto los distantes (Tabla 38).

Capacidad de afrontamiento. Eficacia percibida de los padres ante un problema o conflicto familiar. Hay diferencias significativas (χ^2 57,20; p 0,000): En el GE está representada en exceso, si lo comparamos con el GC, la “falta de percepción” y en menor medida la “percepción de falta de habilidades” y en defecto la “percepción de habilidades”. En el GC por su parte se dan las complementarias: escasa representación para las opciones “falta de percepción” y “percepción de falta de habilidades” y exceso de representación de “percepción de habilidades” (Tabla 38).

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Control Materno			
Controladora	63 (46,7)	52 (38,5)	χ^2 25,39 P 0,000
Cercana	48 (35,6)	80 (59,3)	
Distante	24 (17,8)	3 (2,2)	
Control Paterno			
Controlador	26 (19,3)	21 (15,6)	χ^2 7,46 P 0,015
Cercano	45 (33,3)	67 (49,6)	
Distante	64 (47,4)	47 (34,8)	
Afrontamiento			
Falta percepción problema	44 (32,6)	3 (02,2)	χ^2 57,20 P 0,000
Percepción de habilidades	64 (47,4)	119 (88,1)	
Percep. de falta habilidades	27 (20,0)	13 (09,6)	

Tabla 38 Actitudes de la madre

3.4. Alianzas

Se recodifican las alianzas del paciente con otros miembros de la familia en a) con la madre, b) con el padre, c) con hermanos y d) con otros. En estas condiciones son significativamente distintas en los grupos de estudio y control (χ^2 22,58; P 0,000): En el GE menos de los esperados tienen alianzas con hermanos y con otros. Lo contrario sucede en el GC, más de los esperados tienen alianzas con hermanos y con otros. También en el GE más de los esperados tienen alianzas con la madre y más de los esperados no tienen alianzas. La situación complementaria se da en el GC (Tabla 39).

Las alianzas del hermano/a (recodificadas como en la anterior variable) presentan diferencias entre los grupos (χ^2 9,81; P 0,020). No obstante, la validez de estos resultados puede ser cuestionable por el escaso número de familias en que se encontraron estas alianzas. En cualquier caso, entendemos que en el GE la alianza con

la madre estaría escasamente representada, al contrario que en el GC que lo estaría en exceso. Tampoco estaría bien representada en el GE la alianza con el padre, que en el GC estaría en exceso (Tabla 39).

En cuanto a las alianzas de otros (padre-madre) no hay diferencias significativas entre los dos grupos (Tabla 39).

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Del paciente			
No tienen	79 (58,5)	59 (43,7)	Chi ² 22,58 P 0,000
Con la madre	38 (28,1)	26 (19,3)	
Con el padre	7 (05,2)	10 (07,4)	
Con hermanos	9 (06,7)	28 (20,7)	
Con otros (tíos, primos...)	2 (01,5)	12 (08,9)	
Del hermano/a			
No tienen	126 (93,3)	114 (84,4)	Chi ² 9,81 P 0,020
Con la madre	6 (04,4)	16 (11,9)	
Con el padre	1 (00,7)	5 (03,7)	
Con hermanos	2 (01,5)	0 (00,0)	
De otros			
No tienen	134 (99,3)	129 (95,6)	NS (P 0,056)
Padre-Madre	1 (00,7)	6 (04,4)	

Tabla 39 Alianzas

3.5. Coaliciones

Las coaliciones del paciente son distintas para los dos grupos (haciendo la misma observación sobre la validez). Apuntarían a que en el GE abundan más de lo esperado las coaliciones con la madre mientras que en el GC están escasamente representadas (Tabla 40).

Las coaliciones del hermano/a no muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. (Tabla 40).

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Del paciente			
No tienen	115 (85,2)	134 (99,3)	Chi ² 19,45 P 0,000
Con la madre	16 (11,9)	0 (00,0)	
Con el padre	3 (02,2)	1 (00,7)	
Con hermano mismo sexo	1 (00,7)	0 (00,0)	
Del hermano/a			
No tienen	131 (97,0)	135 (100,0)	NS
Con la madre	1 (00,7)	0 (00,0)	
Con otros	3 (02,2)	0 (00,0)	

Tabla 40 Coaliciones

4. OTRAS VARIABLES RELACIONADAS

4.1. Organización a la hora de las comidas

Hay diferencias significativas entre los grupos (Chi² 43,82; p 0,000): En el GE predominan los tipos de organización de la comida “nula” y “excesiva” y se da en menor porcentaje la “adecuada”. En el GC predomina la “adecuada” y se dan poco la “nula” y la excesiva (Tabla 41).

4.2. Preocupación de los padres por la dieta alimentaria

Hay diferencias significativas (Chi² 73,22; p 0,000): En el GE predomina la preocupación “escasa” y está menos representada la “intermedia”. En el GC predomina la “intermedia” y está muy poco representada la “escasa” (Tabla 41).

4.3. Preocupación de los padres por la imagen

Hay diferencias significativas (Chi² 84,28; p 0,000). En el GE predomina la preocupación de los padres por su imagen “escasa” y está poco representada la

intermedia y menos aún la “alta”. En el GC predomina la preocupación “intermedia” y en menos medida la “alta” y está muy poco representada la “escasa” (Tabla 41).

4.4. Cuál de los padres se preocupa más por su imagen

En cuanto a esta variable también se dan diferencias (χ^2 38,16; p 0,000): En el GE predomina el no preocuparse “ninguno” de los dos y están menos representadas las opciones “padre” y “los dos”. En el GC las opciones “padre” y “ninguno” son las que menos están representadas, aunque con respecto al GE están representadas en exceso (Tabla 41).

Variables	GE (N y %)	GC (N y %)	Prueba Significación
Organización comidas			
Excesiva	14 (10,4)	7 (05,2)	χ^2 43,82 P 0,000
Adecuada	72 (53,3)	120 (88,9)	
Nula	49 (36,3)	8 (05,9)	
Preocupación por la dieta			
Excesiva	32 (23,7)	25 (18,5)	χ^2 73,22 P 0,000
Intermedia	48 (35,6)	108 (80,0)	
Escasa	55 (40,7)	2 (01,5)	
Preocupación imagen			
Alta/ Excesiva	26 (19,3)	38 (28,1)	χ^2 84,28 P 0,000
Intermedia	31 (23,0)	88 (65,2)	
Escasa	78 (57,8)	9 (06,7)	
Quien se preocupa imagen			
Padre	4 (03,0)	20 (14,8)	χ^2 38,16 P 0,000
Madre	43 (31,9)	56 (41,5)	
Los dos	16 (11,9)	32 (23,7)	
Ninguno	72 (53,3)	27 (20,0)	

Tabla 41 Otras variables

5. RELACIÓN ENTRE ESTRUCTURA FAMILIAR Y LOS TIPOS DE TCA EN EL GE

Describimos únicamente las que resultaron significativas desde el punto de vista estadístico. Considerando los tres tipos principales de diagnósticos (anorexia, bulimia y TCA NE, sin otros calificadores) no se encontraron diferencias para estos tres grupos en cuanto a orden en la fratría, número de hermanos, antecedentes familiares de enfermedades somáticas, antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, nacimiento tras duelo, actitudes maternas y paternas.

En cuanto a la estructura familiar sólo se encuentran diferencias para la aplicación de la norma (Chi^2 11,08; p 0,026) que se marcan, sobre todo, en que en los TCA NE la aplicación “imprevisible” estaba representada en exceso y en la AN en defecto (Tabla 42) y sanción de la norma (Chi^2 14,56; p 0,024) siendo ésta “rígida” en exceso en la AN y en defecto en la BN, así como también la sanción “imprevisible” esta poco representada en la AN y muy representada en los TCA NE.

VARIABLES	TIPO DE TCA			Prueba; Signif.
	Anorexia N (%)	Bulimia N (%)	TCE NE N (%)	
Aplicación de la norma				
Rígido	19 (24,1)	5 (17,9)	2 (07,1)	Chi^2 11,08 P 0,026
Flexible	38 (48,1)	10 (35,7)	9 (32,1)	
Imprevisible	22 (27,8)	13 (46,4)	17 (60,7)	
Sanción de la norma				
Rígido	18 (22,8)	0 (00,0)	3 (10,7)	Chi^2 14,56 P 0,024
Flexible	25 (31,6)	8 (28,6)	5 (17,9)	
Imprevisible	7 (08,9)	5 (17,9)	7 (25,0)	
Sin consecuencias	29 (36,7)	15 (53,6)	13 (46,4)	

Tabla 42 Variables aplicación y sanción de la norma según tipo de TCA

También hubo diferencias en cuanto a la organización de las comidas (Chi^2 16,00; p 0,003) resaltándose sobre todo que en un tanto por ciento alto la organización es “nula” en los TCA NE y que esta opción está escasamente representada en las anorexias (Tabla 43). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables de este grupo.

Organización de las comidas	TIPO DE TCA			Prueba; Signif.
	Anorexia N (%)	Bulimia N (%)	TCE NE N (%)	
Excesiva	12 (15,2)	1 (03,6)	1 (03,6)	Chi ² 16,00 P 0,003
Adecuada	47 (59,5)	16 (57,1)	9 (32,1)	
Nula	20 (25,3)	11 (39,3)	18 (64,3)	

Tabla 43 Organización de las comidas según tipo de TCA

6. 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*-; *organización de las comidas, preocupación por la dieta, preocupación por la imagen, expresión emocional y relación afectiva* de los padres; dejamos fuera *alianzas y coaliciones* por ser poco manejables), 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, preocupación por la dieta, preocupación por la imagen, quien se preocupa por la imagen y expresión emocional* y elimina todas las demás.

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

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Signif.	Exp B
Aplicación norma			15,133	2	,001	
Aplicación norma (1)	2,203	,633	12,097	1	,001	9,050
Aplicación norma (2)	1,554	,649	5,737	1	,017	4,731
Afrontamiento			7,027	2	,030	
Afrontamiento (1)	2,142	,877	5,964	1	,015	8,514
Afrontamiento (2)	-,365	,573	,407	1	,524	,694
Dieta			14,446	2	,001	
Dieta (1)	1,147	,486	5,565	1	,018	3,147
Dieta (2)	3,778	1,149	10,821	1	,001	43,732
Imagen			28,336	2	,000	
Imagen (1)	-,870	,529	2,697	1	,101	,419
Imagen (2)	3,203	,635	25,426	1	,000	24,608
Quién se preocupa por la imagen			16,102	3	,001	
Quién se preocupa por la imagen (1)	-3,818	1,056	13,061	1	,000	,022
Quién se preocupa por la imagen (2)	,539	,611	,777	1	,378	1,714
Quién se preocupa por la imagen (3)	-,194	,673	,083	1	,773	,823
Expresión emocional			16,662	2	,000	
Expresión emocional (1)	1,931	,479	16,256	1	,000	6,896
Expresión emocional (2)	,016	1,038	,000	1	,988	1,016
Constante	-2,548	,563	20,444	1	,000	,078

Tabla 44 Regresión logística sobre TCA si/no

		Pronosticado		
		GRUPOS EN ESTUDIO		Porcentaje correcto
Observado		GC	GE	
GRUPOS EN ESTUDIO	GC	122	13	90,4
	GE	22	113	83,7
Porcentaje global				87,0

a El valor de corte es ,500

Tabla 45 De clasificación (a). Regresión logística sobre TCA si/no

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); la preocupación “excesiva” por la dieta (3 veces más) y sobre todo la preocupación “escasa” (43,7 veces más); la preocupación de los padres por la imagen “escasa” (24,6 veces más) y la expresión emocional “alta” (6,9 veces más) y se portarían como factores de protección, sobre todo, que quien se preocupe por la imagen

sea el “padre” y que la preocupación por la imagen sea “alta”. En la columna Exp B” de la tabla podemos ver la cantidad del efecto protector o de riesgo. Los valores mayores de 1 serían de riesgo y los menores de 1 de protección.

Hemos derivado variables dicotómicas para estudiar por separado cada uno de los trastornos de la alimentación (anorexia si/ no; bulimia si/ no; TCA NE si/ no; TCA purgativo si/ no y TCA no purgativo o restrictivo si/ no) y hemos computado regresiones logísticas por el mismo procedimiento que el descrito anteriormente con el fin de analizar si en cada uno de ellos implicaban mayor riesgo otras variables distintas. Los resultados aparecen en las tablas que aparecen a continuación.

Así, en la tabla 46, cuando queremos pronosticar si un sujeto padecerá en concreto anorexia o no el modelo logístico selecciona las variables *creación de la norma*, *aplicación de la norma*, *organización de las comidas*, *preocupación por la imagen* y *expresión emocional*. Se portarían como factores de riesgo la aplicación “rígida” de la norma (hasta 5,8 veces más que si la aplicación es flexible), la organización “excesiva” de las comidas (hasta 4,1 veces más riesgo de padecer anorexia que si la organización es adecuada) y la expresión emocional “alta” (hasta 3,1 veces más riesgo) y como factores protectores la creación “autoritaria” de la norma y la organización “nula” de las comidas. El modelo clasificaría bien el 78,12% de los casos.

Variab les	B	E.T.	Wald	gl	Signif.	Exp B
Creación norma			10,374	2	,006	
Creación norma(1)	-1,731	,643	7,240	1	,007	,177
Creación norma(2)	-,375	,610	,378	1	,539	,687
Aplicación norma			14,070	2	,001	
Aplicación norma(1)	1,756	,514	11,658	1	,001	5,791
Aplicación norma(2)	-,398	,633	,395	1	,530	,672
Organización comidas			10,162	2	,006	
Organización comidas(1)	1,404	,598	5,511	1	,019	4,073
Organización comidas(2)	-,837	,487	2,953	1	,086	,433
Dieta			4,912	2	,086	
Dieta(1)	,938	,446	4,420	1	,036	2,555
Dieta(2)	,606	,467	1,680	1	,195	1,833
Imagen			18,172	2	,000	
Imagen(1)	-,261	,474	,303	1	,582	,771
Imagen(2)	1,553	,421	13,588	1	,000	4,724
Expresión emocional			9,266	2	,010	
Expresión emocional(1)	1,121	,393	8,141	1	,004	3,067
Expresión emocional(2)	,042	,693	,004	1	,952	1,043
Constante	-1,735	,625	7,695	1	,006	,176

(1) (2) Variables Dummy

Tabla 46 Regresión logística sobre anorexia si/no

		Pronosticado		
		ANOREXIA		Porcentaje correcto
Observado		NO	SI	
ANOREXIA	NO	168	23	88,0
	SI	36	43	54,4
Porcentaje global				78,1

a El valor de corte es ,500

Tabla 47 de clasificación (a). Regresión logística sobre anorexia si/no

En lo que respecta a la bulimia (Tabla 48) tres variables; *capacidad de afrontamiento*, *preocupación de los padres por la imagen* y *expresión emocional*, resultarían significativas; la primera (afrontamiento) como factor de riesgo en la categoría de falta de percepción del problema (hasta 2,1 veces más) y de protección en su categoría de *percepción de falta de habilidades sociales*, siempre con respecto a la categoría índice, que aquí es la *percepción de habilidades sociales*; la segunda (preocupación por la imagen) como factor de riesgo tanto en su categoría de “alta” (3,4 veces más) como en su categoría de “escasa” (3,6 veces más) y la tercera (expresión emocional) como factor de riesgo, más en su categoría de “muy baja” (6,6 veces más) y también en su categoría de “alta” (2,1 veces más) en relación las dos a la categoría intermedia. El modelo clasificaría bien el 89,6% de los sujetos.

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Signif.	Exp B
Imagen			4,586	2	,101	
Imagen(1)	1,211	,665	3,320	1	,068	3,357
Imagen(2)	1,294	,626	4,273	1	,039	3,647
Expresión emocional			6,730	2	,035	
Expresión emocional(1)	,721	,532	1,836	1	,175	2,057
Expresión emocional(2)	1,887	,728	6,725	1	,010	6,600
Afrontamiento			5,453	2	,065	
Afrontamiento(1)	,727	,515	1,991	1	,158	2,069
Afrontamiento(2)	-1,061	,830	1,636	1	,201	,346
Constante	-3,658	,553	43,684	1	,000	,026

(1) (2) Variables Dummy

Tabla 48 regresión logística sobre bulimia si/no

Tabla de clasificación(a)

		Pronosticado		
		BULIMIA		Porcentaje correcto
Observado		NO	SI	
BULIMIA	NO	239	3	98,8
	SI	25	3	10,7
Porcentaje global				89,6

a El valor de corte es ,500

Tabla 49 de clasificación(a). Regresión logística sobre bulimia si/no

Para el TCA NE el modelo de regresión logística selecciona tres variables (Tabla 50); *creación de la norma*, *aplicación de la norma* y *organización de las comidas*. La primera se porta como factor de riesgo en su categoría “autoritario” (4,2 veces más riesgo que la categoría de referencia (democrático); la segunda (aplicación de la norma) igualmente como factor de riesgo en su categoría “rígido” (hasta 4 veces más) en relación a “flexible” y la tercera (organización de las comidas) igualmente como factor de riesgo en su categorías “nula” (6,1 veces más) con relación a la referencia “adecuada”. El modelo clasificaría un 90,4% de los sujetos.

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Signif.	Exp B
Creación de la norma			7,957	2	,019	
Creación de la norma(1)	1,436	,765	3,524	1	,060	4,205
Creación de la norma(2)	-,335	,957	,123	1	,726	,715
Aplicación de la norma			5,785	2	,055	
Aplicación de la norma(1)	-,847	,874	,939	1	,333	,429
Aplicación de la norma(2)	1,381	,722	3,658	1	,056	3,979
Organización comidas			11,952	2	,003	
Organización comidas(1)	-,510	1,110	,211	1	,646	,600
Organización comidas(2)	1,813	,555	10,649	1	,001	6,126
Constante	-3,648	,84	18,666	1	,000	,026

(1) (2) Variables Dummy

Tabla 50 Regresión logística sobre TCA en si/no

		Pronosticado		
		TCA NE		Porcentaje correcto
Observado		NO	SI	
TCA NE	NO	242	0	100,0
	SI	26	2	7,1
Porcentaje global				90,4

a El valor de corte es ,500

Tabla 51 de clasificación(a) regresión logística sobre TCA en si/no

Estudiamos también por separado los aspectos purgativo y no purgativo de estos trastornos. En la tabla 52 se describen los resultados en el caso de trastorno de la conducta alimentaria de tipo purgativo, se trate de anorexia, bulimia o TCA NE. En este caso, el modelo selecciona tres variables entre todas como significativas: *la aplicación de la norma*, *la preocupación por la dieta* y *quién se preocupa por la imagen*. La *aplicación de la norma* se portaría como factor de riesgo tanto en su categoría “rígido” (5,3 veces más) como en su categoría “imprevisible” (4,1 veces más) con respecto a la aplicación “flexible”; la *preocupación por la dieta* igualmente se comporta como factor de riesgo en sus dos categorías de “excesiva” (2,4 veces más) y “escasa” (5,7 veces

más) en comparación con la preocupación “intermedia” y *quién se preocupa por la imagen* se actuaría como factor protector en el caso de que quien se preocupe por ella sea el padre. El modelo clasificaría correctamente a un 76,7% de los casos

VARIABLES	B	E.T.	Wald	gl	Signif.	Exp B
Aplicación norma			23,397	2	,000	
Aplicación norma(1)	1,672	,440	14,435	1	,000	5,321
Aplicación norma(2)	1,419	,370	14,698	1	,000	4,135
Dieta			19,559	2	,000	
Dieta(1)	,890	,386	5,315	1	,021	2,435
Dieta(2)	1,749	,415	17,778	1	,000	5,748
Quien preocupa imagen			6,968	3	,073	
Quien(1)	-2,530	1,091	5,375	1	,020	,080
Quien(2)	,092	,385	,057	1	,811	1,097
Quien(3)	-,499	,495	1,019	1	,313	,607
Constante	-1,834	,337	29,565	1	,000	,160

Tabla 52 Regresión logística sobre TCA purgativo si/no

		Pronosticado		
		TIPO PURGATIVO		Porcentaje correcto
Observado		NO	SI	
TIPO PURGATIVO	NO	167	16	91,3
	SI	47	40	46,0
Porcentaje global				76,7

a El valor de corte es ,500

Tabla 53 de clasificación(a). Regresión logística sobre TCA purgativo si/no

En el caso de tratarse de un TCA no purgativo o restrictivo el modelo selecciona tres variables como significativas; *distancia del padre*, *organización de la comida* y *preocupación por la imagen*. La primera se comporta como factor de riesgo en su categoría de “complaciente” (2,7 veces más riesgo) en relación con la actitud “responsable”. La *organización de las comidas* es un factor de riesgo cuando ésta es “excesiva” (6,8 veces más que cuando es “adecuada”). Y la *preocupación por la imagen* cuando ésta es escasa en comparación con “intermedia” sería un factor de riesgo importante (hasta 9,1 veces más riesgo) de desarrollar un TCA no purgativo o restrictivo. El modelo clasificaría bien al 82,2% de los sujetos (Tabla 54 y 55).

Variab les	B	E.T.	Wald	gl	Signif.	Exp B
Distanciamiento padre			5,012	2	,082	
Distanciamiento padre(1)	1,007	,471	4,577	1	,032	2,737
Distanciamiento padre(2)	,203	,458	,196	1	,658	1,225
Organización comidas			10,348	2	,006	
Organización comidas(1)	1,914	,597	10,263	1	,001	6,777
Organización comidas(2)	,165	,441	,139	1	,709	1,179
Imagen			31,502	2	,000	
Imagen(1)	-,212	,629	,113	1	,736	,809
Imagen(2)	2,205	,477	21,363	1	,000	9,071
Constante	-3,119	,435	51,514	1	,000	,044

(1) (2) Variables Dummy

Tabla 54 Regresión logística sobre TCA no purgativo o restrictivo si/no

		Pronosticado		
		TIPO RESTRICTIVO		Porcentaje correcto
Observado		NO	SI	
TIPO RESTRICTIVO	NO	209	13	94,1
	SI	35	13	27,1
Porcentaje global				82,2

a El valor de corte es ,500

Tabla 55 de clasificación(a). Regresión logística sobre TCA no purgativo o restrictivo si/no

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN



El análisis de los resultados ofrece numerosas diferencias entre los dos grupos familiares que componen el GE y el GC. Muchas de ellas son esperadas en el sentido de que ya han sido observadas en la literatura científica consultada cuando emprendimos esta tarea, otras no han confirmado las conclusiones de esos autores y algunas nos han sorprendido. Para una mayor claridad hemos considerado más oportuno en esta discusión analizar cada una de las variables por separado, siguiendo el orden en que se realizó en el protocolo.

En una primera aproximación podemos afirmar que ambos grupos de familias son dispares y representan distintos modelos estructurales familiares, que como es de esperar, conviven en nuestro medio social. Entre ellos hay algunas estructuras que son funcionales y otras que lo son menos, y de estas algunas pueden ser creadoras de patología. Sin embargo, todas estas estructuras se encuentran tanto en el grupo de familias de estudio como en el de control, aunque ninguna de este último ha producido sintomatología ni diagnósticos entre los miembros de la familia nuclear, al menos hasta la actualidad, pues esa es la condición para poder formar parte de ese grupo. Este hecho indica la complejidad de una tarea en la que además de la gran cantidad de fenómenos familiares que se observan y lo sutiles que son, es difícil separarlos de los numerosos elementos extrafamiliares que pueden influir en la aparición y el mantenimiento de estos trastornos tal y como pudimos analizar en el capítulo dedicado a la etiopatogenia.

Entonces, la primera idea que toma cuerpo es que la estructura familiar tiene una gran importancia en el desarrollo de las personas, pues determina cómo sus miembros se representan el mundo y las relaciones interpersonales. Representación que puede traducirse, en el caso del individuo, en que éste haga una introyección de objetos persecutorios, y en el del grupo familiar, en que sus miembros compartan una realidad enloquecedora establecida sobre unos vínculos que a veces, y por alguna razón, atrapan, mientras que en otras, por diferentes causas, no lo hacen. En consecuencia, vemos que hay estructuras que son un factor necesario para crear patología, aunque no suficiente, y se requerirán otros factores extrafamiliares para que aparezca el trastorno. Por otra

parte, estas mismas estructuras en presencia de factores protectores no promoverían su aparición.

Otra idea que va creciendo es que en los dos grupos de familias analizadas se reflejan las características propias de la posmodernidad. Siendo familias en las que predomina el individualismo y donde las relaciones que se establecen entre sus miembros tienden a la horizontalidad y a la cercanía. Con la incorporación de las madres al mercado laboral los valores tradiciones y la autoridad se ha ido debilitando, y el liderazgo del padre ha sido cedido a la madre. Estos cambios de roles dan lugar a unos padres desorientados por la ambivalencia que sienten hacia el rol que desempeñan, produciéndose un aumento en las exigencias individuales y familiares, un mayor narcisismo y por consiguiente más sentimientos depresivos.

Junto a estas características, que impregnan a todas estas familias, se encuentran otras estructuras que conservan algunos elementos de la familia patriarcal, pero que se encuentran desautorizadas por la realidad social compartida para ejercer los valores más adaptativos que conservan.

Pasamos a continuación a discutir los resultados que hemos obtenido, analizando cada variable por separado.

1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Nuestro GE esta equiparado desde el punto de vista estadístico con el GC en cuanto a edad (EM 19,79 vs 19,22 años) y sexo (6 varones y 129 mujeres en cada uno de los dos grupos). Tampoco resultan diferentes estadísticamente los grupos en cuanto al número de hermanos en la fratría y el orden que ocupan en ella. Por tanto, consideramos que al comparar ambos grupos de familias, los resultados no se han visto afectados por estas variables.

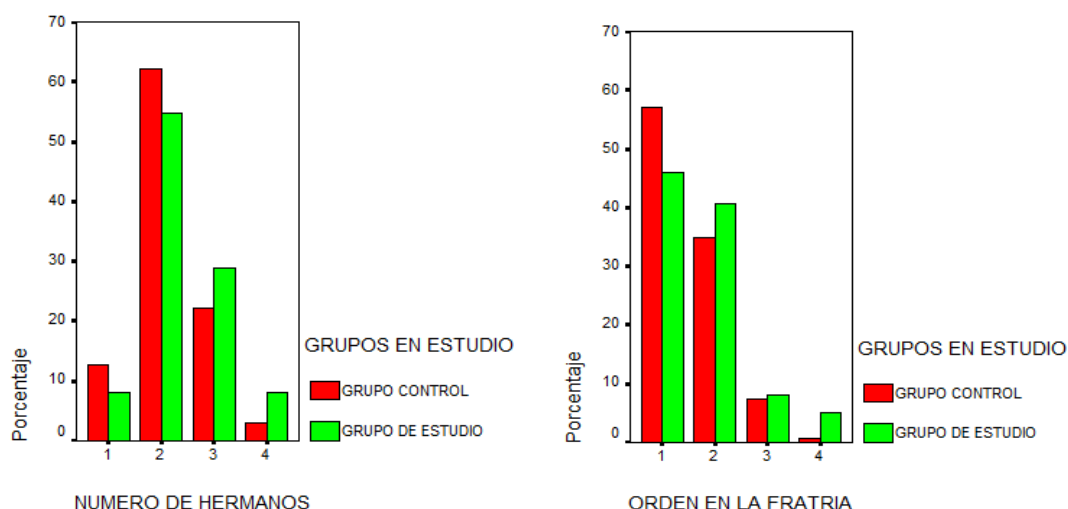


Gráfico 2 Número de hermanos y orden en la fratria

Es de reseñar que nuestro GE está compuesto por menos varones de los esperados según la literatura consultada, 4,44% vs 10% (Fosson, 1987, Higgs, 1989), lo cual puede deberse a las características propias de nuestro medio, un núcleo urbano mediano, con costumbres arraigadas de tendencia conservadora y donde existe un moderado-alto control social.

Por otra parte, si comparamos nuestras familias respecto a la composición de las familias españolas según datos del Instituto Nacional de Estadística, encontramos algunas diferencias:

Las familias con un solo hijo en nuestro estudio suponen el 19% frente al 38% del existente en la población española. Esta diferencia debe ser atribuida a que en el diseño del estudio excluimos a aquellas familias con solo un hijo que aún no ha llegado a cumplir 14 años. Este grupo en la pirámide poblacional española supone entorno al 15%, de forma que si comparamos nuestras familias con las de la población general excluyendo ese rango de edad los porcentajes se acercan notablemente: 19% vs. 23%.

Hasta aquí nuestras familias son representativas de la población española, sin embargo, las familias con 2 hijos del GE son el 54% frente al 45,5% la población española, y las familias de 3 y 4 miembros el 38,05% a diferencia del 16,5% que notifica el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estos datos indican que las familias estudiadas tienen un mayor número de miembros de lo esperable con respecto a la composición de la población española según datos del INE. Más de un tercio son familias numerosas, y esto es más del doble que en la sociedad en la que estamos insertados. Ahora bien, los casos del GE son todos los que se admitieron a tratamiento por TCA en atención especializada en la Provincia de Burgos durante el período de observación y, aunque no podamos excluir otras razones que justifique esta diferencia (que los pacientes de familias de menor tamaño no acudan a tratamiento, o no sean derivados a psiquiatría por una menor gravedad u otras causas), muchos de ellos proceden de familias numerosas de 3 o más hijos. Este último planteamiento no ha podido ser contrastado por no haber datos en la literatura revisada que lo apoyen o contradigan.

2. Antecedentes familiares

2.1. Antecedentes Somáticos

Existe controversia sobre cómo influye, en la aparición de un TCA, la presencia de una enfermedad crónica en la familia. Por una parte, Neumark-Sztainer (1998) considera que la enfermedad crónica en los adolescentes se suele asociar a familias poco estructuradas, monoparentales, con comunicación pobre, pocos cuidados parentales y bajas expectativas por parte de los padres hacia sus hijos, factores que se asocian también con TCAs, y por otra, otros autores (Karwautz, 2001; Espíndola, 2009; Fox, 2009; Sim, 2009) entienden que la anorexia nerviosa afecta al funcionamiento familiar de forma similar a como lo hacen otras enfermedades crónicas como la diabetes, de forma que el entorno familiar es clave a la hora de superar el TCA. Hasta hoy, no existen pruebas derivadas de la investigación que respalden que el entorno familiar sea culpable de su desarrollo.

Para contribuir a aclarar este aspecto analizamos la presencia de enfermedades somáticas en nuestro grupo de pacientes diagnosticadas de TCA y las comparamos con el grupo de familias que no tenían TCA en el grupo primario, teniendo en cuenta el número de casos que había en ese grupo familiar, el grado de parentesco con el sujeto

de estudio y el coste para el funcionamiento de la familia. El resultado es que no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el GE y el GC. En este aspecto no se diferencian ambos grupos de familias, han padecido similares enfermedades entre sus miembros, tanto crónicas como procesos agudos (cáncer, Infarto de miocardio, enfermedades degenerativas, autoinmunes que requieran de muchos cuidados y crónicas que impliquen cuidados a largo plazo, pero con limitación leve) y por tanto, en lo que se refiere a tener que dar cuidados, con la pérdida de independencia que supone a largo plazo, el quebranto económico o el impacto emocional subsiguiente, y los temores y respuestas ante la amenaza de la enfermedad a que han estado sometidos, sitúa en circunstancias similares a ambos grupos, en los que sin embargo, en unos casos se ha producido un TCA y en otros no.

2.2. Antecedentes psiquiátricos

Los antecedentes psiquiátricos en la familia también han sido señalados, ya como causa, o bien como favorecedores de los TCA. Minuchin (1978) observó que entre las familias con TCA, se dan principalmente, los trastornos afectivos en las madres, y el alcoholismo, drogadicción, obesidad y/o presencia de abuso sexual en algún otro integrante de la familia. Apoyando estos datos, Sayin (2004) apunta a la presencia de unos padres inestables emocionalmente y unas madres dependientes. También se ha señalado que un 60% de las madres de anoréxicas tenían antecedentes de amenazas y tentativas de suicidio, y con mucha frecuencia episodios depresivos durante la lactancia de la hija pre-anoréxica, que podría haber impedido la empatía necesaria entre la niña y su madre (Selvini, 1999).

Todo ello encaja bien en las teorías psicodinámicas, desde ese punto de vista, la función materna, se realizaría a través de cinco acciones-actitudes: acoger al bebé, reconocerle como distinto, disfrutar con él, valorarle y nutrirle. Estas acciones se pueden llevar a cabo con cierto grado de maduración de la madre y la presencia de un padre capaz de dar seguridad y garantizar, en un segundo momento, la necesaria separación madre-hijo. En los TCAs, al igual que en otras patologías de la identidad, esta madre y su función habría sido mal introyectadas, de manera que una identificación persecutoria o

negligente con esa figura materna, tendría como consecuencia que en el futuro, cuando la preTCA tenga que afrontar aquellas situaciones de la vida en las que tiene que poner en marcha esa función materna para adaptarse no podrá sentirse acogida ni reconocida, tampoco se sentirá valiosa, y se representará a sí misma como un cuerpo, excluyendo toda otra cualidad que no sea esa insatisfactoria corporeidad, ni tampoco podrá alimentarse de los nutrientes ni de las experiencias, las cuales son vividas como amenazantes o excesivamente exigentes.

Estas observaciones vienen a confirmarse en los resultados de nuestro estudio, en el que entre el GC y el GE hay diferencias significativas en el índice de cercanía para los trastornos afectivos (4,06 GE vs. 2,71 GC), de la personalidad (5,21 GE vs. 1,33 GC) y el propio TCA (2,75 GE vs. 1,33 GC), lo que abona la idea de la existencia de una relación entre los trastornos de la afectividad y los TCA, apareciendo estos como una organización melancólica, dirigida a aferrarse a lo que se tuvo y ya no se puede disfrutar.

Todo ello indica que las familias del GE tienen una mayor carga patológica en el ámbito psiquiátrico 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) tomando la media de los índices de cercanía que elaboramos tal y como se explicó en el capítulo de resultados.

Los cinco trastornos más frecuentes entre los familiares del grupo TCA frente al GC son los trastornos afectivos (36,3% vs. 28,1%), seguidos del alcoholismo (12,6% vs. 5,9), los TCA (10,4% vs. 3,7%), los Trastornos de la Personalidad (9,6 vs. 3,0%), y Trastornos de Ansiedad (8,9% vs. 0,0%). Estos datos son coincidentes con los encontrados en nuestra revisión para los trastornos afectivos (Theander, 1970; Woodside, 1993; Chinchilla, 1994; Bousoño, 1994; Schmidt, 1997; Fairburn, 1999; Schmidt, 1999; Moorhead, 2003), para los trastornos de ansiedad (Kasset, 1989; Halmi, 1991; Halmi, 2001) y para los TCAs (Theander, 1970; Crisp, 1974; Kalucy, 1977; Strober, 1985; Woodside, 1993; Moorhead, 2003; Ochoa de Alda, 2006).

	Grupo Experimental vs GC	%	Indice Cercanía
Trastornos Psiquiátricos Diagnosticados	Trastornos de la Afectividad	36,3% vs. 28,1%	4,06 vs. 2,71
	Trastornos de Ansiedad	9,6% vs. 00,0%	4,15 vs. 0,0
	TCA	11,85% vs. 4,4%	2,75 vs. 1,33
	Trastornos de la Personalidad	10,37% vs. 2,9%	5,21 vs. 2,75
	TDH	4,4% vs 0,0%	3,33 vs. 0,0
Trastornos Psiquiátricos Sospechados	No Hay Diferencias Significativas		

Tabla 56 Porcentajes de los trastornos diagnosticados y sospechados

Pero si lo que tenemos en cuenta es el índice de cercanía tienen más peso los Trastornos de la Personalidad, seguidos de la Ludopatía, el Alcoholismo, los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos Afectivos, mientras que los TCAs ocupan el noveno lugar en el GE.

GE			GC		
Antecedente	N	Índice de Cercanía	Antecedente	N	Índice de Cercanía
1 T. Personalidad	14	5,21	1 Alcoholismo	8	3,38
2 Ludopatía	2	5	2 Demencia	24	3,33
3 Alcoholismo	18	4,67	3 Ludopatía	2	3
4 Ansiedad	13	4,15	4 Drogadicción	6	2,83
5 Afectividad	49	4,06	5 T. Personalidad	4	2,75
6 T. del desarrollo/ R.M.	2	3,5	6 Afectividad	38	2,71
7 TDAH	6	3,33	7 Psicosis	9	2,11
8 Demencia	3	3	8 T. del desarrollo/ R.M.	6	2
9 TCA	16	2,75	9 TCA	6	1,33
10 Drogadicción	8	2,5	10 Ansiedad	0	....
11 Psicosis	9	2,22	11 TDAH	0	...

Tabla 57 Peso de los antecedentes psiquiátricos familiares según índice de cercanía

Esta tabla ilustra como los índices de cercanía son muy superiores en el GE comparados con los del GC, además hay grandes diferencias en el peso de los diferentes trastornos, así y aunque los del área de la afectividad son los más numerosos, si atendemos a la cercanía, pasan a un quinto y a un sexto puesto entre las familias del GE y el GC respectivamente. Sin embargo, los trastornos de la personalidad y los trastornos por dependencia (alcoholismo, ludopatía), siendo menos numerosos, afectan a personas más cercanas en el entorno familiar de los sujetos de nuestro GE.

Los TCAs se han situado en noveno lugar en la tabla 57, siendo mucho más frecuentes y con el doble de puntuación en el índice de cercanía entre las familias del GE en comparación con el GC

Son datos difíciles de interpretar, pero podría indicar que la crianza en el contexto de unas relaciones rígidas o inseguras podría tener una influencia en el desarrollo de los TCAs, que vendría dado por la mayor presencia de trastornos de la identidad en las personas más cercanas, pero al mismo tiempo hacen referencia a un entorno depresivo.

Por otra parte, es de destacar la similitud en cuanto a número y a índice de cercanía existente en ambos grupos para los trastornos psicóticos, lo que hace pensar que los TCAs no tienen una especial relación con ese orden de la patología que se vería poco influida por las circunstancias familiares. La mayor frecuencia de demencias recogida en el GC podría indicar que estos núcleos familiares mantienen una mayor relación y compromiso con su familia extensa, pues el índice de cercanía es idéntico. Esta falta de cercanía influiría en la recogida de datos al tener menos información las familias del GE sobre los familiares más lejanos.

3. ACONTECIMIENTOS QUE INFLUYEN EN LA CRIANZA

Otro aspecto que tratamos de determinar es si el hecho de que la madre estuviera pasando por una situación de duelo, en sentido amplio, durante el período perinatal o la primera crianza, pudiera impedir el establecimiento de una vinculación madre-hijo segura que a la larga pudiera desembocar en la aparición de un TCA. La comparación de estas circunstancias, en ese período tan sensible del desarrollo, 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, como veremos, su diferente funcionamiento familiar podría dar un diferente significado a estos duelos.

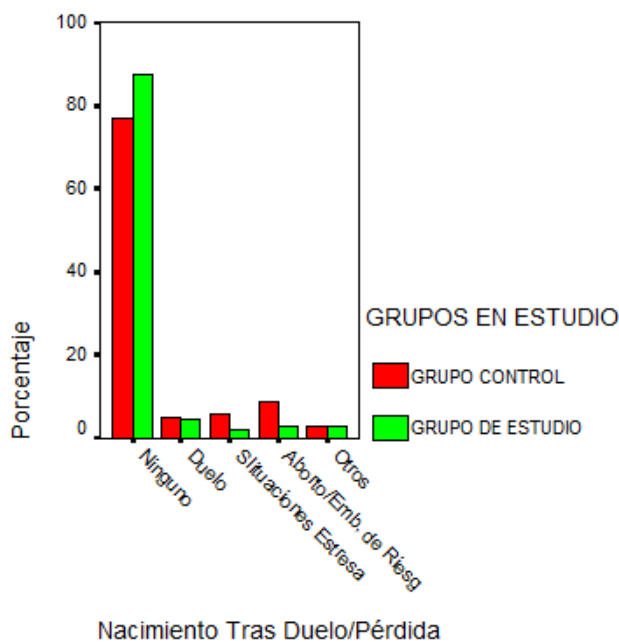


Gráfico 3 Nacimiento tras Duelo/Pérdida

4. ANTECEDENTES DE ABUSOS SEXUALES

Como señalábamos anteriormente, Minuchin (1978) y Woodside (1993) afirmaban que entre las familias con TCA es frecuentemente el abuso sexual en algún integrante de la familia.

Sólo en el GE contabilizamos abusos sexuales en 11 personas que representaron el 8,7% de ese grupo, y de entre ellas el 81,8 tienen las formas de TCA restrictivas y el 18,2% en las purgativas. En el GC no se ha encontrado ningún caso.

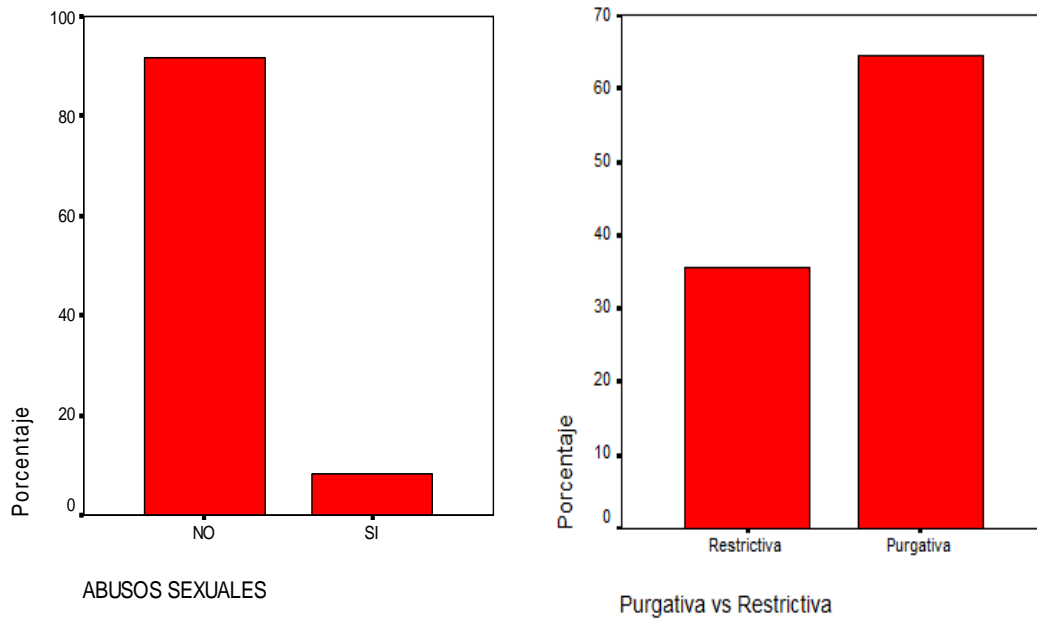


Gráfico 4 Porcentajes de abusos sexuales y TCA purgativa y restrictiva

Este dato confirma que los abusos sexuales son más frecuentes entre la población TCA, y que aunque las muestras de pacientes restrictivas y purgativas son diferentes en número, (65,2% vs. 34,8%) se dan más entre las formas purgativas, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupo.

Si tenemos en cuenta, más allá del simbolismo sexual que sugiere el vómito o la inanición, que las formas purgativas se encuentran con más frecuencia entre las familias más desestructuradas, podríamos afirmar que los abusos sexuales son menos frecuentes en las familias estructuradas (GC y otras), algo frecuentes en las familias rígidas o semi-estructuradas (restrictivas) y con más frecuencia entre las familias desestructuradas (purgativas).

5. ESTRUCTURA FAMILIAR

5.1. Subsistema

El clima familiar es la consecuencia de una realidad social, que determina la realidad psicológica, y que se construye a través de la simbolización de las experiencias que viven los miembros de esa familia (Blumer, 1982). Estas experiencias vienen a su vez determinadas por los vínculos que emergen de los intercambios afectivos y, de entre ellos, el que tiene primacía es el vínculo padre-madre (Lijstinstens, 2006). La calidad del clima estará en función de los beneficios o el coste que produzca a los integrantes de la familia (Thibaut et Kelley, 1959; y Homans, 1974).

Como hemos visto, el clima familiar es para algunos autores el principal predictor de los TCA, y ha sido descrito como el resultado de familias unidas patológicamente, evitadoras de conflictos y temerosas de un mundo exterior ante el que guardan las apariencias, pero que son incómodas para los que las habitan pues están centradas en la discrepancia con la paciente (Weinreich, 1985; Scheff, 1989; Trojovsky, 1995; Wewetzer, 1996; Laliberte, 1999). En palabras de Minuchin son familias caracterizadas por el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez y la evitación del conflicto, que consiguen mantenerse unidas gracias a que la paciente ocupa el rol central (Onnis, 1990).

Las constituyen padres distantes e inestables y madres sobreprotectoras y dependientes pero poco cálidas (Selvini, 1999; Sayin, 2004), que establecen vínculos inseguros padre-hija y madre-hija. En este ambiente, y al percibirse como poco importante para sus padres, la pre-anoréxica se organiza desde una idea devaluada de sí misma, e intenta ser lo que cree que sus padres desean de ella, necesitando en el futuro ser buena, perfecta y con éxito para mantener esa frágil unión que siempre es vivida con la amenaza de abandono o rechazo. Esta forma de vinculación, luego, se verá cristalizada por el efecto estabilizador de la enfermedad que congela el crecimiento.

Para analizar estos aspectos, en nuestro estudio se trató de evaluar las relaciones de los padres con sus hijas pacientes, clasificándolas en función de la *dedicación* que tenían, la

distancia emocional que ponían y la calidad del *vínculo*, además de la *expresión emocional* familiar y de cómo era la *relación afectiva entre el padre y la madre*.

5.1.1. Actitud materna

5.1.1.1. Dedicación materna

No es infrecuente encontrar madres que se sienten responsables de las dificultades de sus hijos por no haberles dedicado más tiempo, desde el sentimiento de ser responsables y culpables de las elecciones de estos o desde la idea irracional de que todo lo que sus hijos son es por lo que ellas hicieron o dejaron de hacer. Como ya vimos, algunos estudios como el de Calvo Vinuela (2002) han llegado a la conclusión de que las familias nucleares en las que la división de roles es más clara y las madres no trabajan fuera de casa, dedicándose exclusivamente al cuidado de los hijos, tienen menos riesgo de que en esa familia aparezca un TCA. Este efecto protector de la mayor presencia materna no ha sido confirmado en nuestra investigación. Si bien es cierto que lo que buscábamos en este apartado era cuanto dedicaba esta madre a sus hijos y no cual era el modelo familiar. El número de madres que se ocupan “exclusivamente” del cuidado de sus hijos es prácticamente idéntico en el GC y en el GE (43,7% y 43% respectivamente), y mayoritariamente las madres *concilian* su trabajo con ese cuidado (48,9 y 51,9). Aunque las madres del GE que tienen una “escasa” *dedicación* a sus hijos son más que las del GC (8,1% frente al 4,4%) esta diferencia tampoco es estadísticamente significativa.

Como luego veremos, no parece ser 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.

5.1.1.2. Distanciamiento materno

En este apartado hemos querido evaluar en qué lugar del orden de prioridades de las madres se encuentran la relación con sus hijos, pero la ausencia de datos numéricos en la literatura revisada nos impide comparar nuestros resultados con otros estudios, por lo que nos atendremos solo a los datos que hemos obtenido. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las familias TCAs y las del GC. Entre las primeras predomina la actitud “complaciente” (60% vs 37%), 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” (11,9 vs. 2,2) que engloba a las madres que imponen sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los otros, a diferencia de las madres del GC, que muestran una actitud “responsable” (en la que tienen en cuenta las necesidades de su familia, a la vez que las propias, atendiendo al interés del grupo familiar). La falta del reconocimiento de la diferencia entre el hijo y sí misma entre las madres del GE queda reflejada en estos dos tercios de madres “complacientes”, que apuntan ya a su dificultad para marcar límites en la educación de sus hijos. No es desdeñable tampoco ese tercio de madres “complacientes” del GC que podría indicar la pérdida de prestigio de la autoridad en la sociedad de consumo posmodernista, si bien, no tenemos datos sobre cómo se comportaban en este sentido las madres durante la primera mitad del siglo pasado.

5.1.1.3. Vinculación madre-hijo

En nuestro estudio la forma de vincularse de las madres de pacientes con TCA se define mayoritariamente como “excesiva” (con ansiedad de separación, dependencia diádica madre-hija, basada en vínculos inseguros) y “baja” (con vínculos ambivalentes y poco afecto), frente a la actitud “adecuada” (vínculos seguros) que es más frecuente entre las madres del GC.

Son resultados que no nos sorprenden, pues un vínculo seguro madre-hijo es considerado como la base del desarrollo de una personalidad “sana”, entendida como aquella que se inserta en el entorno con una actitud de confianza que le permite

entregarse, y que desde esa seguridad se aventura a explorar y a interactuar sin miedo buscando lo que desea, confiada en que su conducta depende fundamentalmente de sí misma y de su propio esfuerzo e iniciativa, sintiéndose libre al elegir sin excesiva necesidad de competir o de ser reconocido y sin temor a compartir o a ponerse en el lugar del otro, de forma que las experiencias se incorporan como parte del propio repertorio sin vergüenza de sí.

Es esa actitud materna basada en una aceptación incondicional y un compromiso inequívoco que tolera la insatisfacción y la rabia del niño, recogiénola y devolviéndosela de forma que la relación siga siendo creativa, y que Winnicott (1990) denominó la *madre suficientemente buena*, sobre la que el niño, cuando su condición lo permite, desarrolla su potencialidad de adaptación.

Como vemos, en el grupo de madres que pertenecen a una familia sin trastornos psiquiátricos entre los miembros de su familia nuclear predomina una forma de vinculación que hemos denominado “segura” (67,4%), sin embargo entre ellas también encontramos las formas de vinculación “excesiva” y “baja” (26,7% y 5,9% respectivamente), lo que indicaría que algún factor propio del niño o de la relación padre-hijo u otras influencias como las del orden social etc., pueden influir en desarrollo de la patología o como en el caso de este 32,6% de familias atenuando el riesgo de padecerlas.

Es de reseñar que la relación padre-hijo tiende a ser minimizada, sin embargo cuando tratamos sobre un grupo de pacientes con conflictos del orden histérico-narcisista estaríamos cometiendo un grave error dada la importancia que tiene.

Como ya señalamos anteriormente una madre poco cariñosa es entre las posibles causas de insatisfacción de los adolescentes con su familia la que tiene mayor peso (Chamblás, 2000), y las madres de TCAs han sido descritas como sobreprotectoras, sobreimplicadas y muy dependientes, con dificultades de separación y falta de límites (Sayin, 2004) o fuertes, rígidas y dominantes, pero al mismo tiempo poco cálidas (Selvini, 1999). Esta ambivalencia, mezcla de escaso afecto, si no rechazo, con sobreprotección (Steiger, 1989; Onnis, 1990; Suzuki, 1994; Palmer, 1998; Cava, 2003; McDermott, 2010; Swanson, 2010), 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 (Shomaker, 2009; Amianto, 2010). Vemos pues, que existe bastante acuerdo en describir la relación madre-hijo como simbiótica pero agresiva (Bonenberger, 1988; Overbeck, 1979) u hostil (Jonckheere, 1988), que en el caso de los TCAs se hace sobre un vínculo narcisista (Sayin, 2004).

Este patrón diádico de relación madre-hijo también está presente en el 65,1% de las madres de familias con TCAs (44,4% vinculación “excesiva” y 20,7% “baja”). En nuestros resultados el 34,8%, de estas familias no tienen ese tipo de vínculo, pues se trata de madres que se vinculaban desde una relación segura y de reconocimiento del otro, dicho de otra manera, un tercio de las madres de TCAs tienen una vinculación “adecuada” y esta relación no puede proteger a sus hijas de sufrir el trastorno. Esta conclusión abunda en la idea de que no podemos simplificar un fenómeno tan complejo.

En resumen, las madres de nuestros pacientes se caracterizarían por ser “complacientes” y “egoístas”, vinculándose con sobreimplicación o manteniéndose alejadas.

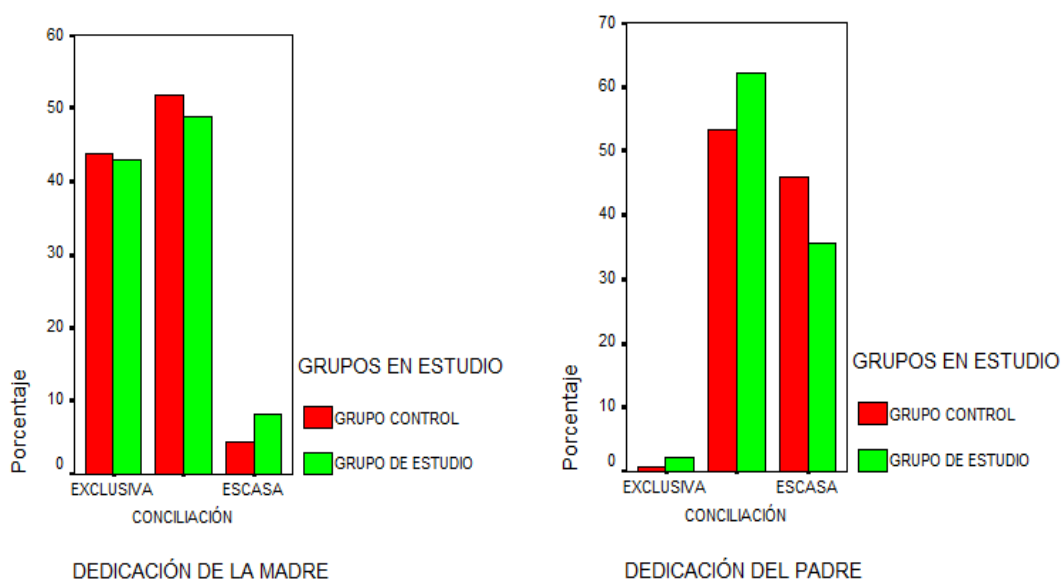


Gráfico 5 Dedicación de la Madre y del Padre

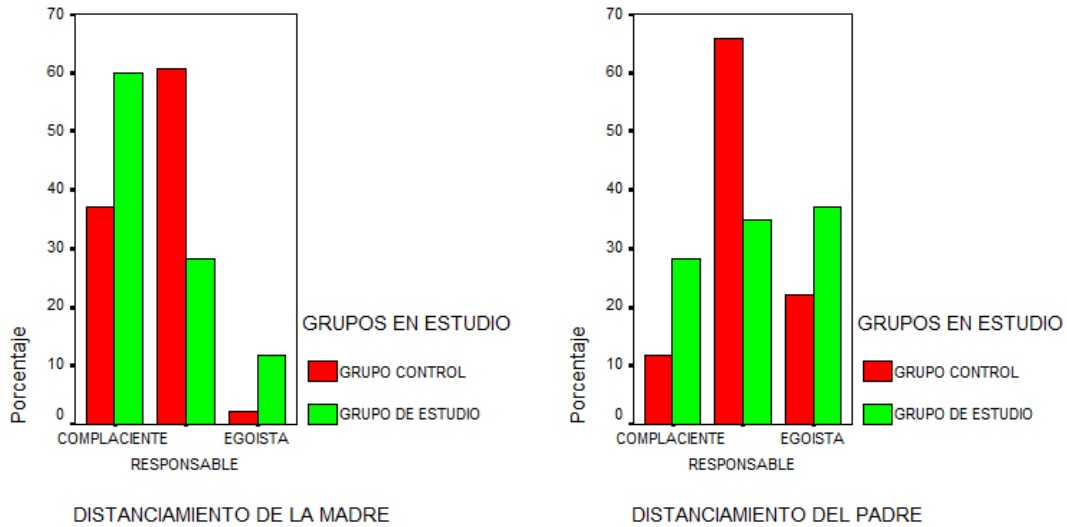


Gráfico 6 Distanciamiento de la Madre y del Padre

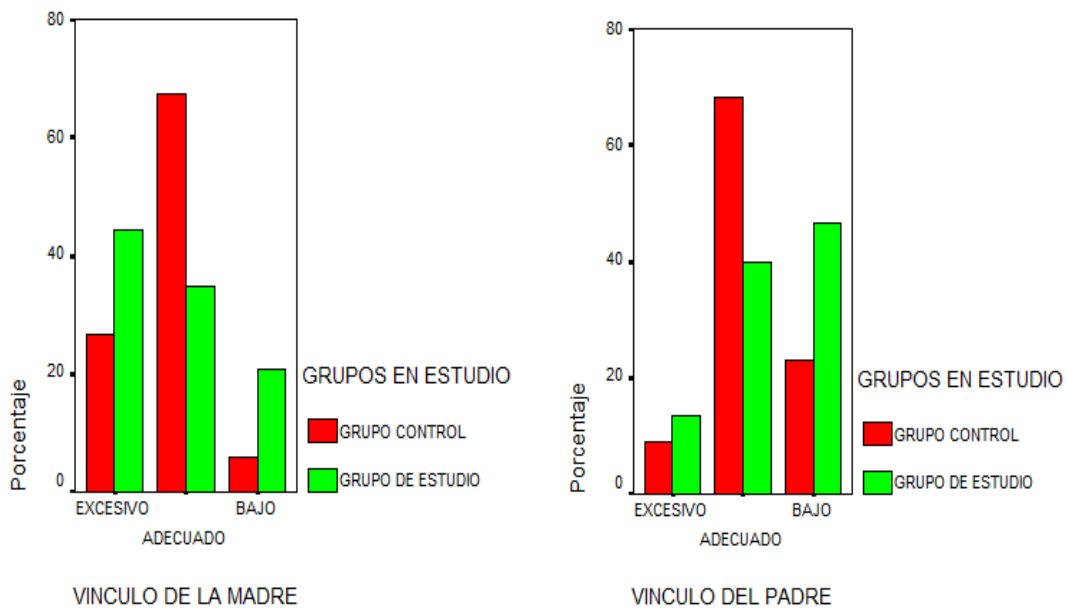


Gráfico 7 Vínculo de la Madre y del Padre

5.1.2. Actitud paterna

5.1.2.1. Dedicación paterna

El tiempo dedicado por los padres al cuidado de sus hijos siempre ha sido menor que el que han empleado las madres, y esto se refleja en las familias que hemos estudiado. Entre los padres la *dedicación* “exclusiva” a los hijos es residual (2,2% GE y 0,7% GC)

frente a las madres que es cerca de la mitad. Estas cifras se invierten en el subgrupo con *dedicación* “escasa” que es residual para las madres y que en los padres se da en un 35,6% entre el GE y 45,9% entre el GC. Nótese que son más los padres que dedican poco tiempo a sus hijos en el GC que en el GE, y aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas, esta diferencia de un 10% indicaría que, frente a la idea que se ha ido generalizando en las generaciones más jóvenes de que un buen padre solo lo es cuando dedica mucho tiempo a sus hijos, lo importante no es el cuánto, sino el cómo se realiza esa función.

No obstante, nuestros datos confirmaban la idea de que los padres cada vez se incorporan más al cuidado de sus hijos, pues más de la mitad de ellos concilian razonablemente su trabajo con el cuidado de estos (62,2% GE y 45,9% CG), probablemente como consecuencia de la incorporación de las mujeres al mundo laboral en igualdad con los varones.

En cualquier caso, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, comportándose de forma similar los padres de los dos grupos.

5.1.2.2. Distanciamiento paterno

Como las madres, la actitud de los padres del GE era mayoritariamente “complaciente” y “egoísta” (28,1% y 37% respectivamente), aunque, como era de esperar, las madres de ambos grupos estudiados son en mayor proporción “complacientes” y los padres más “egoístas”, posiblemente como consecuencia, por una parte de los diferentes patrones educacionales que aún se aplican a ambos sexos (difíciles de cambiar debido a la preferencia edípica que por el varón siente la madre y la posibilidad de embarazo a pesar de los métodos anticonceptivos), y por otra, por la mayor distancia a la que se sitúan algunos padres, que les permite aplicar la norma sin sentir el castigo o la privación en la propia piel. Estos resultados son coincidentes con los encontrados por Suzuki (1994) o Sayin (2004) que describían a los padres como distantes, inestables emocionalmente y con rasgos narcisistas.

Y como también era de esperar, en el GC predomina la actitud “responsable” (65,9% GC vs. 34,5%). Como hemos señalado las diferencias son estadísticamente significativas.

5.1.2.3. Vinculación padre-hijo

La vinculación padre-hijo es siempre más compleja pues pasa por distintas vicisitudes que en los tiempos posmodernos son más difíciles de encarar, dado el debilitamiento social a que está sometida la función que tradicionalmente se le atribuía, pero que en algunas de sus partes sigue siendo imprescindible para estructurar la salud mental de su prole.

En los primeros momentos de la vida del bebé, el padre no existe como hecho psicológico, siendo su figura asimilada a la madre. Solo con la llegada del conflicto edípico aparece como rival u objeto de deseo, y es entonces cuando es representado como el mensajero de la realidad. Se impone el mundo tridimensional de lo real y de las consecuencias sobre el mundo diádico del deseo, y por primera vez es vivido como padre, con la función inexcusable de separar al hijo de su madre. Difícil y contradictoria tarea, pero fundamental, pues gracias a ella se introyectan las normas y sus consecuencias internas, los valores y el ideal del yo, tan conflictivos para nuestros pacientes con TCAs.

Así, vemos que aunque en la satisfacción de los adolescentes con su ambiente familiar el afecto de los padres ocupa un segundo lugar, por detrás del de las madres, como resultado de una cercanía que es prioritaria para que éstas puedan cumplir su función (Chamblás, 2000), también hay un período del desarrollo en el que el niño-adolescente necesita al padre lejos, fuerte y temido para crecer y estructurarse como ser social.

Este segundo lugar en el afecto puede dar lugar en la sociedad posmoderna a una gran ambivalencia con el rol que se otorga a los padres tras perder estos la compensación que suponía poseer el lugar del poder, faltos ya de las idealizaciones que permitía la distancia.

Entre nuestros grupos familiares se apreciaban claras diferencias numéricas con significación estadística. La forma “baja” de vincularse es la más frecuente en el GE (46,7% GE vs. 23% GC), seguido de la forma “adecuada”, que es la más frecuente en el GC (68,1% GC vs. 40% GE). El *vínculo* “Excesivo” es poco frecuente en ambos grupos (13,3% GE vs. 8,9% GC).

Curiosamente, apenas difieren las cifras con las que obtuvimos de las madres, excepto en la forma de vinculación “baja” que es más frecuente entre las madres del GE (20,7%), y superior a la de los padres de este mismo grupo (13,3%) y a la de ambos del GC (5,9% Madres vs. 8,95 Padres)

Si atendemos a estos datos, la vinculación “baja”, que tal y como la definimos implica rechazo del padre hacía el hijo parece tener, al menos en los TCAs, una influencia mucho más determinante que el rechazo de la madre. Si tenemos en cuenta el modelo antes descrito por Selvini, en el que la hija se vuelve hacia el padre ante el conflicto conyugal, no es extraño que este rechazo paterno multiplique por un 14,7 el riesgo de que una adolescente tenga un TCA (Cava, 2003). En él se conjuran la devaluación de lo materno, (capacidad de ser acogido y reconocido, capacidad de disfrutar y explorar, capacidad de alimentarse con la comida y las experiencias), que es previa y una ambivalencia hacia lo paterno (normas que no protegen sino que persiguen, un amor defraudado que se transforma en un deseo de satisfacer inalcanzable y una exigencia sin límite). La traducción clínica de estos movimientos en los TCAs sería del orden de lo Histriónico-Narcisista: deseo rechazado y vacío interior, incapacidad de disfrutar del alimento y de los otros a los que no se puede poseer, solo devorar y/o expulsar, de sentirse reconocido, rechazo del cuerpo, de sí mismo y de las relaciones sexuales.

Desde este punto de vista, y a semejanza del modelo de Ferrer y Castro (2003) que clasifican los TCAs según su origen, en endocrinos, intrapsíquicos, familiares y sociales, en el plano del desarrollo psico-sexual nosotros podemos postular la existencia de tres tipos de TCAs desde el punto de vista familiar:

- 1.- *Depresivo-Narcisista*, que emerge desde el fallido vínculo madre-hijo de carácter más oral primitivo, con componentes melancólicos, impulsivos, y dramáticos.

- 2.- *Superyoico-Restrictivo*, que emerge del fallido vínculo padre-hijo de carácter más edípico, y en el que habría una regresión a funcionamientos obsesivos.
- 3.- *De transición-identificación*, que emerge en el periodo adolescente ante las dificultades de encontrar una identidad con la que afrontar la búsqueda de pareja sexual y lograr la separación de los padres.

5.1.3. Expresión Emocional

Es este un concepto creado en el ámbito del estudio de la esquizofrenia, y que designaba un funcionamiento familiar en el que se dan altas expectativas, altas exigencias, idealización, críticas frecuentes, que a la larga influyen en la aparición de mayor número de recaídas y peor evolución en ese grupo de pacientes. Nosotros lo hemos recogido dado que Treasure (2008) y Weisbuch (2010) han señalado que atribuciones inútiles pueden alimentar una variedad de reacciones emocionales (críticas, hostilidad, sobreprotección, culpa y vergüenza) que pueden contribuir al mantenimiento del TCA. Estas altas expectativas familiares, unidas a la tendencia al perfeccionismo de estos pacientes, tendrían consecuencias en la evolución y en la presentación del trastorno.

En nuestro estudio, encontramos que la *Expresión Emocional* oscila entre los extremos altos, (altas expectativas, altas exigencias, idealización, críticas frecuentes), el 53,3 % de las familias, y muy bajo (ausencia de expectativas por desapego, ausencia de exigencias), 10,4%, mientras que en el GC predominan unas expectativas más realistas hacia sus miembros (“baja” 79,3% de las familias).

Estos datos indican que la comunicación familiar es muy difícil en 2/3 de las familias con TCA, con un patrón de alta exigencia, que no tiene en cuenta las limitaciones o dificultades personales de sus miembros o los ignora. En cualquiera de los dos casos, esta conducta provoca un tipo de relación en los hijos de búsqueda de aprobación y por tanto de dependencia que luego se acompañará de hostilidad. Si este rechazo en forma de críticas y exigencias es puesto en el cuerpo de la niña con rechazo a su aspecto tendrá un valor específico en la aparición del trastorno.

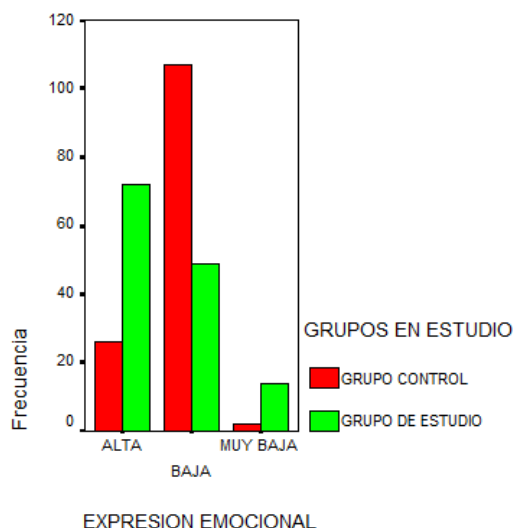


Gráfico 8 Expresión Emocional

5.1.4. Relación afectiva entre los padres

Es obvio que una buena relación entre los padres es la mayor fuente de estabilidad y seguridad familiar, factor necesario, aunque no suficiente, para el crecimiento de sus hijos. Una relación positiva, además de facilitar la comunicación, es el terreno adecuado para idealizar al otro miembro de la pareja que entonces será visto por los hijos como alguien valioso y contribuirá a que al hacer suyos a los padres el hijo también se sienta en valor (Chamblás, 2000).

Gensicke (1979) pone de manifiesto, que no es fácil apreciar todo el conflicto subyacente, a primera vista las familias TCA tienen alteraciones normales, con un estable y aceptable estatus social y valores sociales tradicionales. Sin embargo, las relaciones paterno-maternales perturbadas influyen en las actitudes familiares de tal modo que refuerzan estos modelos de conducta asociados con la alta actuación y la pseudo-solidaridad. Esta compleja estructura familiar afecta a los pacientes anoréxicos tanto que –desde un punto de vista interaccional– se desequilibra la identidad del yo y se produce la crisis adolescente.

Entre las familias que estudiamos, frente a la buena relación que presentan los padres del GC, en las familias con TCA predomina el enfrentamiento o la relación distante (de evitación del conflicto a costa de la renuncia al afecto y a la comunicación). Lo que

apoya la idea de Selvini (1991) de que las familias en que aparece una Anorexia Nerviosa están formadas por parejas frágiles.

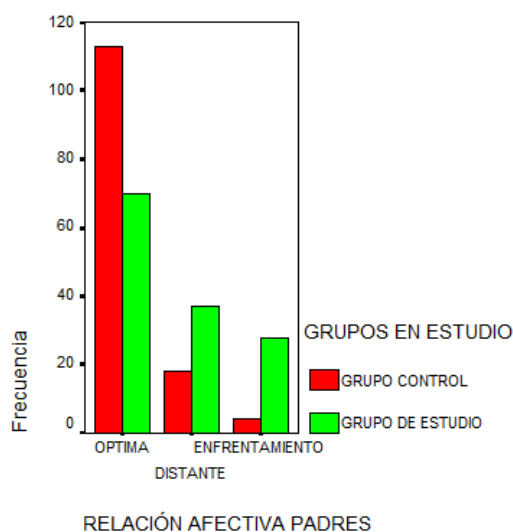


Gráfico 9 Relación Afectiva de los Padres

	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE CONTROL
ACTITUD MATERNA		
Dedicación	No hay diferencias	
Distanciamiento	“complaciente” y “egoísta”	“responsable”
Vínculo	“excesivo” y “bajo”	“adecuado”.
ACTITUD PATERNA		
Dedicación.	No hay diferencias	
Distanciamiento	“complaciente” y “egoísta”	“responsable”
Vínculo	“bajo”	“adecuado”
COMUNICACIÓN		
Expresión Emocional	“alta” y “muy baja”	“baja”
Relación Afectiva de los Padres	“enfrentamiento” y “distante”	“óptima”

Tabla 58 Relaciones entre los subsistemas

5.2. Jerarquías y límites

Como ya vimos, la estructura implica una organización y la constituyen las reglas que ordenan y organizan las unidades que componen el sistema familiar, regulando las pautas de interacción intrafamiliares y con los otros sistemas. Por tanto la estructura determina el pensamiento, las interacciones y también las emociones de los miembros de la familia, y regulan su funcionamiento global, pues predicen su forma de entender las cosas y lo que es posible y no lo es, dotándoles de una identidad y una realidad. La forman los subsistemas, los límites, las jerarquías, las alianzas y las coaliciones. En las

siguientes líneas discutiremos los resultados obtenidos sobre las jerarquías y sobre como gestionan los límites las familias de nuestras muestras.

5.2.1. Quién ostenta el liderazgo

En la actualidad, entre las familias españolas el 78% de los padres y 82% de las madres se identifica con un modelo igualitario de pareja, en el que ambos trabajan y se reparten las tareas del hogar, el cuidado y la educación de los hijos (Meil, 2005, 2006). Sin embargo una cosa es el ideal asumido por el grupo social, otra la percepción de la realidad y otra distinta es la percibida por un observador externo. Como hemos visto, en nuestro estudio los entrevistadores apreciaron una realidad menos igualitaria, sobre todo por la falta de compromiso de muchos varones. También hemos señalado las dificultades del padre destronado para asumir su nuevo rol menos idealizado, más comprometido con las tareas cotidianas y con menos poder. Lo cierto es que, más allá de aquel ideal social del padre todo poderoso de tiempos pretéritos, no contamos con datos que describan la realidad sobre quien ostentaba un liderazgo familiar que, en todo caso, se sustenta siempre en la idealización que la madre haga del padre, pues, al menos tradicionalmente es ella quien ha transmitido lo que es el padre a los hijos. Parece lógico entonces que ante esta equiparación de la tarea, esta idealización haya hecho descender varios peldaños a ese padre idealizado que tiene que aprender a compartir su liderazgo.

Coincidiendo con esa previsión, hemos encontrado que de las 135 familias que componen nuestro GC solo el 14,1% atribuyen el liderazgo familiar al padre, mientras que el 58,5% se lo otorgan a la madre. La supuesta igualdad solo es válida para el 23,7% de las familias y un 3,7% residual a ninguno de los dos.

Las familias del GE son diferentes estadísticamente a las del GC y algo más tradicionales, entre ellas el 19,3% dan el liderazgo al padre, y solo el 44,4% a la madre. El modelo posmoderno aquí desciende al 15,6%, y como era de esperar, en este grupo las familias sin líder, esto es, las menos estructuradas, son el 20,7%.

5.2.2. Estilo de liderazgo (creación de la norma)

Analicemos ahora como son esos líderes. El modelo mayoritario en el GC fue el asumido como ideal social, el “democrático” (61,5%), dato similar al encontrado en la población española por Meil (2006), seguido del “autoritario” (28,1%) y del “anárquico” (10,4%). Sin embargo, este último es el más frecuente en el GE (39,3%), lo que indica un menor grado de estructuración en estas familias, en las que el estilo “democrático” es la mitad que el encontrado en el GC (31,9%), mientras que no difieren en el estilo “autoritario” (28,9%)

A la luz de este último dato, habría que reflexionar entorno a la idea de que el estilo de liderazgo autoritario no siempre es rechazable, pues si bien el modelo democrático debería facilitar un ejercicio responsable de nuestra conducta, cuando no se acompaña de valores claros y consecuencias proporcionadas a nuestros actos, produce una tendencia a la infantilización y a la justificación. Un estilo autoritario acompañado de afecto y valores bien definidos en el final de la infancia y principio de la adolescencia puede convertirse en una guía afectuosa muy estructurante, siempre que esta manera de dirigir se vaya adecuando al proceso madurativo familiar y finalmente alcance la autonomía individual y la democratización familiar. En este sentido es pertinente recordar que Chamblás (2000) no encontró asociación entre el autoritarismo y la insatisfacción familiar en los jóvenes, aunque los que vivían en un medio democrático se sintieran más cómodos en sus casas.

Si miramos a la clínica, vemos que las familias con TCA se caracterizan por tener más normas que las otras familias (Gillett, 2009), además los estilos de crianza más autoritarios y permisivos se asociaban con más gravedad en los trastornos (Kuba, 2001; Haycraft, 2009; Bonenberger, 1988), fiel reflejo de lo encontrado en nuestros grupos en estudio.

¿Pero quién ejerce este estilo de liderazgo? Las madres en el GC son más “democráticas” (69,9% vs. 36,8% “autoritarias”), mientras que en el GE se distribuyen por tercios en los tres estilos autoritario-democrático-anárquico. Si analizamos a los padres, en torno al 50% de ambos grupos adoptan un estilo “autoritario”, mientras que

el 40% es “democrático” y muy rara vez el anárquico. Cuando lo ejercen ambos suele ser “democrático”, aunque un tercio se muestran “autoritarios”.

Por tanto, estos datos reflejan que los padres, cuando ejercen el liderazgo, no eluden su ejercicio y lo ejercen de forma democrática y autoritaria en proporciones parecidas. Sin embargo las madres, aunque tienden a ser democráticas, una de cada tres se mantiene en posiciones autoritarias y, entre las familias con patología, en igual proporción hacen dejación de sus funciones. Cuando el liderazgo es compartido suele ser “democrático”.

5.2.3. Aplicación de la norma

Existe una clara diferencia en cómo se aplica la norma entre las familias del GE y del GC. Estas últimas mayoritariamente lo hacen de una forma “flexible”, adecuándose al individuo y sus circunstancias. En el GE menos de la mitad se muestran “flexibles”, siendo frecuentes los estilos “imprevisible” (38,5) y “rígido” (19,3%).

Y no es extraño, pues las familias tienen una función de nutrir con afecto y otra normativa que deben ser consistentes para que sea posible el crecimiento y la individuación de sus miembros (Stierlin, 1984; Díaz Usandivaras, 1996). Un modelo muy rígido aprieta como un corsé y puede impedir el crecimiento, pero unas normas cambiantes e imprevisibles desorientan e impiden tomar una dirección en el desarrollo, de forma que el mundo es vivido como poco seguro y predecible deteniéndose la individuación y provocando patología.

5.2.4. Sanción de la norma

En cuanto a la sanción de la norma, que había sido definida en cuatro categorías: “rígidos/inflexible” (siempre que se incumple la norma, hay consecuencias); “flexibles” (en la aplicación de la sanción, se tiene en cuenta las circunstancias); “imprevisibles”(a veces hay sanción, otras no, independientemente de las circunstancias que rodean el

incumplimiento de la norma); y *No hay consecuencias* (no hay consecuencias inmediatas, aunque lo pueda haber a largo plazo), no se han encontrado diferencias entre ambos grupos.

Este hallazgo indica dos cosas, por una parte que nuestra población no difiere de la española, y por otra que en el castigo o en las consecuencias no debe estar aquello que hace que una persona presente un TCA. Los resultados no apuntan hacia un modelo educativo basado en el modelado y la sanción, sino a otro más cercano a los conflictos afectivos.

Meil (2006) ya nos había dicho que el 74% de los padres españoles eran poco estrictos, y que solo el 8% eran partidarios del castigo, y Elzo (2000) que el 43% de las familias de nuestro país solo tienen de familia el nombre, por eso no es extraño que el 42% de las familias del GC y el 56,3% de las del GEs no sancionen o sean imprevisibles en el castigo de las faltas.

Esta actitud parece ser contraria a los intereses de los adolescentes que muestran más insatisfacción familiar cuando los padres no se implicaban en la disciplina del hogar y sobre todo cuando las normas y su sanción son imprevisibles (Chamblás, 2000).

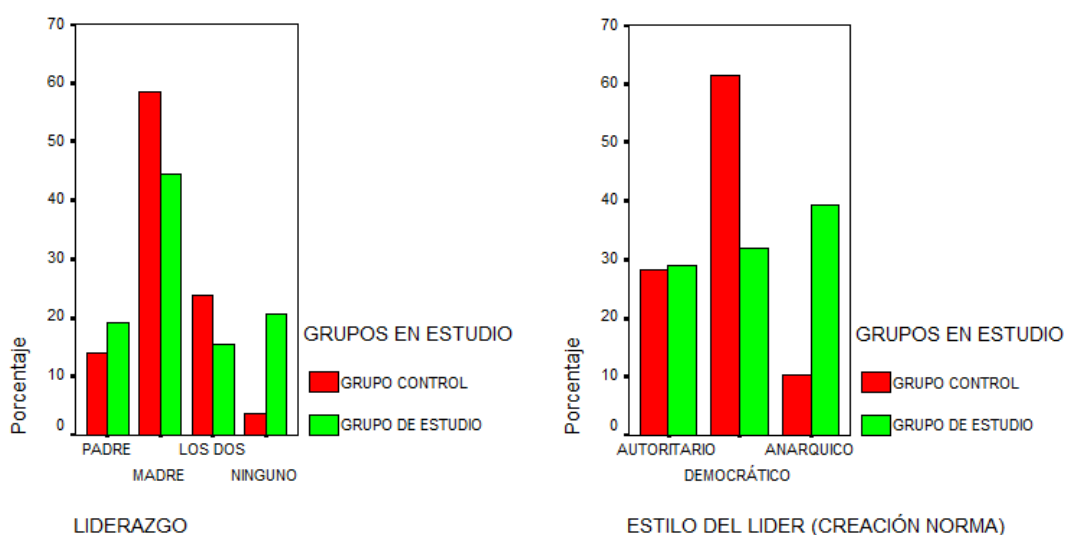


Gráfico 10 Liderazgo y Estilo de Liderazgo

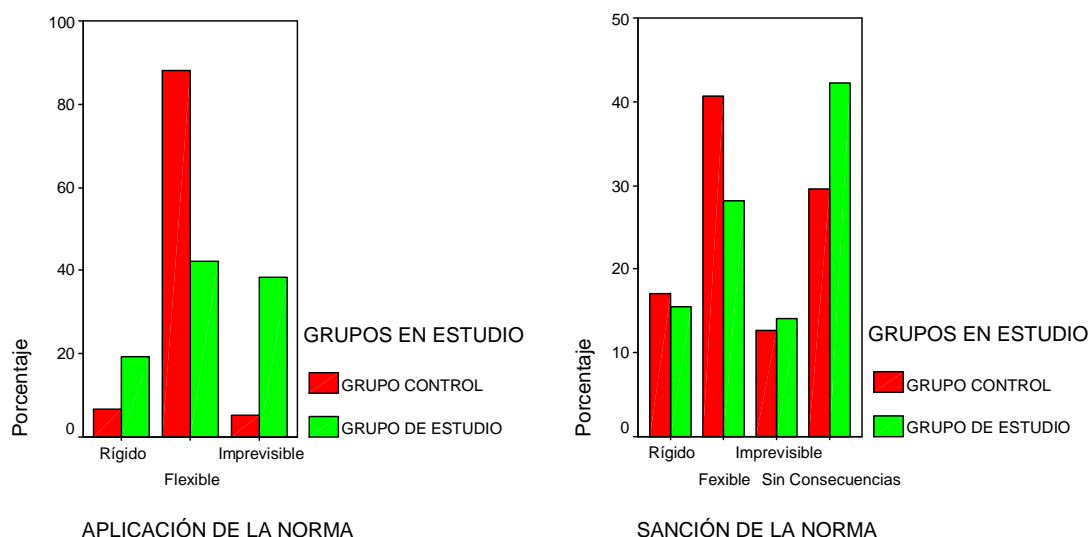


Gráfico 11 Aplicación de la Norma y Sanción de la Norma

	GE	GC
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”
	estilo “autoritario” es comparable en los dos grupos	
Aplicación de la norma	“imprevisible” y en menor proporción “rígida”	“flexible”
Sanción de la norma	No hay diferencias	

Tabla 59 Jerarquía

5.3. Límites

5.3.1. Control materno

La manera que tienen estas madres de ejercer el control es diferente en ambos grupos de familias. En el GE, el 46,7% de ellas tienen una actitud “controladora” (excesivo control, agobiante, sobreprotección que arropa excesiva e innecesariamente a los hijos), y el 17,8% de la actitud “distante/alejada” (de bajo control, mantenerse ajena a las necesidades de los hijos) frente al 35,6% de *control* “cercano” (*control* “adecuado”, estar pendiente, pero respetando las decisiones responsables y propias de los otros). Estos datos coinciden con los encontrados por Suzuki (1994) y Cava (2003),

Las cifras se invierten en el caso del GC donde dos tercios ejercen el *control* “cercano” y solo uno tiene una actitud “controladora”. Además, en este grupo el control materno “distante” o “negligente” de la conducta de sus hijos prácticamente es residual (2,2%), lo que resalta la importancia de la presencia materna, incluso cuando ésta no es de la forma más adecuada, como factor de protección para la aparición de un TCA. Sin embargo su sola presencia tampoco es suficiente, pues un tercio de nuestros TCAs tienen una madre que ejerce un *control* “cercano”.

5.3.2. Control paterno

El control sobre la conducta de sus hijos parece ser la principal función que tenían asignada los padres, además de la de ser el sustento familiar en las generaciones anteriores. En los tiempos posmodernos esta función paterna ha cambiado y parecen asumir un rol más de mediador y negociador. En nuestro GC solo la mitad de los padres ejercen un *control* “cercano” sobre sus hijos, mientras un tercio se mantienen “distantes”, la sexta parte restante actuaba de forma “controladora”.

Por su parte las familias con TCA se diferenciaron estadísticamente de las del GC, aquí las cifras se invierten y el *control* paterno es “distante” en la mitad de la muestra (47,4%), mientras solo un tercio ejerce un *control* “cercano” y el 19,3% restante era excesivamente vigilante.

El comportamiento de los padres difiere en ambos grupos de las madres, las cuales están mucho más “cercanas” que los padres, sobre todo en el GC, aunque sea chocando con sus hijos.

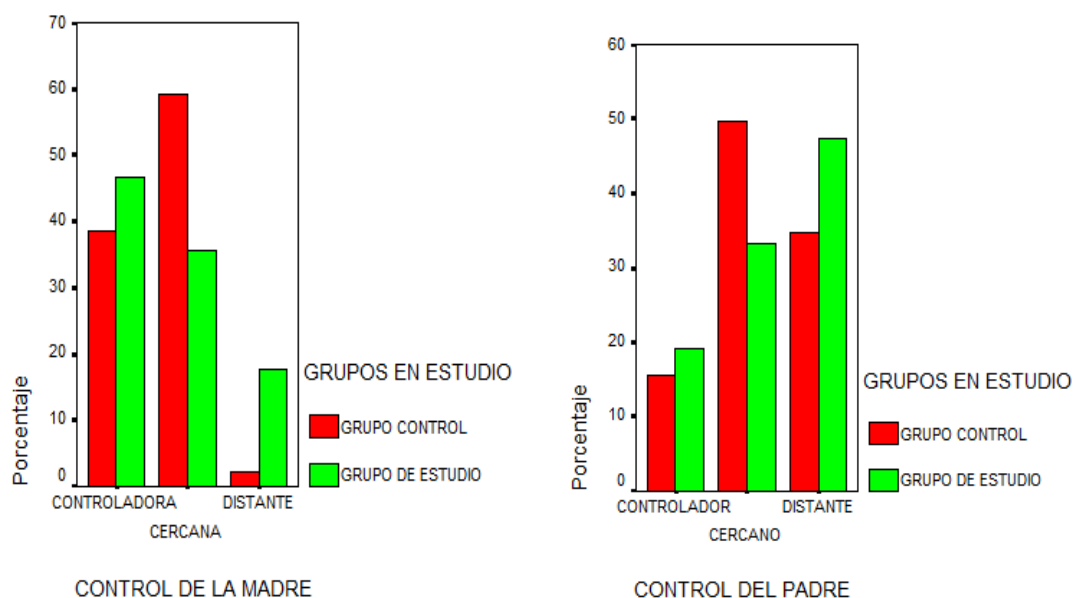


Gráfico 12 Control de la Madre y del Padre

5.3.3. *Habilidades de resolución de problemas*

Las familias de nuestro grupo TCA son familias en las que se evitan los problemas, por no tener habilidades de resolución para afrontarlos o simplemente por no ser conscientes de su existencia, mientras que las familias del GC mayoritariamente tienen habilidades de resolución de problemas.

En este sentido, los resultados son coherentes con los encontrados por Dare (1994) que define a las familias con TCA como familias psicósomáticas: evitadoras de conflictos y con “baja” expresividad emocional.

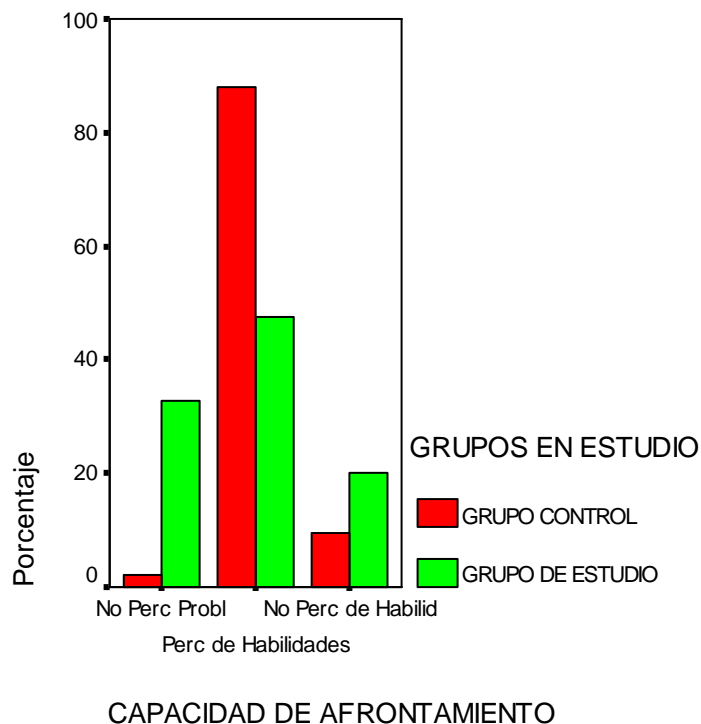


Gráfico 13 Capacidad de Afrontamiento en ambos Grupos

Control Materno	“distante”	“cercana”
	No hay diferencias en el estilo “controladora”	
Control Paterno	“distante”	“cercano”
Capacidad de Afrontamiento	Falta de habilidades de resolución y falta de reconocimiento de los problemas	Habilidades para la resolución de los problemas

Tabla 60 Límites

5.4. Alianzas

Las alianzas en la familia son entendidas como la unión de dos o más personas en pro de realizar una actividad o compartir un interés común. De forma automática, cuando se unen, se separan de los otros, esta separación protege el desarrollo de las funciones de los subsistemas de fratría o conyugal, favorece la autonomía y evita las coaliciones transgeneracionales.

Por tanto, las alianzas son sobre todo funcionales cuando ocurren entre miembros del mismo subsistema familiar, por lo que supone de diferenciación de estos, y son el vehículo de la individuación de sus miembros, de forma que cuando se da una alianza

entre los padres, se alejan de sus hijos, permitiendo que estos puedan separarse emocionalmente de sus padres. De la misma manera, la alianza entre hermanos se opone a los padres, permitiendo el crecimiento. Las alianzas entre miembros de diferentes subsistemas, por ejemplo, madre e hija, corren el peligro de no ser funcionales, tendiendo a convertirse en coaliciones que impiden el crecimiento.

En nuestro GE, las *alianzas* madre-hija se dan en un 28,1% de los casos y son más frecuentes que en el GC (19,3%), mientras que las *alianzas* padre-hijo, por el contrario, son ligeramente más frecuentes en el GC. Pero lo que es muy significativo, y al hilo de lo expresado en el párrafo anterior, es la gran diferencia en el número de *alianzas* entre miembros de los subsistemas detectado entre ambos grupos, éste es mucho más frecuente en el GC (25,1%) que en el grupo de familias con TCA (7,43%). Además, las *alianzas* intersubsistemas también son más frecuentes en el GE (33,3% GE vs. 26,7% GC). Este hecho indica la existencia de una organización en el grupo TCA que favorece poco la separación de los padres, y la individuación y la asunción de responsabilidades por parte de sus miembros.

Tipo de Alianza	N G. Exper.	% G. Exper.	N G. Control	% G. Control
No hay	79	58,5	59	43,7
Madre-Hijo	38	28,1	26	19,3
Padre-Hijo	7	5,2	10	07,4
Hermano-Hermano	9	6,7	28	20,7
Otros: tío, primo, abuelo-hijo	2	1,5	12	08,9
Entre los Padres	1	0,73	6	04,4

Tabla 61 Alianzas

5.5 Coaliciones

Las coaliciones se constituyen por dos individuos, generalmente de diferente generación, unidos contra un tercero. Las coaliciones intergeneracionales 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 (coaliciones), es decir no dejarse incluir en la díada parental en situaciones de crisis (Bowen, 1989).

Selvini (1991) ha propuesto una tipología para las familias con un miembro con Anorexia nerviosa en función de las coaliciones que la niña anoréxica establece o no con sus padres y determinan su estructura:

- Familia Tipo A: vínculo intenso con la madre, que no es de admiración, sino de triangulación (coalición), la madre desprecia al padre.
- Familia Tipo B: vínculo privilegiado con el padre que es rechazado por la madre.
- Familia Tipo C: niñas privadas de vínculo de dependencia seguro. Ni con el padre ni con la madre u otro familiar.

Por tanto las Coaliciones son siempre indeseables, y en nuestras familias encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las del GC y las del GE. En el primero las *coaliciones* son muy escasas (0,7%), mientras que entre las familias con TCA ascendía al 14,8%, de las cuales un 11,9% son con la madre, cifra sensiblemente inferior al 33,3% de Bonenberger (1988), que podrán encajar en el tipo A de Selvini (1991), mientras que las alianza con el padre, del tipo B de Selvini sólo suponen un 2,2%.

Tipo de Coalición	N G. Exper.	% G. Exper.	N G. Control	% G. Control
No hay	115	85,2	134	99,3
Madre-Hijo	16	11,9	0	0,0
Padre-Hijo	3	2,2	1	0,7
Padre-Madre-Hijo	0	0,0	0	0,0
Hermano-Hermano	1	0,7	0	0,0

Tabla 62 Coaliciones

A la luz de estos resultados, podemos decir que aunque estas *coaliciones* pueden ser un factor importante en la génesis de algunos TCA solo están presentes en 1/7 de las familias que hemos estudiado.

	Grupo Experimental	GC
Alianzas		Más frecuente
Coaliciones con la Madre	Más frecuente	

Tabla 63 Alianzas y coaliciones

6. OTRAS VARIABLES RELACIONADAS

6.1. Organización a la hora de las comidas

La comida es un momento fundamental para la familia pues en nuestro medio es uno de los pocos momentos en los que todos los miembros de la familia se encuentran reunidos, cara a cara, y por tanto es el principal lugar de recogida y transmisión de información que tiene el grupo familiar, donde todo está a la vista de todos, convirtiéndose por tanto en el espacio integrador sin el que, salvo que sea sustituido por otro, la familia comienza a disgregarse y a generar patología. Como hemos visto numerosos autores alertan sobre lo frecuente que es que las familias con TCAs no se reúnan para comer (Pike, 1991; Mellin, 2004; Neumark-Sztainer, 2004; Krug, 2004; Neumark-Sztainer, 2009; Haines, 2010), y cómo el comer en familia se convierte en un factor protector para tener un trastorno de este orden, mientras que la combinación de pocas comidas familiares y preocupaciones familiares sería un factor de riesgo.

A pesar de lo dicho, hoy, por distintas razones, estos encuentros familiares se hacen cada vez más excepcionales, y para ver la magnitud del fenómeno baste el dato de que en torno al 33% de los padres y el 22% de las madres con un trabajo remunerado comen fuera de casa en los días laborables, cifra que en las grandes ciudades llega al 43% para los padres y al 28% para las madres (Meil, 2006), de forma que las comidas familiares se han ido reduciendo a los fines de semana en el mejor de los casos y solo mientras los hijos no son autónomos.

Lo cierto es que los dos grupos de familias de nuestro estudio se comportaban de forma diferente, en el sentido de lo afirmado por los autores antes reseñados. Por un lado el 88,9% de las familias del GC tienen lo que hemos llamado una organización “adecuada” de las comidas (ambiente relajado, la familia come junta, representando la comida un momento de encuentro familiar). Por otro, en las familias del GE la organización “adecuada” solo se da en 53,3% de la muestra, mientras que la “nula” organización de las comidas se da en un 36,6% (entendida como: familias que no comen juntas, con TV puesta, sin comunicación ni diálogo, ni un menú común para todos) y la “excesiva” (excesivo control y organización materna durante las comidas, existe tensión durante la

comida por el cómo comer) en el 10,4%, lo que indica que el 46,7% de estas familias tienen una conducta de riesgo.

Estos datos reflejan la tendencia a la individualidad y un cambio de prioridades que relega al grupo familiar a un segundo lugar propios de la posmodernidad, más que a las circunstancias personales, 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. También podría reflejar las dificultades familiares propias del TCA, tanto por la actitud de los padres como por la conducta de asociada del miembro de la familia que presenta el trastorno.

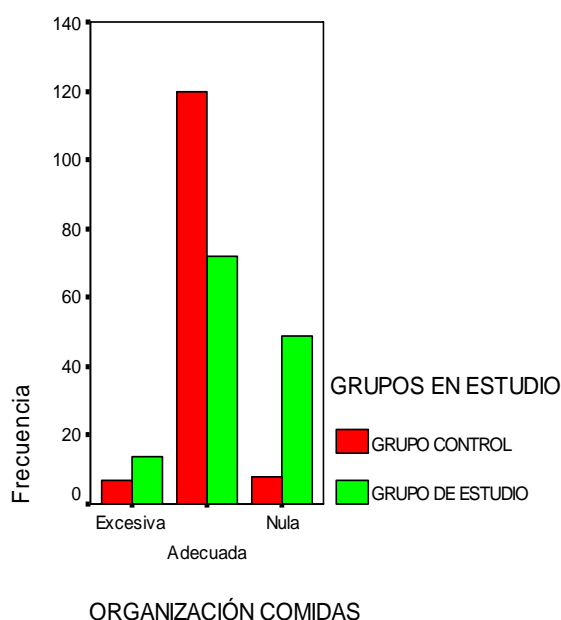


Gráfico 14 Organización de las Comidas

6.2. Preocupación de los padres por la dieta y la imagen

Como hemos podido ver, los padres modelan la conducta alimentaria de sus hijos desde una edad muy precoz (Toro, 2004), y los comportamientos, y creencias sobre los alimentos es diferente entre las madres de hijos con TCA que entre las que no los tienen (Cordella, 2009), quizás, porque aquellas tienen más problemas de peso y esto les provoque más preocupación por la comida (Crisp, 1974; Kalucy, 1977; Minuchin, 1978; Schwarz, 1997).

También hemos visto que las madres preocupadas por el peso se convierten en un factor de riesgo para que uno de sus hijos padezca un TCA (Pike, 1991; Levine, 1994; Eisenberg, 1999; Smolak, 1999; Stice, 1999; Jacobi, 2001; Story, 2003; Mellin, 2004; Allen, 2009; Canals, 2009; Tremblay, 2009; Reba-Harrelson, 2009; Tremblay, 2009; Woldt 2010; CU, A VH, Cm B, RO., 2011), que es mayor si se asocia con rasgos perfeccionistas en los padres (Woodside, 1993; Allen, 2009; Canals, 2009; Quiles Marcos, 2009), pues las percepciones de estos sobre el peso de sus hijos son más poderosas que el peso objetivo del cuerpo del niño para predecir el desarrollo de trastornos de la alimentación (Allen, 2009). Estas presiones para que los hijos estén delgados (Thelen y Corner, 1995; Edmund y Hill, 1999; Rodgers, 2009; Woldt, 2010), siguiendo dietas lo sufren el 45% de las adolescentes, pero además el 58% reciben críticas y burlas que se convierten en uno de los factores más poderosos para que se inicien las conductas anormales en relación con la alimentación (Neumark-Sztainer, 2010).

Además, cuando existe un miembro de la familia haciendo dieta, existen muchas posibilidades de que observemos actitudes anormales hacia la alimentación (Pike, 1991; Bilali 2010).

Sin embargo, y frente a lo esperable, los padres de nuestros pacientes presentan una *preocupación por la dieta* y la imagen corporal “escasa” (40% y 57,8% respectivamente), predominando las familias en las que ninguno de los padres está interesado o preocupado por su imagen o por lo que se come (53%). Este escaso interés puede reflejar el alejamiento afectivo en que se encuentran. La “excesiva” *preocupación por la dieta* y la imagen sólo se encuentra en aproximadamente un 20% de estas familias y corresponde casi exclusivamente a las madres (31,9%), ya que solo un 3% de los padres muestra un interés significativo por este tema y “ninguno de los dos” en el 53% de estas familias.

Curiosamente, encontramos más preocupación en el GC. En este grupo la preocupación “excesiva” por la dieta es algo menor (18,5%), pero la “intermedia” se eleva hasta un 80%, preocupación que consideramos adaptativa, pues puede indicar una preocupación por la correcta nutrición de sus hijos. Sin embargo la *preocupación por la imagen* es “excesiva” en el 28,1% de la muestra, un 9% superior a la del GE. La “intermedia” se eleva hasta el 65,2% y la “escasa” es residual. Nuevamente las madres son las más

preocupadas por su imagen (42,5%), aunque también los padres muestran un interés significativo en el 14,8%. Solo el 20% de estas familias parecen mantenerse despreocupados por su imagen.

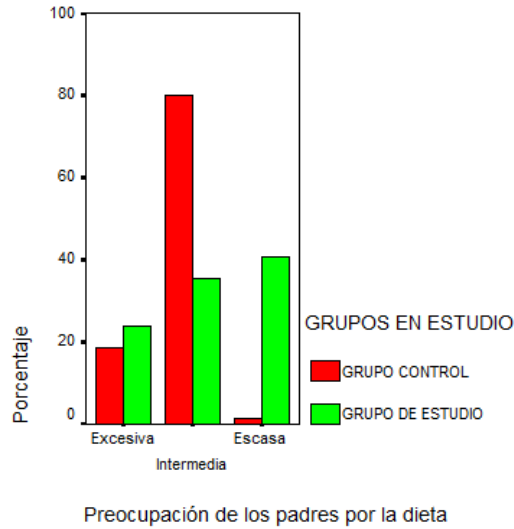


Gráfico 15 Preocupación de los Padres por la Dieta

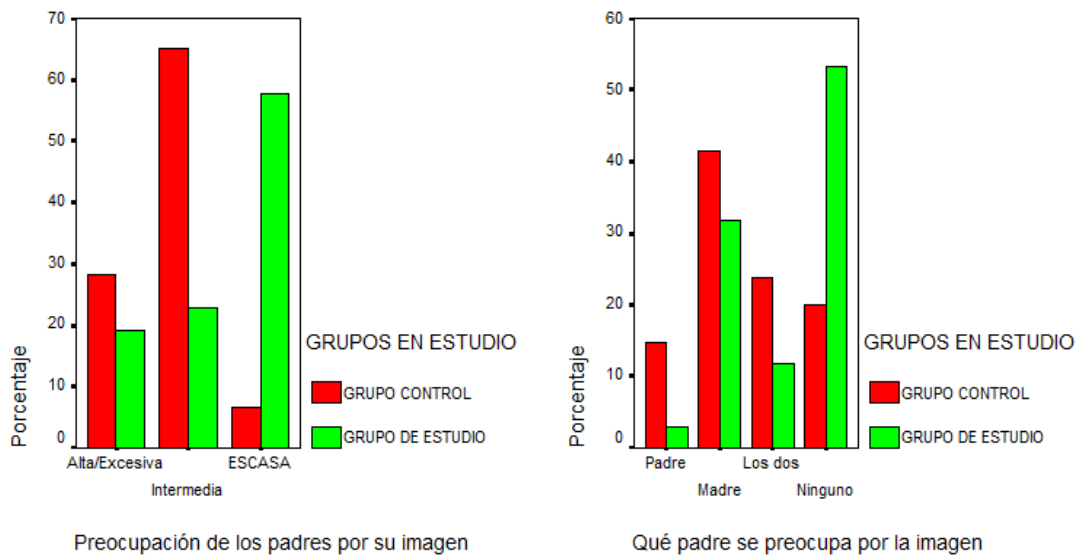


Gráfico 16 Preocupación de los Padres por su Imagen y qué Padre se preocupa por la Imagen

	GE	GC
Organización de las Comidas	“nula” y “excesiva”	“adecuada”
Preocupación de los Padres por la Dieta Alimentaria	“escasa”	“intermedia”
Preocupación de los Padres Por La Imagen	“escasa”	“intermedia”
Qué Padre se Preocupa Más por su Imagen	ninguno	“el padre” y “los dos”

Tabla 64 Otras variables relacionadas

7. RELACIÓN ENTRE ESTRUCTURA FAMILIAR, ACTITUDES Y PREOCUPACIÓN PARENTALES POR LA DIETA Y LA IMAGEN, Y LOS TIPOS DE TCA EN EL GE

En nuestro estudio no se encuentra que variables como la extensión de la familia, el lugar que ocupa el paciente entre sus hermanos, o los antecedentes familiares de enfermedades, tanto somáticas como psiquiátricas, estén relacionadas con la presencia de un determinado subtipo de TCA. Tampoco encontramos relación entre las actitudes de los padres y los tipos de TCA estudiados.

Sin embargo los pacientes con un TCA NE proceden de familias donde es más frecuente que la aplicación de las normas se haga de manera imprevisible y se dé una mala o nula organización a la hora de las comidas. En cambio, en las familias de los pacientes con AN es poco frecuente que tanto la aplicación de la norma como su sanción sean imprevisibles, mas bien, se sanciona de forma rígida, y apenas se da una organización “nula” a la hora de las comidas. Por último, las familias de los pacientes con BN rara vez se comportan de forma rígida a la hora de sancionar las normas.

Estructura Familiar	AN	BN	TCA NE	Signif
Aplicación de la Norma	↑ Rígida ↓ Imprevisible		↓ Rígida ↑ Imprevisible	Chi ² 11,41 p 0,022
Sanción de la Norma	↑ Rígida ↓ Imprevisible ↓ Sin consecuencias	↓ Rígida ↑ Sin consecuencias	↑ Imprevisible	Chi ² 14,51 p 0,024
Organización Comidas	↓ Nula		↑ Nula	Chi ² 16,00 p 0,022

Tabla 65 Estructura familiar y tipos de TCA

En este sentido, Wilson (1982) y Di Pentima (1998) coinciden en señalar que el hecho de que el lazo familiar sea más adecuado entre las AN-R que entre las ANcp y que estas diferencias existían al comienzo de la anorexia, previo a cualquier efecto posible de la terapia, lo que sugiere que su estructura está determinada por una diferente dinámica familiar

8. FUNCIONALIDAD FAMILIAR RESULTANTE DE LA INTERACCIÓN DE LA ACTITUD PADRE-MADRE HACIA SUS HIJOS

En los resultados analizados en las páginas anteriores hemos podido reconocer que entre las familias de nuestros pacientes hay dos de las características encontradas por Minuchin: aglutinamiento caracterizado por la sobreprotección y la ausencia de límites interpersonales, y en el polo opuesto otro perfil familiar caracterizado por el abandono afectivo, donde los padres se mantienen centrados en sus propias necesidades y relegan las de sus hijos con los que tienen un vínculo de baja intensidad y escaso control materno de su conducta. En cualquier caso, podemos observar una mayor presencia de las madres, muchas de las cuales tienen dificultad para reconocer a sus hijos como distintos de sí mismas, y a unos padres distantes y poco comprometidos, similares a los descritos en la literatura científica.

Hasta ahora hemos analizado por separado la relación de padres y madres con sus hijos, sin embargo, la acción conjunta de ambos puede en unos casos agravar las diferencias de las características del funcionamiento de uno de ellos en particular o neutralizarlas, dando como resultado una familia funcional para el desarrollo psico-sexual de sus hijos o no.

Entonces surge la pregunta, ¿cómo interactúan entre sí estas variables que describen la relación padres-hijo, y cuál es el resultado de la unión de estos padres en el funcionamiento familiar?, la respuesta no es fácil pues el análisis se hace más complejo.

Las variables de nuestro cuestionario que describen cómo es la relación entre los padres y sus hijos, desde el punto de vista de la actitud de aquellos, son *Dedicación*, *Distancia*, *Vínculo* y *Control*. Y dado que en cada padre y cada madre el resultado de la suma de estas variables se concretaría en un estilo particular de ejercer la función paterna o materna que sería más o menos eficiente para el funcionamiento familiar, optamos por crear una nueva variable resultado de la suma de las cuatro enunciadas (*Dedicación*, *Distancia*, *Vínculo* y *Control*) que describiera esa funcionalidad. El análisis de las combinaciones de las cuatro variables con sus correspondientes tres categorías en los

padres de los grupos de estudio y de control dio lugar a 41 estilos de funcionamiento materno y 45 estilos paternos.

Esta variedad de estilos produce una gran dispersión de datos, por lo que los reagrupamos en otros tres según la capacidad funcional que atribuimos a cada uno de estos estilos. La forma en que definimos esta capacidad para desempeñar su función se hace asignando a cada una de las categorías de cada variable un valor entre 3 posibilidades -1, 0 y +1. Consideramos valores positivos a aquellas categorías de la actitud de los padres y madres que predominan en el GC, que en su conjunto reúnen una organización más funcional y no han dado sintomatología psiquiátrica. Los valores negativos se asignan a las categorías predominantes en el GE, menos estructurado y con patología. Y el valor 0 a aquellas categorías en las que no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

Así, a las categorías “exclusiva”, “conciliación” y “controladora” se les asigna el valor 0, pues pueden contribuir a la crianza positiva o negativamente en función de si van acompañadas de otras categorías (por ejemplo “egoísta” o “cercano”). Las categorías “escasa”, “complaciente”, “egoísta”, “excesivo”, “bajo” y “distante” se consideran negativas para una crianza satisfactoria, por lo que se les asigna el valor -1, y por fin las categorías “responsable”, “adecuado” y “cercano” reciben el valor +1 al ser consideradas como favorables para una crianza satisfactoria.

En la Tabla 66 hemos reseñado el índice de funcionalidad:

Dedicación	Exclusiva	0
	Conciliación	0
	Escasa	-1
Distanciamiento	complaciente	-1
	Responsable	1
	Egoísta	-1
Vínculo	Excesivo	-1
	Adecuado	1
	Bajo	-1
Control	Controladora	0
	Cercano	1
	Distante	-1

Tabla 66 Índice de Funcionalidad

La suma de estas puntuaciones (valores asignados a las variables *Dedicación + Prioridad + Vínculo + Control*) da lugar a una escala que iba de +3 a -4, de forma que establecemos que los valores positivos pueden ser considerados estilos de funcionamiento paterno o materno *Funcionales*, al valor 0 un funcionamiento *Suficientemente* bueno y a los valores negativos los consideramos *Negligentes*.

8.1. Modelos de actitudes maternas

Como decíamos antes, al estudiar las distintas categorías que componen las variables que describen cómo era la relación entre los padres y sus hijos en su conjunto encontramos 41 estilos de funcionamiento materno que agrupamos a través del índice de funcionalidad en tres categorías (Funcional, Suficiente y Negligente, a continuación describimos los 41 estilos:

Dedicación	Prioridad	Vínculo	Control	Índ. Funcionalidad	Estilo	Funcionalidad
Exclusiva	Complaciente	Excesivo	Controladora	-2	1	Negligente
Exclusiva	Complaciente	Excesivo	Cercana	-1	2	Negligente
Exclusiva	Complaciente	Excesivo	Distante	-1	3	Negligente
Exclusiva	Complaciente	Adecuado	Controladora	0	4	Suficiente
Exclusiva	Complaciente	Adecuado	Cercana	+1	5	Funcional
Exclusiva	Complaciente	Bajo	Controladora	-2	6	Negligente
Exclusiva	Complaciente	Bajo	Cercana	-1	7	Negligente
Exclusiva	Complaciente	Bajo	Distante	-1	8	Negligente
Exclusiva	Responsable	Excesivo	Controladora	0	9	Suficiente
Exclusiva	Responsable	Excesivo	Cercana	+1	10	Funcional
Exclusiva	Responsable	Adecuado	Controladora	+2	11	Funcional
Exclusiva	Responsable	Adecuado	Cercana	+3	12	Funcional
Exclusiva	Responsable	Bajo	Controladora	0	13	Suficiente
Exclusiva	Responsable	Bajo	Distante	+1	14	Funcional
Exclusiva	Egoísta	Excesivo	Controladora	-2	15	Negligente
Exclusiva	Egoísta	Bajo	Controladora	-2	16	Negligente
Exclusiva	Egoísta	Bajo	Distante	-1	17	Negligente
Conciliación	Complaciente	Excesivo	Controladora	-2	18	Negligente
Conciliación	Complaciente	Excesivo	Cercana	-1	19	Negligente
Conciliación	Complaciente	Excesivo	Distante	-1	20	Negligente
Conciliación	Complaciente	Adecuado	Controladora	0	21	Suficiente
Conciliación	Complaciente	Adecuado	Cercana	+1	22	Funcional
Conciliación	Complaciente	Bajo	Controladora	-2	23	Negligente
Conciliación	Complaciente	Bajo	Distante	-1	24	Negligente
Conciliación	Responsable	Excesivo	Controladora	0	25	Suficiente
Conciliación	Responsable	Excesivo	Cercana	+1	26	Funcional
Conciliación	Responsable	Adecuado	Controladora	+2	27	Funcional

Conciliación	Responsable	Adecuado	Cercana	+3	28	Funcional
Conciliación	Responsable	Bajo	Controladora	0	29	Suficiente
Conciliación	Responsable	Bajo	Cercana	+1	30	Funcional
Conciliación	Responsable	Bajo	Distante	+1	31	Funcional
Conciliación	Egoísta	Adecuado	Cercana	+1	32	Funcional
Conciliación	Egoísta	Adecuado	Distante	+1	33	Funcional
Conciliación	Egoísta	Bajo	Distante	-1	34	Negligente
Escasa	Complaciente	Adecuado	Cercana	+1	35	Funcional
Escasa	Complaciente	Bajo	Distante	-1	36	Negligente
Escasa	Responsable	Excesivo	Cercana	+1	37	Funcional
Escasa	Responsable	Adecuado	Controladora	+2	38	Funcional
Escasa	Responsable	Adecuado	Cercana	+3	39	Funcional
Escasa	Responsable	Bajo	Controladora	0	40	Suficiente
Escasa	Egoísta	Bajo	Distante	-1	41	Negligente

Tabla 67 Modelos de actitudes maternas

Este reagrupamiento de estilos maternos en tres tipos de familias da lugar a una clasificación en la que resultó que el 57% de las madres del GE son definidas como Negligentes frente a solo el 14,8% de las del GC, mientras que el 67,4% de las madres de este último grupo son definidas como Funcionales frente al 32,6% del GE como puede observarse en la Tabla 68

		GE		GC		Total		Sign.
		N	%	GC	%	Total	%	
1	Funcional	44	32,6	91	67,4	135	50,0	Chi ² 52,489 P 0,000
2	Suficiente	14	10,4	24	17,8	38	14,1	
3	Negligente	77	57,0	20	14,8	97	35,9	
	Total	135	100	135	100	270	100	

Tabla 68 Funcionalidad Materna

Como podemos ver, las madres de ambos grupos son en su conjunto diferentes, teniendo el doble de funcionalidad las del GC que las del GE.

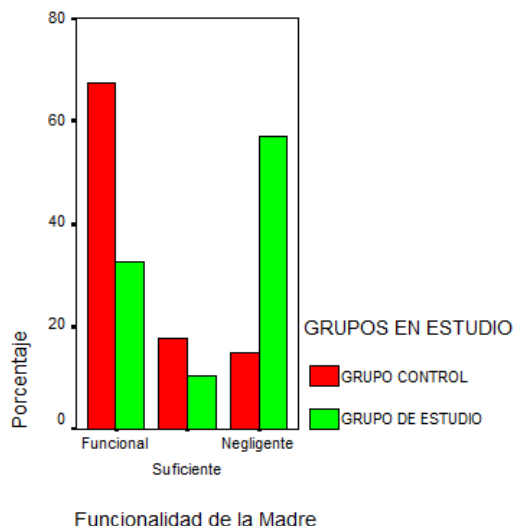


Gráfico 17 Funcionalidad de la Madre en ambos Grupos

8.2. Modelos de Funcionamiento Paterno

De igual manera a como hemos hecho con las madres clasificamos a los padres en función de las distintas categorías de las variables *Dedicación + Distancia + Vínculo + Control*, obteniendo 45 estilos diferentes que también reagrupados por medio del Índice de Funcionalidad en tres nuevas categorías (Funcional, Suficiente y Negligente) como se expone en la tabla siguiente:

Dedicación	Prioridad	Vínculo	Control	Índ. Funcionalidad	Estilo	Funcionalidad
Exclusiva	Complaciente	Excesivo	Cercano	-1	1	Negligente
Exclusiva	Complaciente	Bajo	Distante	-1	2	Negligente
Exclusiva	Responsable	Adecuado	Cercano	+3	3	Funcional
Exclusiva	Egoísta	Bajo	Distante	-1	4	Negligente
Conciliación	Complaciente	Excesivo	Controlador	-2	5	Negligente
Conciliación	Complaciente	Excesivo	Cercano	-1	6	Negligente
Conciliación	Complaciente	Excesivo	Distante	-1	7	Negligente
Conciliación	Complaciente	Adecuado	Controlador	0	8	Suficiente
Conciliación	Complaciente	Adecuado	Cercano	+1	9	Funcional
Conciliación	Complaciente	Adecuado	Distante	+1	10	Funcional
Conciliación	Complaciente	Bajo	Controlador	-2	11	Negligente
Conciliación	Complaciente	Bajo	Cercano	-1	12	Negligente
Conciliación	Complaciente	Bajo	Distante	-1	13	Negligente
Conciliación	Responsable	Excesivo	Controlador	0	14	Suficiente
Conciliación	Responsable	Excesivo	Cercano	+1	15	Funcional
Conciliación	Responsable	Excesivo	Distante	+1	16	Funcional
Conciliación	Responsable	Adecuado	Controlador	+2	17	Funcional
Conciliación	Responsable	Adecuado	Cercano	+3	18	Funcional

Conciliación	Responsable	Adecuado	Distante	+3	19	Funcional
Conciliación	Responsable	Bajo	Controlador	0	20	Suficiente
Conciliación	Responsable	Bajo	Distante	+1	21	Funcional
Conciliación	Egoísta	Adecuado	Controlador	0	22	Suficiente
Conciliación	Egoísta	Adecuado	Cercano	+1	23	Funcional
Conciliación	Egoísta	Adecuado	Distante	+1	24	Funcional
Conciliación	Egoísta	Bajo	Controlador	-2	25	Negligente
Conciliación	Egoísta	Bajo	Cercano	-1	26	Negligente
Conciliación	Egoísta	Bajo	Distante	-1	27	Negligente
Escasa	Complaciente	Excesivo	Cercano	-2	28	Negligente
Escasa	Complaciente	Excesivo	Distante	-2	29	Negligente
Escasa	Complaciente	Adecuado	Cercano	0	30	Suficiente
Escasa	Complaciente	Adecuado	Distante	0	31	Suficiente
Escasa	Complaciente	Bajo	Distante	-2	32	Negligente
Escasa	Responsable	Excesivo	Cercano	0	33	Suficiente
Escasa	Responsable	Adecuado	Controlador	+1	34	Funcional
Escasa	Responsable	Adecuado	Cercano	+2	35	Funcional
Escasa	Responsable	Adecuado	Distante	+2	36	Funcional
Escasa	Responsable	Bajo	Controlador	-1	37	Negligente
Escasa	Responsable	Bajo	Cercano	0	38	Suficiente
Escasa	Responsable	Bajo	Distante	0	39	Suficiente
Escasa	Egoísta	Excesivo	Controlador	-3	40	Negligente
Escasa	Egoísta	Adecuado	Cercano	0	41	Suficiente
Escasa	Egoísta	Adecuado	Distante	0	42	Suficiente
Escasa	Egoísta	Bajo	Controlador	-3	43	Negligente
Escasa	Egoísta	Bajo	Cercano	-2	44	Negligente
Escasa	Egoísta	Bajo	Distante	-2	45	Negligente

Tabla 69 Modelos de funcionamiento paterno

Los 45 estilos paternos reagrupados resultan ser Negligentes en el 51,9% de los casos del GE frente al 34,4% del GC, e inversamente, el 64,4% de los padres del GC son Funcionales frente al 38,5% de los del GE. Vemos que nuevamente las familias de ambos grupos son diferentes en la capacidad funcional de los padres.

		GE		GC		Total		Sign.
		N	%	GC	%	Total	%	
1	Funcional	52	38,5	87	64,4	139	51,5	Chi ² 36,355 P 0,000
2	Suficiente	13	9,6	25	18,5	38	14,1	
3	Negligente	70	51,9	23	17,0	97	34,4	
	Total	135	100	135	100	270	100	

Tabla 70 Funcionalidad Paterna

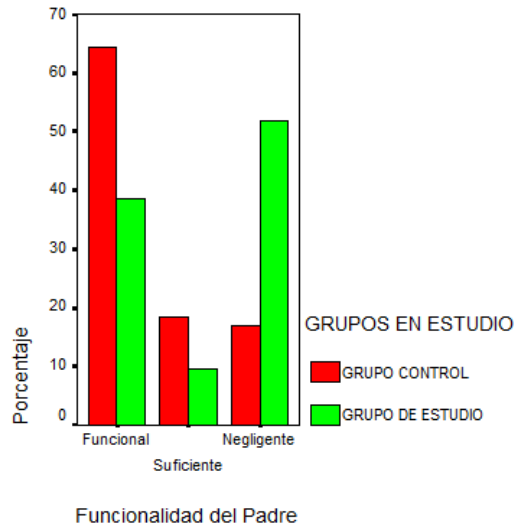


Gráfico 18 Funcionalidad del Padre en ambos Grupos

Si comparamos la funcionalidad intra-grupo de los padres y las madres (padre vs madre GE y padre vs madre GC), no hay grandes diferencias entre padres y madres respecto a su funcionalidad, pero las madres del GC eran ligeramente más funcionales, mientras que los padres del GE superan en funcionalidad a las madres de ese mismo grupo.

8.3. Modelo de funcionamiento parental

Una vez definidos los padres y las madres como funcionales, suficientes y negligentes por separado valoramos conjuntamente la funcionalidad de ambos padres, ya que las deficiencias de uno de los padres podrían verse compensadas por la funcionalidad del otro y viceversa. Cuando valoramos el padre o la madre como funcionales les asignamos el valor +1, si los valoramos como Suficiente les damos el valor 0 y si ha sido Negligente, el valor -1. La suma de estos valores determina la funcionalidad parental.

Las familias quedaron clasificadas como se expone la Tabla 71:

Madre		Padre		Padre-Madre	
Funcional	+1	Funcional	+1	Funcional	+2
Funcional	+1	Suficiente	0	Funcional	+1
Funcional	+1	Negligente	-1	Suficiente	0
Suficiente	0	Suficiente	0	Suficiente	0
Suficiente	0	Funcional	+1	Funcional	+1
Suficiente	0	Negligente	-1	Negligente	-1
Negligente	-1	Negligente	-1	Negligente	-2
Negligente	-1	Funcional	+1	Suficiente	0
Negligente	-1	Suficiente	0	Negligente	-1

Tabla 71 Índice de funcionamiento parental

Distribuidas de esta manera, sólo el 22,2% de las parejas de padres del GE resultan Funcionales frente 66,7 de las del GC. Otro 32,6% del GE tienen una capacidad Suficiente frente al 23,7% del GC, y el 45,2% del GE son clasificadas como Negligentes frente al 9,6% del GC. Las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas.

	GE		GC		Sign.
	N	%	N	%	
Funcional	30	22,2	90	66,7	Chi ² 63,030 P 0,000
Suficiente	44	32,6	32	23,7	
Negligente	61	45,2	13	9,6	
Total	135	100	135	100	

Tabla 72 Funcionalidad parental I

Desde este punto de vista, un 54,2% de las familias con TCA tienen alguna capacidad funcional frente al 90,4% de las del GC.

	Madre		Padre		Padre-Madre	
	G. Estudio	G. Control	G. Estudio	G. Control	G. Estudio	G. Control
Funcional	32,6%	67,4%	38,5%	64,4%	22,2%	66,7%
Suficiente	10,4%	17,8%	9,6%	18,5%	32,6%	23,7%
Negligente	57,0%	14,8%	51,9%	17,0%	45,2%	9,6%

Tabla 73 Funcionalidad Parental II

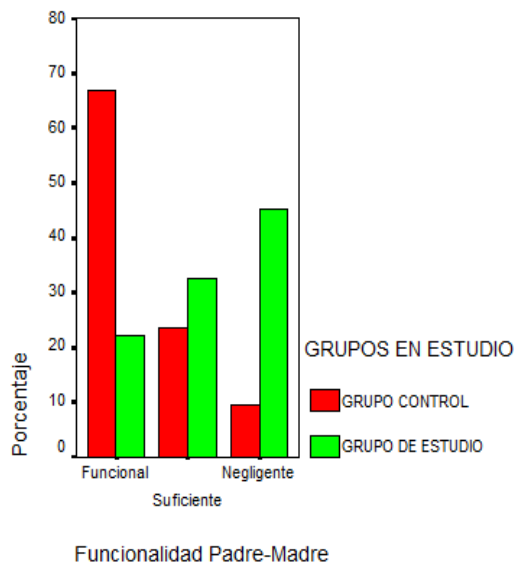


Gráfico 19 Funcionalidad Parental en ambos Grupos

Como ya señalamos anteriormente, la funcionalidad de padres y madres difiere poco, si bien es algo mayor la de las madres en el GC y de los padres en el GE. Además, cuando analizamos conjuntamente la funcionalidad familiar podemos ver que 33 madres Negligentes están compensadas por sus cónyuges Funcionales, y 27 padres Negligentes por sus cónyuges Funcionales. Esto supone el 22,2% de la muestra total. La división por grupos puede observarse en la Tabla 74.

	GE		GC	
	N	%	N	%
Madres Negligentes + Padres Funcionales	21	15,6%	12	8,9%
Padres Negligentes + Madres Funcionales	15	11,1%	12	8,9%

Tabla 74 Compensación funcionalidad

8.4. Funcionalidad Parental y Jerarquía

Crear la variable funcionalidad parental nos permite analizar otros aspectos importantes como la influencia del liderazgo en la capacidad funcional de las familias. Las familias del GE y del GC son diferentes en lo que se refiere al *liderazgo* ($\chi^2 74,752$; $P ,000$) (para determinar esta diferencia hemos creado una nueva variable que resume Funcionalidad Parental y Jerarquía, lo que hace posible analizar las diferencias entre el GE y GC en

estos aspectos). La Tabla 75 ilustra cómo en el GC no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos de funcionalidad parental según sea el liderazgo familiar, aunque la diferencia numérica sea notable: gran representación en las familias funcionales y escasa de las familias negligentes, en los tres subgrupos predomina con gran diferencia el liderazgo de la madre, seguido por el de ambos progenitores y luego el del padre. Porcentualmente el liderazgo se distribuye de forma similar en todos los subgrupos de funcionalidad, excepto cuando nadie ejerce el liderazgo, que en las familias suficientes y negligentes se da en una mayor proporción.

	GE						GC					
	Funcional		Suficiente		Negligente		Funcional		Suficiente		Negligente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Padre	8	30,8%	15	57,7%	3	11,5%	12	63,2%	5	26,3%	2	10,5%
Madre	10	16,7%	20	33,3%	30	50,0%	52	65,8%	20	25,3%	7	8,9%
Los Dos	10	47,6%	4	19,0%	7	33,3%	25	78,1%	5	15,6%	2	6,3%
Ninguno	2	7,1%	5	17,9%	21	75,0%	1	20,0%	2	40,0%	2	40,0%
Total	30	22,2%	44	32,6%	61	45,2%	90	66,7%	32	23,7%	13	9,6%
Sig.	Chi ² 31,715 P ,000						Chi ² 9,123 P ,167					
Sig.	Chi ² 31,715 P ,000											

Tabla 75 Funcionalidad parental y liderazgo

Sin embargo, en el GE, las diferencias entre los subgrupos son significativas. Desde un punto de vista numérico se aprecia una clara presencia de familias Negligentes en las que el *liderazgo* lo ejerce la madre (10 veces más que cuando lo hacía el padre), seguido por la ausencia de liderazgo. En cuanto a las familias con suficiente funcionalidad predomina el *liderazgo* paterno y en las funcionales el compartido por ambos padres. Estos datos apoyan el modelo psicodinámico que atribuye al padre la función de separar a los hijos de su madre, para que ambos puedan salir de una forma psicológica de relacionarse basada en el deseo e introducir en sus vivencias la realidad que conlleva responsabilidad sobre los actos y sus consecuencias. Sin embargo, esta observación no implica necesariamente una supremacía del modelo jerárquico sobre el horizontal, sino que indica que este último es mucho más exigente para sus integrantes y la estructura, pues cambios en sus reglas lo hacen virar a posiciones jerárquicas o lo convierten en más disfuncional.

En este sentido, en ambos grupos hay más familias funcionales cuando el liderazgo lo ejercen ambos padres, probablemente debido a que el liderazgo compartido exige un

mayor número de acuerdos, ceder a los deseos individuales, una mayor comunicación y un buen clima y afecto entre los miembros de la pareja.

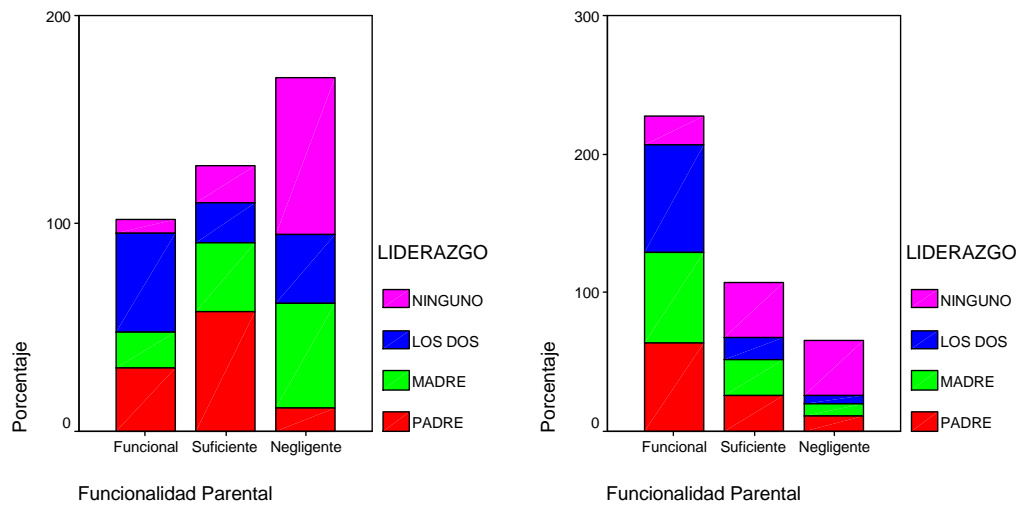


Gráfico 20 Funcionalidad Parental y Liderazgo , GE y GC

Si analizamos la funcionalidad según el *estilo de liderazgo* (observando la tabla 76 en sentido vertical), vemos que tanto en el GC como en el de estudio, los grupos funcionales son mayoritariamente “democráticos”, los que tienen una funcionalidad suficiente se reparten entre estilos “democráticos” y “autoritarios” de forma similar en ambos grupos, y por fin, los negligentes son mayoritariamente anárquicos en el GE, mientras que en el de control las familias negligentes se dividen a partes iguales entre los tres estilos funcionales. En conclusión, las familias democráticas son más funcionales, seguidas en este sentido por las “autoritarias” y las “anárquicas”, por este orden.

	GE						GC					
	Func		Sufic		Neglig		Func		Sufic		Neglig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autoritario	8	26,7%	17	38,6%	14	23,0%	20	22,2%	14	43,8%	4	30,8%
Democrático	17	56,7%	17	38,6%	9	14,8%	63	70,0%	15	46,9%	5	38,5%
Anárquico	5	16,7%	10	22,7%	38	62,3%	7	7,8%	3	9,4%	4	30,8%
Total	30	100,0%	44	100,0%	61	100,0%	90	100,0%	32	100,0%	13	100,0%
Sig.	Chi ² 29,486 P ,000						Chi ² 13,045 P ,011					
Sig.	Chi ² 70,333 P ,000											

Tabla 76 Funcionalidad parental y estilo de liderazgo

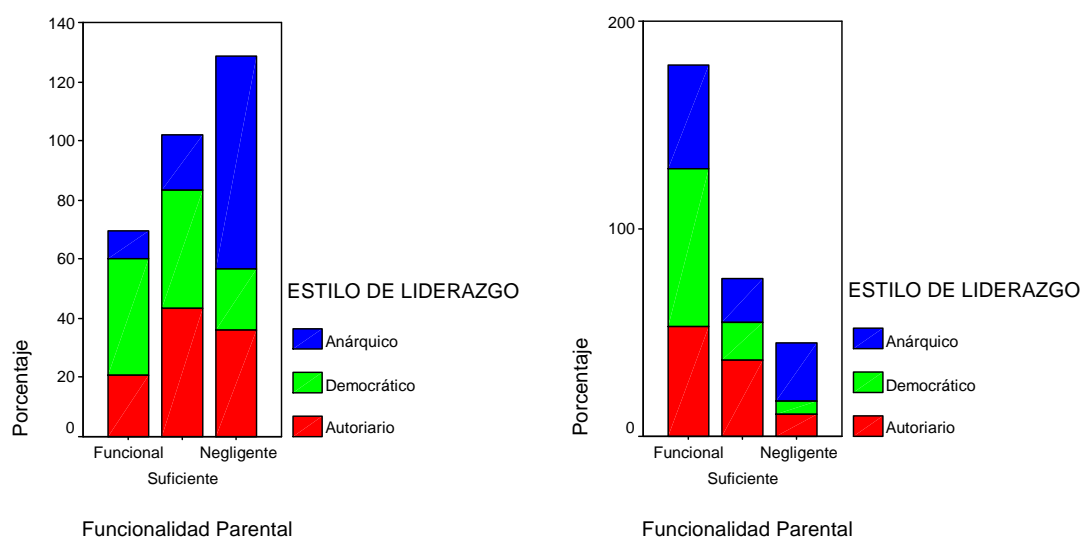


Gráfico 21 Funcionalidad Parental y Estilo de Liderazgo, GE y GC

Pero si en vez de analizar estos datos en sentido vertical, lo hacemos en el horizontal, esto es, estudiamos la funcionalidad de los estilos de liderazgo, apreciamos que las diferencias son más profundas entre el GC y el GE. En el primero vemos que las familias democráticas son mayoritariamente funcionales y las negligentes residuales, y aunque las autoritarias son menos funcionales, la suma de funcionales y suficientes es del 89,4%. También vemos que entre las que se clasificaron como anárquicas solo el 21,4% se consideraron negligentes y no conllevaron psicopatología entre sus miembros, lo que indica que este estilo de ejercer el liderazgo no es un factor suficiente para que aparezca el trastorno y deben existir otros que lo precipiten. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos de funcionalidad.

En cambio, en el GE, donde si hay diferencias estadísticas, las familias democráticas y autoritarias se igualan bastante en los distintos grupos de funcionalidad, mientras que las anárquicas son claramente disfuncionales.

	GE							GC						
	Func		Sufic		Neglig		Total	Func		Sufic		Neglig		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
Autoritario	8	20,5%	17	43,6%	14	35,9%	100%	20	52,6%	14	36,8%	4	36,8%	100%
Democrático	17	39,5%	17	39,5%	9	20,9%	100%	63	75,9%	15	18,1%	5	18,1%	100%
Anárquico	5	9,4%	10	18,9%	38	71,7%	100%	7	50,0%	3	21,4%	4	21,4%	100%
Sig	Chi ² 29,486 P ,000							Chi ² 13,045 P ,011						
Sig	Chi ² 70,333 P ,000													

Tabla 77 Estilo de liderazgo y funcionalidad parental

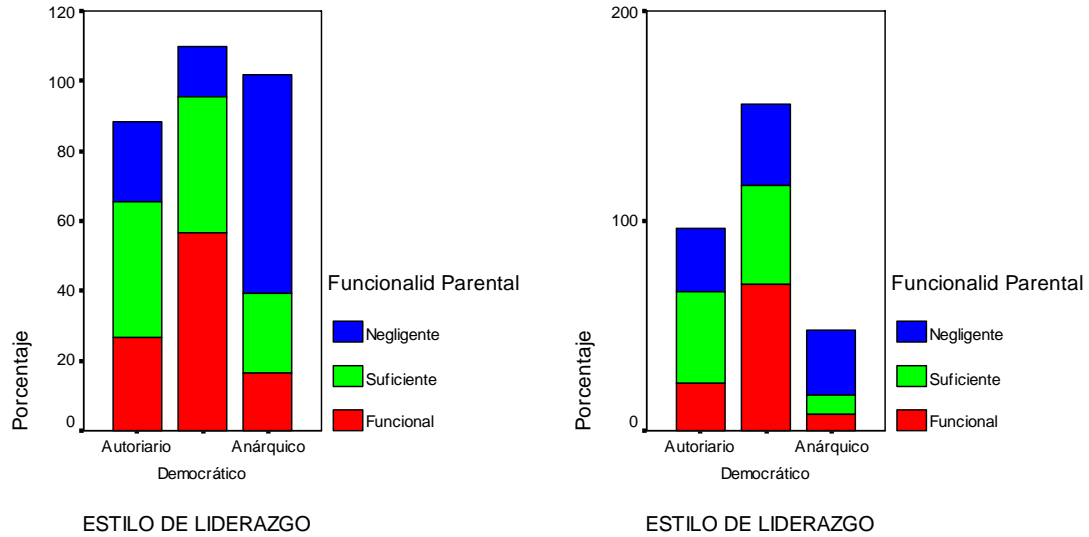


Gráfico 22 Estilo de Liderazgo y Funcionalidad Parental, GEy GC

Si nos atenemos a cómo se aplica la norma, vemos que las familias funcionales son principalmente “flexibles” en ambos grupos, mientras que las negligentes se caracterizan por ser “imprevisibles” en el GE y “flexibles” en el GC, flexibilidad que en este grupo podría ser excesiva. En este caso hay diferencias tanto entre los grupos como entre los subgrupos de funcionalidad.

	GE						GC					
	Func		Sufic		Neglig		Func		Sufic		Neglig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rígido	6	20,0%	11	25,0%	9	14,8%	5	5,6%	3	9,4%	1	7,7%
Flexible	21	70,0%	19	43,2%	17	27,9%	83	92,2%	27	84,4%	9	69,2%
Imprevisible	3	10,0%	14	31,8%	35	57,4%	2	2,2%	2	6,3%	3	23,1%
Total	30	100%	44	100%	61	100%	90	100%	32	100%	13	100%
Sig.	Chi ² 22,352 P ,000						Chi ² 10,908 P ,028					
	Chi ² 88,024 P ,000											

Tabla 78 Funcionalidad parental y aplicación de la norma

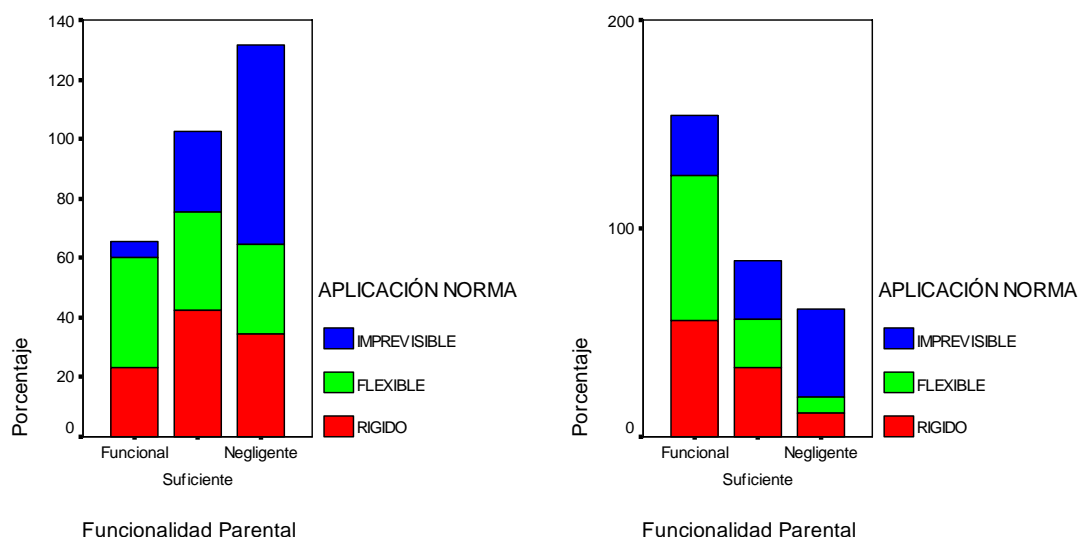


Gráfico 23 Funcionalidad Parental y Aplicación de la Norma, GE y GC

¿Pero cómo sancionan la norma las familias según sea su funcionalidad? Una lectura vertical de los datos de la tabla 79 nos muestra que las familias funcionales y con funcionalidad suficiente lo hacen mayoritariamente de forma “flexible”, mientras que las negligentes lo hacen principalmente de forma “imprevisible” o sin aplicar consecuencias al salto de la norma. Llama la atención que en todos los grupos funcionales hay un alto porcentaje de familias que no aplican sanciones, aunque en el GE, entre las familias negligentes, la cifra alcanza el 60,7%. No obstante, si observamos las frecuencias, vemos que en el GC estos porcentajes son engañosos, pues el total de familias negligentes no llega al 10 %.

	GE						GC					
	Func		Sufic		Neglig		Func		Sufic		Neglig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rígido	6	20,0%	11	25,0%	4	6,6%	19	21,1%	3	9,4%	1	7,7%
Flexible	12	40,0%	14	31,8%	12	19,7%	39	43,3%	13	40,6%	3	23,1%
Imprevisible	5	16,7%	6	13,6%	8	13,1%	5	5,6%	8	25,0%	4	30,8%
Sin consecuencias	7	23,3%	13	29,5%	37	60,7	27	30,0%	8	25,0%	5	30,8%
Total	30	100%	44	100%	61	100%	90	100%	32	100%	13	100%
Sig.	Chi ² 18,652 P ,005						Chi ² 15,230 P ,019					
	Chi ² 71,818 P ,000											

Tabla 79 Funcionalidad parental y sanción de la norma



Gráfico 24 Funcionalidad Parental y Sanción de la Norma, GE y GC

Ahora bien, cuando analizamos cómo se distribuye la funcionalidad de las familias según cómo sancionan sus normas (lo que supone una lectura horizontal de los datos de la tabla 80), encontramos que entre las familias del GC que no imponen consecuencias a los saltos de la norma, el 67,5% de ellas han sido clasificadas como funcionales, son un total de 27 familias, lo que supone un 20% de las familias de ese grupo. Este hecho parece un síntoma social, pues solo puede ser explicado si entendemos que la sanción se la impone el propio individuo y no la recibe de las figuras de autoridad, lo implicaría un alto nivel de autoexigencia.

	GE						GC					
	Func		Sufic		Neglig		Func		Sufic		Neglig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rígido	6	28,6%	11	52,4%	4	19,0%	19	82,6%	3	13,0%	1	4,3%
Flexible	12	31,6%	14	36,8%	12	31,6%	39	70,9%	13	23,6%	3	5,5%
Imprevisible	5	26,3%	6	31,6%	8	42,1%	5	29,4%	8	47,1%	4	23,5%
Sin consecuencias	7	12,3%	13	22,8%	37	64,9%	27	67,5%	8	20,0%	5	12,5%
Sig.	Chi ² 18,652 P ,005						Chi ² 15,230 P ,019					
	Chi ² 71,818 P ,000											

Tabla 80 Sanción de la norma y funcionalidad parental

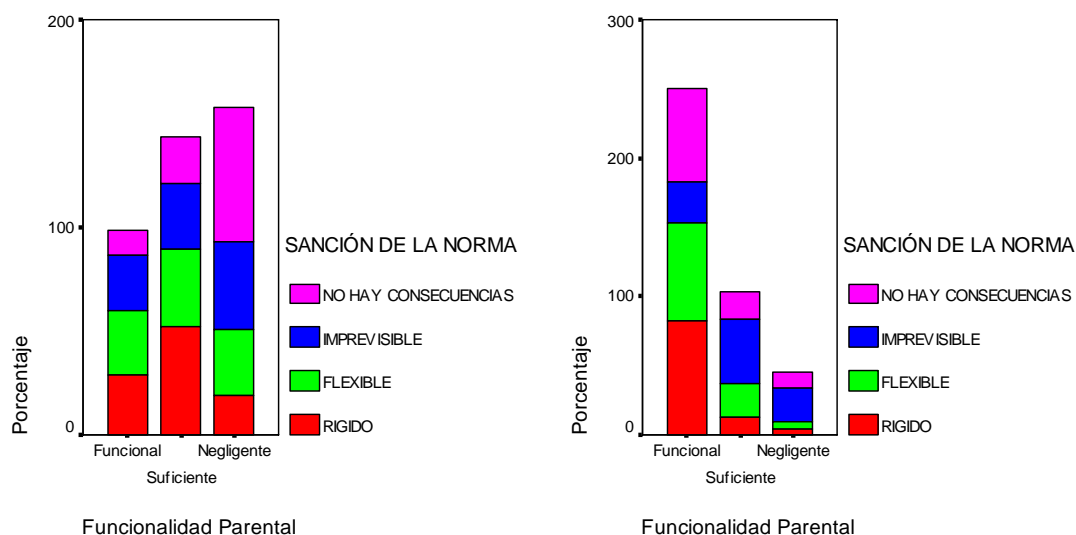


Gráfico 25 Sanción a la Norma y Funcionalidad Parental, GE y GC

Por fin, encontramos que entre las familias funcionales la *relación afectiva de los padres* es mejor que en las otras, en las que se va deteriorando a medida que la funcionalidad va disminuyendo o precisamente por eso.

	GE						GC					
	Func		Sufic		Neglig		Func		Sufic		Neglig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Optima	26	86,7%	3	56,8%	1	31,1%	78	86,7%	26	81,3%	9	69,2%
Distante	3	10,0%	10	22,7%	9	39,3%	10	11,1%	4	12,5%	4	30,8%
Enfrentamiento	1	3,3%	24	20,5%	18	29,5%	2	2,2%	2	6,3%	0	0,0%
Sig.	Chi ² 25,750 P ,000						Chi ² 5,476 P ,242					
	Chi ² 73,005 P ,000											

Tabla 81 Funcionalidad parental y relación afectiva de los padres

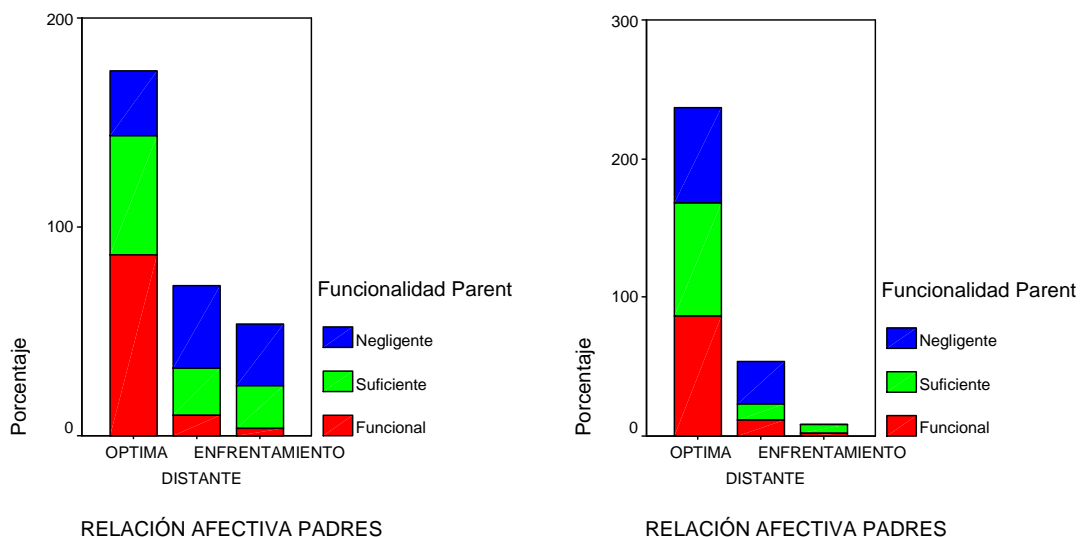


Gráfico 26 Funcionalidad Parental y Relación Afectiva de los Padres, GE y GC

De igual forma, en las familias funcionales las expectativas y demandas hacia sus miembros son más ajustadas a las capacidades reales de cada uno de ellos (“baja” *Expresión Emocional*), o la “percepción de habilidades” para afrontar los problemas es mayor cuanto más funcionalidad familiar hay.

	GE						GC					
	Func		Sufic		Neglig		Func		Sufic		Neglig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta	8	26,7%	24	54,5%	40	65,6%	16	17,8%	8	25,0%	2	15,4%
Baja	20	66,7%	18	40,9%	11	18,0%	74	82,2%	22	68,8%	11	84,6%
Muy Baja	2	2,0%	2	4,5%	10	16,4%	0	0,0%	2	6,3%	0	0,0%
Sig.	Chi ² 23,183 P ,000						Chi ² 7,782 P ,100					
	Chi ² 88,469 P ,000											

Tabla 82 Funcionalidad parental y expresión emocional

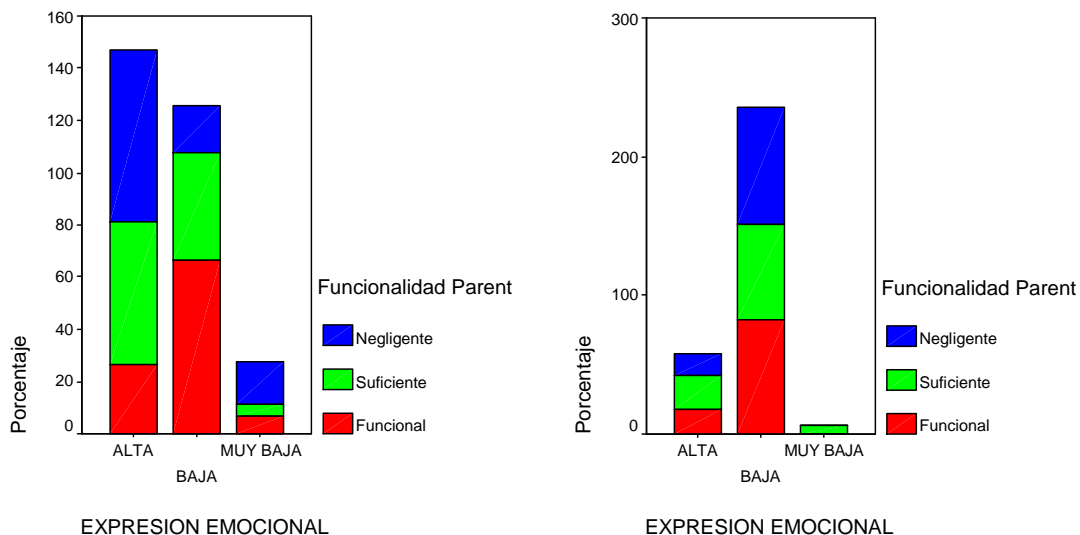


Gráfico 27 Funcionalidad Parental y Expresión Emocional, GE y GC

	GE						GC					
	Func		Sufic		Neglig		Func		Sufic		Neglig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Falta de Percepción	4	13,3%	13	29,5%	27	44,3%	2	2,2%	1	3,1%	0	0,0%
Percepción de Habilidades	21	83,3%	24	54,5%	15	24,6%	82	91,1%	27	84,4%	10	76,9%
Percepción de Falta de Habilidades	1	3,3%	7	15,9%	19	31,1%	6	6,7%	4	12,5%	3	23,1%
Sig.	Chi ² 29,753 P ,000						Chi ² 4,269 P ,371					
Sig.	Chi ² 86,644 P ,000											

Tabla 83 Funcionalidad parental y capacidad de afrontamiento

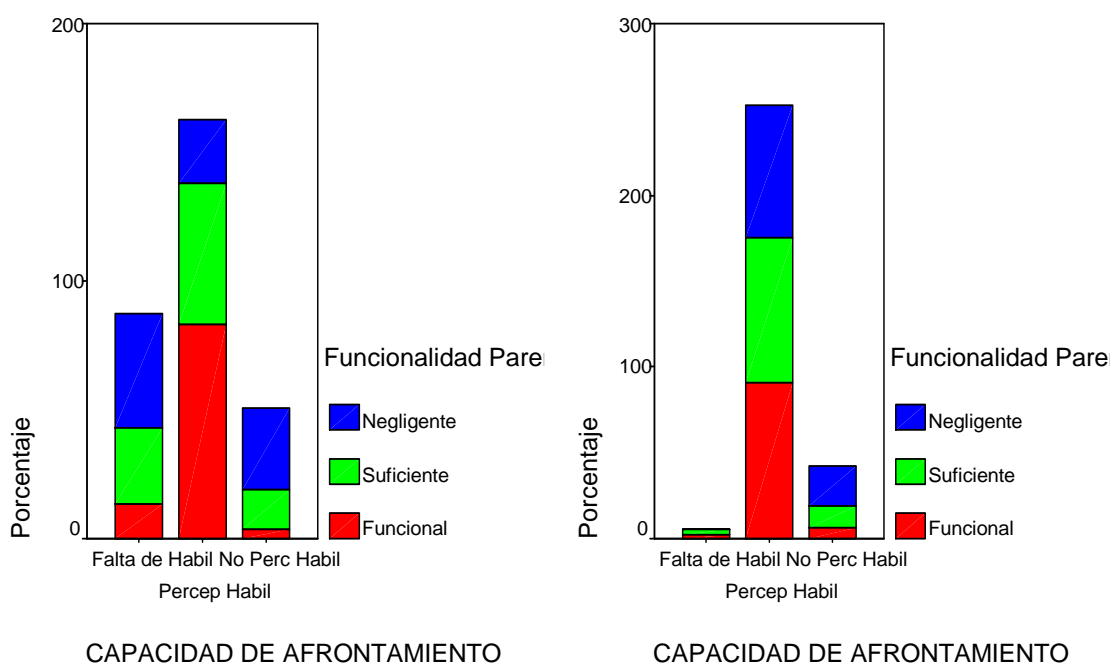


Gráfico 28 Funcionalidad Parental y Capacidad de Afrontamiento, GE y GC

	GE	GC
Capacidad Funcional	Las madres Funcionales del GC son el doble que las del GE	
	Los padres Funcionales son el doble en el GC que en el GE y los Negligentes el doble en el GE que en GC	
	Solo la mitad de las familias del GE tienen alguna capacidad funcional frente al 90% de las del GC	
	Gracias a que se produce una compensación de las deficiencias de uno de los padres por el otro el 22,2% de las familias mantienen su capacidad funcional	
Liderazgo	En todos los grupos predomina con gran diferencia el liderazgo de la madre, seguido por el de ambos progenitores y luego por el padre	
	Materno en F. Negligentes	No diferencias
	Más funcionales cuando el liderazgo es compartido	
Estilo de Liderazgo	Las funcionales son democráticas y las Negligentes anárquicas	
	Existen familias disfuncionales tanto si el estilo de liderazgo es anárquico, autoritario o democrático, y en todas ellas se puede dar patología	
Aplicación de la Norma	Las Familias Funcionales son flexibles, las Negligentes imprevisibles	
Sanción de la Norma	Las Familias Funcionales aplican la norma de forma flexible, las negligentes no aplican consecuencias	
	El 64,9% de las familias negligentes No impone consecuencias al salto de la norma	El 20% de las familias Funcionales No impone consecuencias al salto de la norma
Relación Afectiva entre los Padres	En las familias funcionales la relación afectiva de los padres era mejor	
Expresión Emocional	Baja en familias Funcionales, alta en las No Funcionales	
Capacidad de Afrontamiento	Mayor percepción de habilidades para afrontar los problemas en función de la funcionalidad familiar	

Tabla 84 Capacidad funcional de los Padres y Jerarquía (Resumen)

8.5. Funcionalidad Parental y Tipos de TCA

También tratamos de ver si la funcionalidad parental influye en las tipologías de los TCAs, pero el análisis de nuestras familias del GE no encuentra diferencias en este sentido.

	Funcional	Suficiente	Negligente	Sig
Tipo TCA				
AN Purgativa	33,3%	43,2%	26,2%	Chi ² 7,757 P ,653
AN Restrictiva	33,3%	18,2%	26,2%	
BN No Purgativa	,0%	2,3%	3,3%	
BN Purgativa	16,7%	22,7%	18,0%	
TCA NE No Purgativo	6,7%	6,8%	9,8%	
TCA NE Purgativo	10,0%	6,8%	16,4%	

Tabla 85 Funcionalidad parental y tipos de TCA

9. CAPACIDAD FUNCIONAL FAMILIAR SEGÚN EL PATRÓN DE JERARQUÍA

De igual manera a como hicimos con los patrones de relación de los padres hacia los hijos intentamos ver como se comportaban las cuatro variables de la jerarquía estudiadas hasta ahora cuando se analizaban conjuntamente creando una nueva variable que las resumiera. Para ello hemos evaluado las 14 categorías que conforman las variables *Liderazgo*, *Estilo del líder* (creación de la norma), *Aplicación de la norma* y *Sanción de la norma*, resultando 58 tipos de estructuras. Esta dispersión de datos impide el análisis de los resultados, por lo que de la misma manera que hicimos con la funcionalidad parental asignamos a cada una de las categorías que forman esas variables un valor de entre +1, 0 y -1 según su capacidad funcional.

En la variable *liderazgo* solo consideramos negativa la ausencia de liderazgo, mientras que los estilos “autoritario” y “democrático” de liderazgo se valoran positivamente en función de los resultados que expusimos en los capítulos anteriores, pues un estilo “autoritario” en sí mismo no implica dificultades en el desarrollo, aunque pueda hacer a sus miembros más sumisos o dependientes, sino que su funcionalidad dependerá del afecto y de cómo se aplique y se sancione la norma. Por último, las categorías “rígido”, “imprevisible” y “sin consecuencias” de las variables *aplicación* y *sanción de la norma* se valoran negativamente. Las categorías y los valores asignados a cada una de ellas quedan reflejados en la tabla siguiente:

Liderazgo	Padre	0
	Madre	0
	Los dos	0
	Ninguno	-1
Estilo del liderazgo (creación de la norma)	Autoritario	1
	Democrático	1
	Anárquico	-1
Aplicación de la norma	Rígido	-1
	Flexible	1
	Imprevisible	-1
Sanción de la norma	Rígido	-1
	Flexible	1
	Imprevisible	-1
	Sin consecuencia	-1

Tabla 86 Índice de Funcionalidad de la jerarquía

Los grupos que resultan se formaron de la siguiente manera: cuando el liderazgo es unipersonal se les asigna a una categoría vertical, pero si el liderazgo es bipersonal o no existe a la horizontal. Además, cuando la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías es positiva se asigna a una categoría Funcional, al contrario que cuando es negativa, que asigna a una No funcional. De esta manera podemos dividir a las familias en 4 grupos:

Horizontal Funcional	1
Horizontal No Funcional	2
Vertical Funcional	3
Vertical No Funcional	4

Tabla 87 Clasificación familiar

En la siguiente tabla se describen las diferentes estructuras, los índices de su funcionalidad y el grupo al que se asignó a cada estilo:

Liderazgo	Creación de la Norma	Aplicación de la Norma	Sanción de la Norma	Estilo de Estructura	
Padre	Autoritario	Rígido	Rígido	1	Vertical No Funcional -1
Padre	Autoritario	Rígido	Imprevisible	2	Vertical No Funcional -1
Padre	Autoritario	Rígido	Sin consecuencias	3	Vertical No Funcional -1
Padre	Autoritario	Flexible	Rígido	4	Vertical Funcional 1
Padre	Autoritario	Flexible	Flexible	5	Vertical Funcional 3
Padre	Autoritario	Flexible	Sin consecuencias	6	Vertical Funcional 1
Padre	Autoritario	Imprevisible	Imprevisible	7	Vertical No Funcional -1
Padre	Autoritario	Imprevisible	Sin consecuencias	8	Vertical No Funcional -1
Padre	Democrático	Flexible	Rígido	9	Vertical Funcional 1
Padre	Democrático	Flexible	Flexible	10	Vertical Funcional 3
Padre	Democrático	Flexible	Sin consecuencias	11	Vertical Funcional 1
Padre	Anárquico	Rígido	Imprevisible	12	Vertical No Funcional -3
Padre	Anárquico	Imprevisible	Rígido	13	Vertical No Funcional -3
Madre	Autoritario	Rígido	Rígido	14	Vertical No Funcional -1
Madre	Autoritario	Rígido	Flexible	15	Vertical No Funcional -1
Madre	Autoritario	Rígido	Imprevisible	16	Vertical No Funcional -1
Madre	Autoritario	Flexible	Rígido	17	Vertical Funcional 1
Madre	Autoritario	Flexible	Flexible	18	Vertical Funcional 3
Madre	Autoritario	Flexible	Imprevisible	19	Vertical Funcional 1
Madre	Autoritario	Flexible	Sin consecuencias	20	Vertical Funcional 1
Madre	Autoritario	Imprevisible	Sin consecuencias	21	Vertical No Funcional -1
Madre	Democrático	Rígido	Rígido	22	Vertical No Funcional -1
Madre	Democrático	Flexible	Rígido	23	Vertical Funcional 1
Madre	Democrático	Flexible	Flexible	24	Vertical Funcional 3
Madre	Democrático	Flexible	Imprevisible	25	Vertical Funcional 1
Madre	Democrático	Flexible	Sin consecuencias	26	Vertical Funcional 1
Madre	Democrático	Imprevisible	Flexible	27	Vertical Funcional 1

Madre	Anárquico	Rígido	Sin consecuencias	28	Vertical No Funcional	-3
Madre	Anárquico	Flexible	Sin consecuencias	29	Vertical No Funcional	-1
Madre	Anárquico	Imprevisible	Imprevisible	30	Vertical No Funcional	-3
Madre	Anárquico	Imprevisible	Sin consecuencias	31	Vertical No Funcional	-3
Los dos	Autoritario	Rígido	Rígido	32	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Autoritario	Rígido	Flexible	33	Horizontal Funcional	1
Los dos	Autoritario	Rígido	Imprevisible	34	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Autoritario	Rígido	Sin consecuencias	35	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Autoritario	Flexible	Rígido	36	Horizontal Funcional	1
Los dos	Autoritario	Flexible	Flexible	37	Horizontal Funcional	3
Los dos	Autoritario	Flexible	Imprevisible	38	Horizontal Funcional	1
Los dos	Autoritario	Flexible	Sin consecuencias	39	Horizontal Funcional	1
Los dos	Autoritario	Imprevisible	Imprevisible	40	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Democrático	Rígido	Rígido	41	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Democrático	Rígido	Flexible	42	Horizontal Funcional	1
Los dos	Democrático	Flexible	Rígido	43	Horizontal Funcional	1
Los dos	Democrático	Flexible	Flexible	44	Horizontal Funcional	3
Los dos	Democrático	Flexible	Imprevisible	45	Horizontal Funcional	1
Los dos	Democrático	Flexible	Sin consecuencias	46	Horizontal Funcional	1
Los dos	Anárquico	Flexible	Rígido	47	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Anárquico	Flexible	Imprevisible	48	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Anárquico	Flexible	Sin consecuencias	49	Horizontal No Funcional	-1
Los dos	Anárquico	Imprevisible	Imprevisible	50	Horizontal No Funcional	-3
Los dos	Anárquico	Imprevisible	Sin consecuencias	51	Horizontal No Funcional	-3
Ninguno	Democrático	Imprevisible	Sin consecuencias	52	Horizontal No Funcional	-2
Ninguno	Anárquico	Rígido	Flexible	53	Horizontal No Funcional	-2
Ninguno	Anárquico	Flexible	Flexible	54	Horizontal No Funcional	0
Ninguno	Anárquico	Flexible	Imprevisible	55	Horizontal No Funcional	-2
Ninguno	Anárquico	Flexible	Sin consecuencias	56	Horizontal No Funcional	-2
Ninguno	Anárquico	Imprevisible	Imprevisible	57	Horizontal No Funcional	-4
Ninguno	Anárquico	Imprevisible	Sin consecuencias	58	Horizontal No Funcional	-4

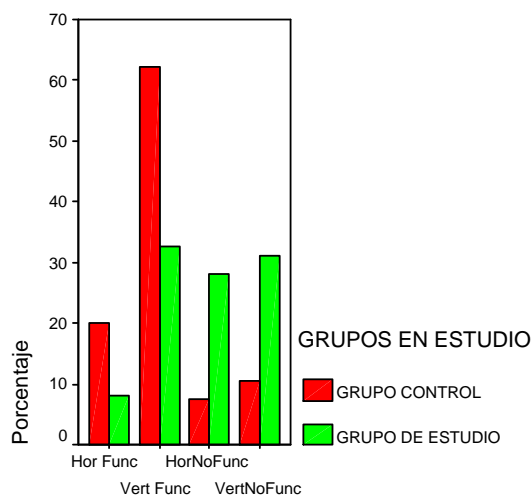
Tabla 88 Funcionalidad de la Estructura Familiar

Los resultados indican que 36,3% de las familias del GE eran horizontales y el 64,5% tenían carácter vertical, mientras que en el GC estas últimas llegaban al 72,6%. Según este análisis, solo un tercio de las familias tienen un liderazgo compartido y son más frecuentes en el GE que en el de control, en las que el liderazgo está más personalizado y más definido.

	GE		GC		Sign.
	N	%	N	%	
Horizontal Funcional	11	8,1	27	20,0	Chi ² 49,270 P 0,000
Vertical Funcional	44	32,6	84	62,2	
Horizontal No Funcional	38	28,1	10	7,4	
Vertical No Funcional	42	31,9	14	10,4	
Total	135	100,0	135	100,0	

Tabla 89 % Según la Funcionalidad de la Estructura Familiar

Es de reseñar que solo el 36,2% de las familias del GC son horizontales y un 7,4% son Horizontales No funcionales, justo lo contrario que en el GE donde las No funcionales son el 28,1%. Las familias verticales No funcionales suponen el 31,9% de las familias del GE (la mitad de las verticales), mientras que en el GC el 10,4%.



Funcionalidad de la Jerarquía Familiar

Gráfico 29 Funcionalidad de la Jerarquía Familiar en ambos Grupos

En conjunto podemos resumir que predominan en ambos grupos las familias con liderazgo unipersonal (solo 1/3 son horizontales), que son más numerosas entre las funcionales que las horizontales (63,4,5% GE y 72,6% GC vs 36,2% GE vs 31,8% GC). Probablemente esto no es debido a que en sí mismas sean mejores unas estructuras que otras, sino que la estructura horizontal requiere de un clima más favorable para ser eficaz (buena relación afectiva padre-madre y acuerdo entre ambos a la hora de crear, aplicar y sancionar la norma). Como ya hemos detectado, el malestar de los padres les sitúa más lejos y menos comprometidos con la familia, lo que hace que el padre ceda el liderazgo a la madre, por su ausencia en muchas ocasiones, y que cuando éste se comparte se produzcan numerosas contradicciones que impiden aplicar la norma y sus sanciones.

La elaboración del Índice de Funcionalidad de la Jerarquía nos ofrece una variable ordenada y continua que permite medir la funcionalidad de las diferentes estructuras jerárquicas familiares, para lo que aplicamos la prueba ANOVA de un factor que ha producido los siguientes resultados:

ANOVA de un factor: Índice de Funcionalidad Jerárquica GE

GE	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Hor Func	11	2,64	,809	,244	2,09	2,09
Vert Func	44	2,09	1,007	,152	1,78	1,78
HorNoFunc	38	-3,16	1,305	,212	-3,59	-3,59
VertNoFunc	42	-2,00	1,012	,156	-2,32	-2,32
Total	135	-,61	2,620	,226	-1,06	-1,06

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	764,736	3	254,912	215,116	,000
Intra-grupos	155,234	131	1,185		
Total	919,970	134			

Variable dependiente: Índice de Funcionalidad Jerárquica

Comparaciones múltiples: Bonferroni

(I) Funcionalidad de la Estructura Familiar	(J) Funcionalidad de la Estructura Familiar	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Hor Func	Vert Func	,55	,367	,837	-,44	1,53
	HorNoFunc	5,79(*)	,373	,000	4,80	6,79
	VertNoFunc	4,64(*)	,369	,000	3,65	5,62
Vert Func	Hor Func	-,55	,367	,837	-1,53	,44
	HorNoFunc	5,25(*)	,241	,000	4,60	5,89
	VertNoFunc	4,09(*)	,235	,000	3,46	4,72
HorNoFunc	Hor Func	-5,79(*)	,373	,000	-6,79	-4,80
	Vert Func	-5,25(*)	,241	,000	-5,89	-4,60
	VertNoFunc	-1,16(*)	,244	,000	-1,81	-,50
VertNoFunc	Hor Func	-4,64(*)	,369	,000	-5,62	-3,65
	Vert Func	-4,09(*)	,235	,000	-4,72	-3,46
	HorNoFunc	1,16(*)	,244	,000	,50	1,81

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

ANOVA de un factor: Índice de Funcionalidad Jerárquica GC

GC	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Hor Func	27	2,19	1,001	,193	1,79	2,58
Vert Func	84	1,90	1,001	,109	1,69	2,12
HorNoFunc	10	-2,10	1,524	,482	-3,19	-1,01
VertNoFunc	14	-1,29	,726	,194	-1,71	-,87
Total	135	1,33	1,723	,148	1,04	1,63

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	260,931	3	86,977	83,126	,000
Intra-grupos	137,069	131	1,046		
Total	398,000	134			

Variable dependiente: Índice de Funcionalidad Jerárquica

Comparaciones múltiples: Bonferroni

(I) Funcionalidad de la Estructura Familiar	(J) Funcionalidad de la Estructura Familiar	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Hor Func	Vert Func	,28	,226	1,000	-,33	,89
	HorNoFunc	4,29(*)	,379	,000	3,27	5,30
	VertNoFunc	3,47(*)	,337	,000	2,57	4,37
Vert Func	Hor Func	-,28	,226	1,000	-,89	,33
	HorNoFunc	4,00(*)	,342	,000	3,09	4,92
	VertNoFunc	3,19(*)	,295	,000	2,40	3,98
HorNoFunc	Hor Func	-4,29(*)	,379	,000	-5,30	-3,27
	Vert Func	-4,00(*)	,342	,000	-4,92	-3,09
	VertNoFunc	-,81	,424	,340	-1,95	,32
VertNoFunc	Hor Func	-3,47(*)	,337	,000	-4,37	-2,57
	Vert Func	-3,19(*)	,295	,000	-3,98	-2,40
	HorNoFunc	,81	,424	,340	-,32	1,95

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Estos resultados indican que en ambos grupos las estructuras más funcionales son en primer lugar las Horizontales Funcionales, seguidas de las Verticales Funcionales a notable distancia las Verticales No Funcionales, y en último lugar las Horizontales No Funcionales.

También podemos observar, por el estadístico Bonferroni, que en el grupo experimental las familias funcionales no muestran diferencias significativas entre sí, pero se diferencian de las no funcionales y entre estas últimas se obtienen grupos también diferentes.

En cuanto al grupo control, también hay diferencias entre familias funcionales y no funcionales, sin embargo, los dos grupos de familias funcionales tampoco son diferentes entre sí, al igual que los dos grupos de familias no funcionales.

Podremos comprender estas tablas concluyendo que estas diferencias son debidas a que en las familias no funcionales son más anárquicas, nadie ejerce la función normativa en la familia y se presenta mayor ambivalencia madre-hijo.

A continuación hacemos un análisis más detallado de las estructuras jerárquicas que hemos encontrado y su relación con las actitudes parentales y la comunicación familiar:

Si hacemos un análisis general, vemos que son muy escasas las madres que no dedican tiempo a sus hijos, menos de un 5% de todas las madres estudiadas, y si nos fijamos en el GC vemos que las familias más numerosas son las familias verticales Funcionales en las que las madres concilian su trabajo, y en proporción parecida, las que se dedicaban de forma “exclusiva” al cuidado de sus hijos, lo que indica que una gran cantidad de madres concilian trabajo con el liderazgo de sus casas (1/2 del total) sin que la familia se resienta en su funcionalidad.

Por su parte, en el GE las madres con *dedicación* “exclusiva” y “conciliación” se distribuyen de forma parecida entre las distintas organizaciones familiares.

Es de señalar que hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de control y de estudio en cuanto la *dedicación* materna y la funcionalidad jerárquica, de la misma forma que cuando se analizan el resto de variables que describían la actitud materna, como veremos más adelante.

Dedicación de la Madre																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Exclusiva	5	45,5	10	37,0	22	50,0	39	46,4	10	26,3	6	60,0	21	50,0	4	28,6
Conciliación	6	47,7	16	59,3	21	47,7	41	48,8	22	57,9	3	30,0	17	40,5	10	71,4
Escasa	0	0,0	1	3,7	1	2,3	4	4,8	6	15,8	1	10,0	4	9,5	0	0,0
Sig. GE vs GC	Chi ² 56,188 P 0,000															

Tabla 90 Funcionalidad de jerarquía familiar y actitud materna

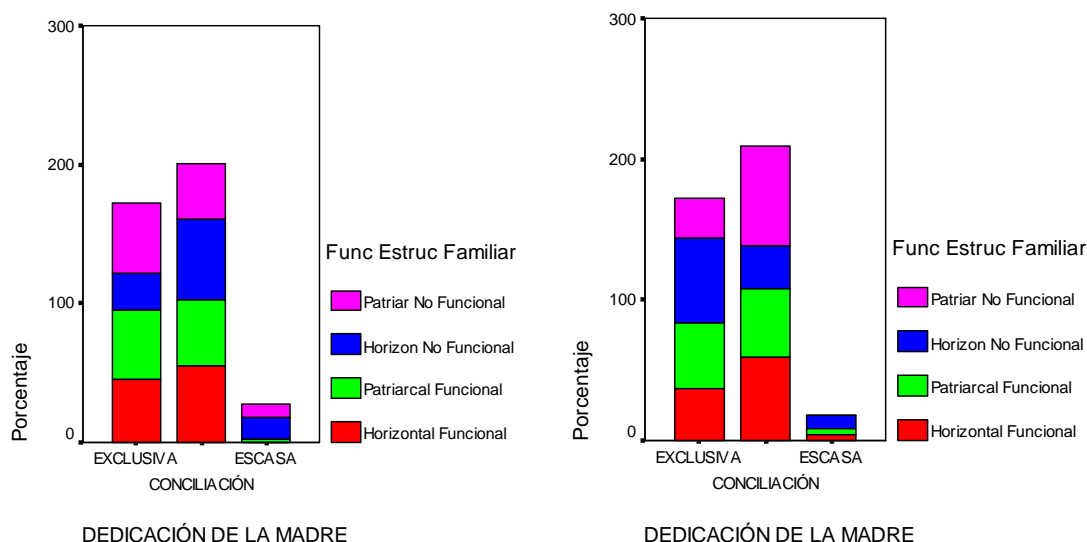


Gráfico 30 Funcionalidad de la Jerarquía Familiar y Dedicación Materna, GE y GC

Las madres de familias verticales Funcionales del GC son predominantemente “responsables”, pero hay un grupo no desdeñable de madres “complacientes” (una quinta parte del total de las madres del GC). En general existe un predominio de madres “responsables” en todos los grupos de funcionalidad jerárquica del GC y las madres “egoístas” son residuales.

Sin embargo, si observamos el GE, en todos los grupos de funcionalidad jerárquica predominan las madres “complacientes” y en las formas No Funcionales aparecen casi todas las “egoístas”. Llama la atención que entre las madres de familias verticales del GC no haya madres con distanciamiento “egoísta”. De lo anterior podemos deducir que la estructura de liderazgo único puede soportar más a las madres “complacientes” sin que se vea muy debilitada su funcionalidad.

Distancia de la Madre																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Complaciente	7	63,6	5	18,5	28	63,6	32	38,1	21	55,3	5	50,0	25	59,5	8	57,1
Responsable	4	36,4	20	74,1	16	36,4	52	61,9	7	18,4	4	40,0	11	26,2	6	42,9
Egoísta	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0	10	26,3	1	10,0	6	14,3	0	0,0
Sig. GE vs GC	Chi ² 67,023 P 0,000															

Tabla 91 Funcionalidad de la jerarquía familiar y distancia de la madre

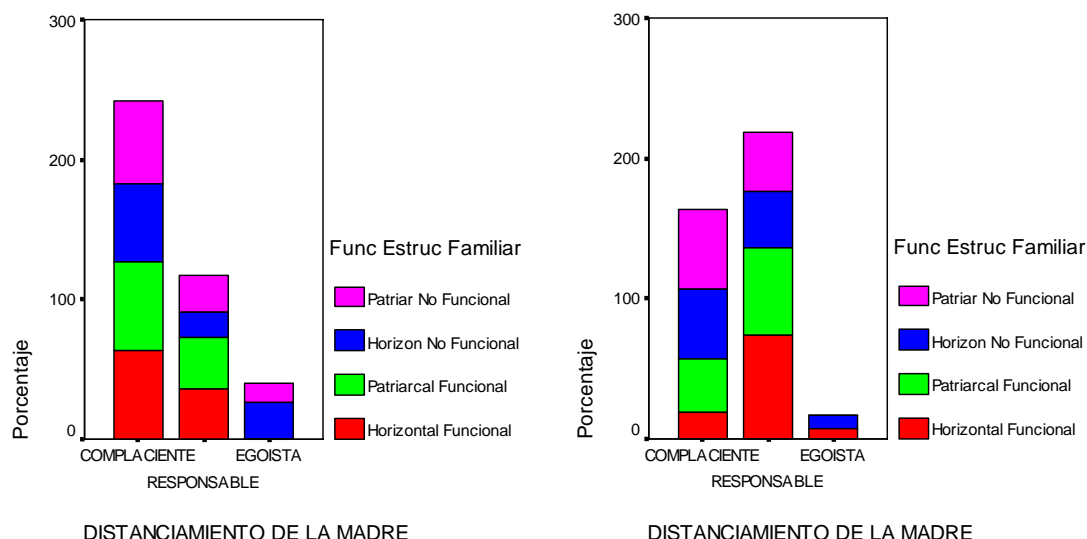


Gráfico 31 Funcionalidad de la Jerarquía Familiar y Distanciamiento Materno, GE y GC

De forma parecida a lo encontrado en el caso de la *distancia*, el *vínculo* es predominantemente adecuado (seguro) en el caso de las madres del GC que se concentran principalmente entre las familias verticales Funcionales y en menor medida entre las Familias Horizontales Funcionales. En cuanto a las del GE predominan las madres que hacen vínculos excesivos sobre todo entre las familias verticales Funcionales y de ellas más en las verticales No Funcionales. La vinculación “baja” aparece con frecuencia en las familias No Funcionales.

En cualquier caso, podemos ver que los *vínculos* “excesivos” son el doble de frecuentes en las estructuras de liderazgo unipersonal No funcionales, mientras que el *vínculo* “bajo” en la horizontal No funcional

Vínculo Materno																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excesivo	3	27,3	7	25,9	22	50,0	23	27,4	12	31,6	2	20,0	23	54,8	4	28,6
Adecuado	8	72,7	19	70,4	20	45,5	59	70,2	10	26,3	4	40,0	9	21,4	9	64,3
Bajo	0	0,0	1	3,7	2	4,5	2	2,4	16	42,1	4	40,0	10	23,8	1	7,1
Sig. GE vs GC	Chi ² 63,431 P 0,000															

Tabla 92 Funcionalidad de la jerarquía familiar y vínculo materno

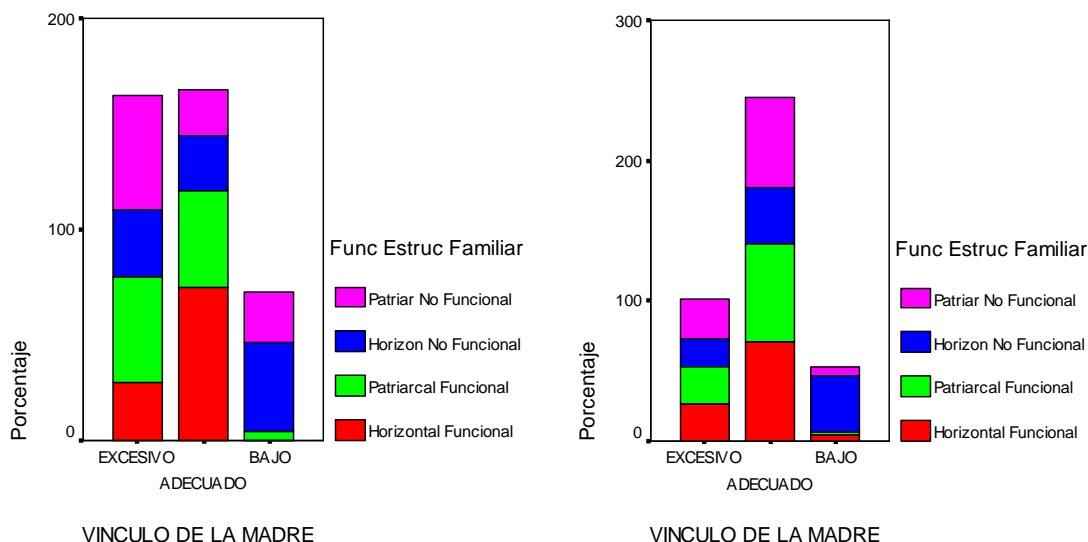


Gráfico 32 Funcionalidad de la Jerarquía Familiar y Vínculo Materno, GE y GC

Una vista general de la Tabla 93 indica que el control materno *excesivo* se da más en las estructuras verticales, aunque sean funcionales, y menos en las estructuras horizontales No funcionales.

Si analizamos a las madres del GC vemos que son predominantemente de familias verticales funcionales y ejercen un control “cercano” sobre sus hijos, aunque también son numerosas las que tienen una actitud “controladora”. Por su parte, las del GE tienen una actitud “controladora”, siendo principalmente de familias verticales No Funcionales, seguidas de las verticales Funcionales y las Horizontales No Funcionales. El control “distante” se da con frecuencia también en las formas de jerarquía no funcional.

Control Materno																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Controladora	3	27,3	7	25,9	21	47,7	38	45,2	16	42,1	2	20,0	23	54,8	5	35,7
Cercana	7	63,6	20	74,1	20	45,5	46	54,8	10	26,3	5	50,0	11	26,2	9	64,3
Distante	1	9,1	0	0,0	3	6,8	0	0,0	12	31,6	3	30,0	8	19,0	0	0,0
Sig. GE vs GC	Chi ² 64,652 P 0,000															

Tabla 93 Funcionalidad de la jerarquía familiar y control materno

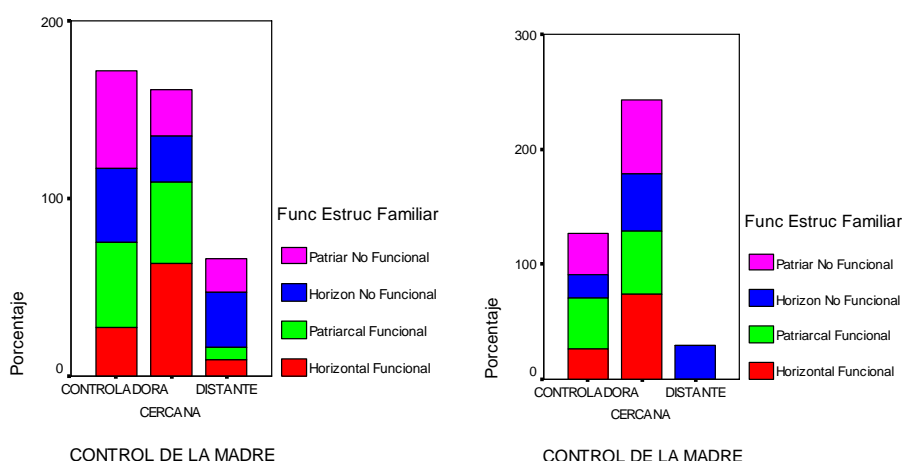


Gráfico 33 Funcionalidad de la Jerarquía Familiar y Control Materno, GE y GC

Si analizamos la actitud paterna en relación con la funcionalidad de la Jerarquía familiar encontramos que en general no hay padres que se dediquen exclusivamente al cuidado de sus hijos, los pocos que hay pertenecen a familias con jerarquías no funcionales (3 casos).

En el GE los padres con “escasa” *dedicación* a sus hijos los encontramos sobre todo en las estructuras jerárquicas no funcionales y en la vertical Funcional, lo que coincide con el hecho de que esas familias están mayoritariamente lideradas por la madre, lo que sitúa al padre en una posición periférica.

Por su parte, la “conciliación” de las otras obligaciones o desarrollo personal predomina en todos los grupos de funcionalidad jerárquica, pero en las familias horizontales funcionales lo es en el 100% de los casos, y también son más numerosos en los dos grupos verticales.

Dedicación del Padre																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Exclusiva	0	0,0	1	3,7	1	2,3	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Conciliación	11	100,0	16	59,3	24	54,5	49	58,3	23	60,5	4	40,0	26	61,9	3	21,4
Escasa	0	0,0	10	37,0	19	43,2	35	41,7	13	34,2	6	60,0	16	38,1	11	78,6
Sig. GE vs GC	Chi ² 60,469 P 0,000															

Tabla 94 Funcionalidad de la jerarquía y actitud paterna

En el GC la *dedicación* de los padres es mayoritariamente de “conciliación” y “escasa”, por este orden, en todos los grupos funcionales, excepto entre las familias no Funcionales, en las que la *dedicación* “escasa” es la más frecuente.

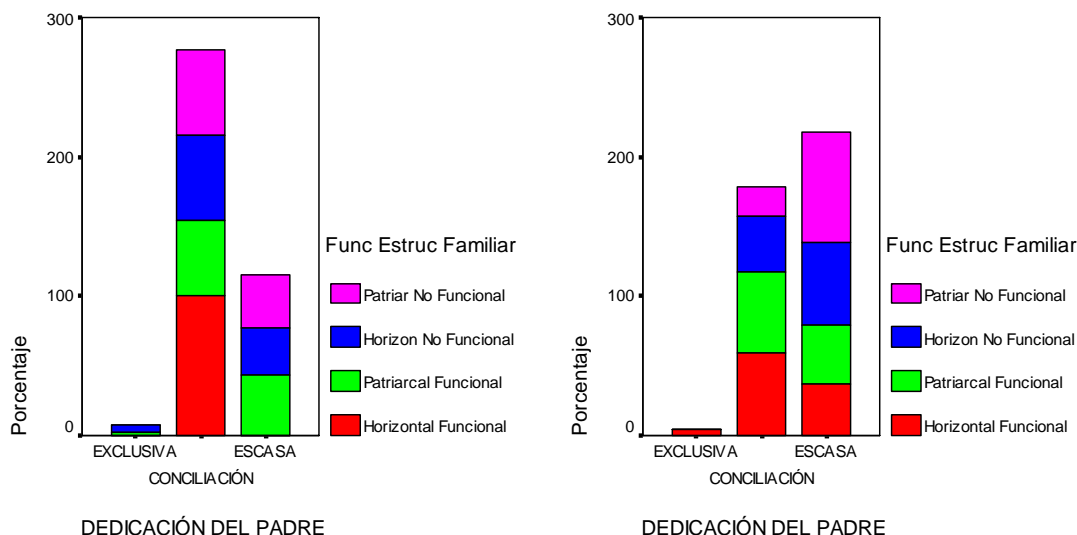


Gráfico 34 Funcionalidad de la Jerarquía y dedicación paterna,GE y GC

Si observamos el GE, encontramos que las distintas modalidades de distanciamiento paterno se distribuyen por todos los grupos funcionales, pero en las familias Horizontales Funcionales no existe el subgrupo “egoísta” que se encuentra repartido proporcionalmente entre los otros grupos y sobre-representado en las estructuras verticales funcionales.

Por otra parte, los padres “responsables” se encuentran sobre todo entre las familias verticales, pero también están presentes entre todos los grupos.

Los padres “complacientes” también se encuentran en todos los grupos, aunque es en la familia Horizontal No Funcional donde porcentualmente hay más.

Distancia del Padre	Horizontal Funcional		Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional					
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Complaciente	2	18,2	0	0,0	0	22,7	13	15,5	16	42,1	1	10,0	10	23,8	2	14,3
Responsable	9	81,8	22	81,5	18	40,9	56	66,7	6	15,8	4	40,0	14	33,3	7	50,0
Egoísta	0	0,0	5	18,5	16	36,4	15	17,9	16	42,1	5	50,0	18	42,9	5	35,7
Sig. GE vs GC	Chi ² 63,863 P 0,000															

Tabla 95 Funcionalidad de la jerarquía y actitud paterna

El GC por su parte se caracteriza por la primacía de los padres “responsables” en todos los subgrupos funcionales, en los que, y aunque residuales, hay también padres “egoístas”, mientras que no se encuentran padres “complacientes” entre las familias Horizontales Funcionales.

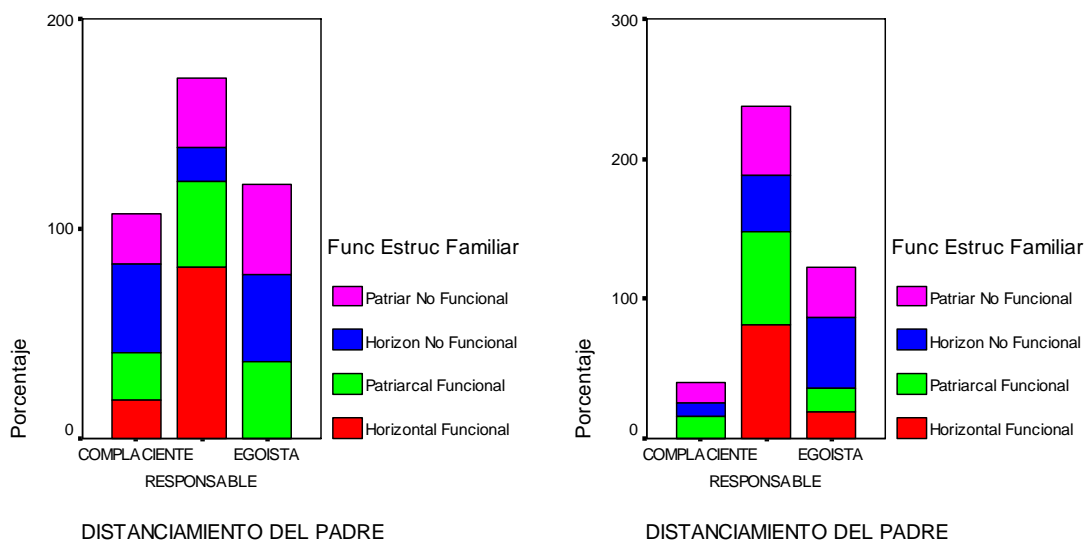


Gráfico 35 Funcionalidad de la Jerarquía y Distanciamiento Paterno, GE y GC

Si analizamos la vinculación de los padres según la funcionalidad jerárquica, en el GE la “baja” vinculación paterna es la más frecuente en todos los subgrupos, excepto en entre las familias Horizontales Funcionales, en las que no hay ningún caso. Sin embargo entre las familias funcionales el vínculo más frecuente es el “adecuado”.

Vinculación del Padre																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excesiva	3	27,3	5	18,5	1	2,3	7	8,3	9	23,7	0	0,0	5	11,9	0	0,0
Adecuada	8	72,7	18	66,7	27	61,4	60	71,4	7	18,4	6	60,0	12	28,6	8	57,1
Baja	0	0,0	4	14,8	16	36,4	17	20,2	22	57,9	4	40,0	25	59,5	6	42,9
Sig. GE vs GC	Chi ² 60,121 P ,000															

Tabla 96 Funcionalidad de la jerarquía y actitud paterna

En el GC la principal forma de vinculación paterna es la “adecuada” en todos los subgrupos de funcionalidad jerárquica, sobre todo en las formas funcionales. La

vinculación “baja” está presente también en todos los subgrupos, aunque en mucha menor medida y la “excesiva” está ausente en las familias no Funcionales.

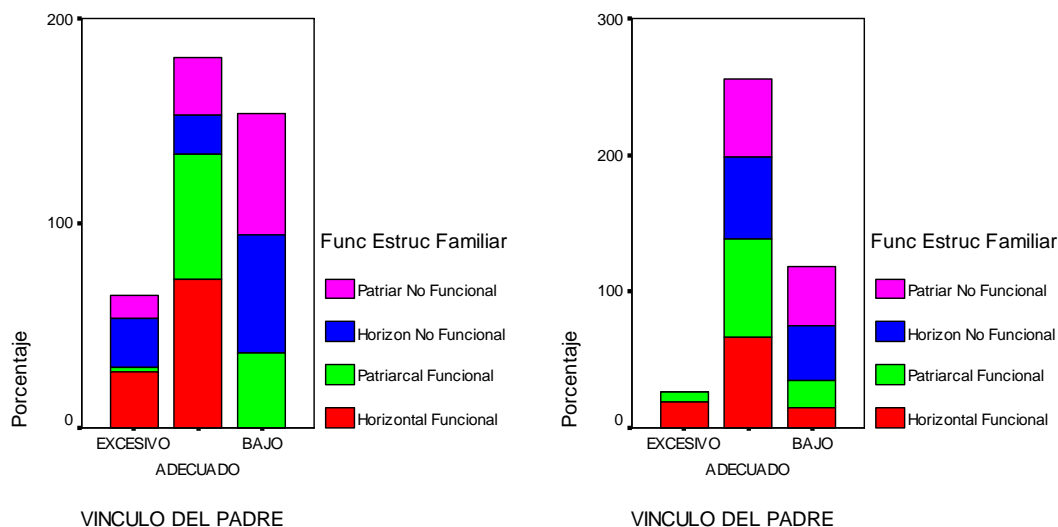


Gráfico 36 Funcionalidad de la Jerarquía y Vínculo Paterno, GE y GC

En lo que se refiere al GE todos los tipos de control están representados en todos los subgrupos funcionales, pero el control paterno “distante” es el más frecuente en las familias no Funcionales y en las verticales Funcionales, aunque las familias Funcionales tienen padres que ejercen un control más “cercano”.

Control Paterno																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Controlador	1	9,1	5	18,5	8	18,2	10	11,9	11	28,9	2	20,0	6	14,3	4	28,6
Cercano	9	81,8	17	63,0	17	38,6	42	50,0	8	21,1	3	30,0	11	26,2	5	35,7
Distante	1	9,1	5	22,2	19	43,2	32	38,1	19	50,0	5	50,0	25	59,5	5	35,7
Sig. GE vs GC	Chi ² 49,720 P ,000															

Tabla 97 Funcionalidad de la jerarquía y actitud paterna

Los padres del GC también ejercen un control “cercano” principalmente en los subgrupos funcionales, pero también es frecuente el control “distante”. En todos los subgrupos se da todo tipo de control.

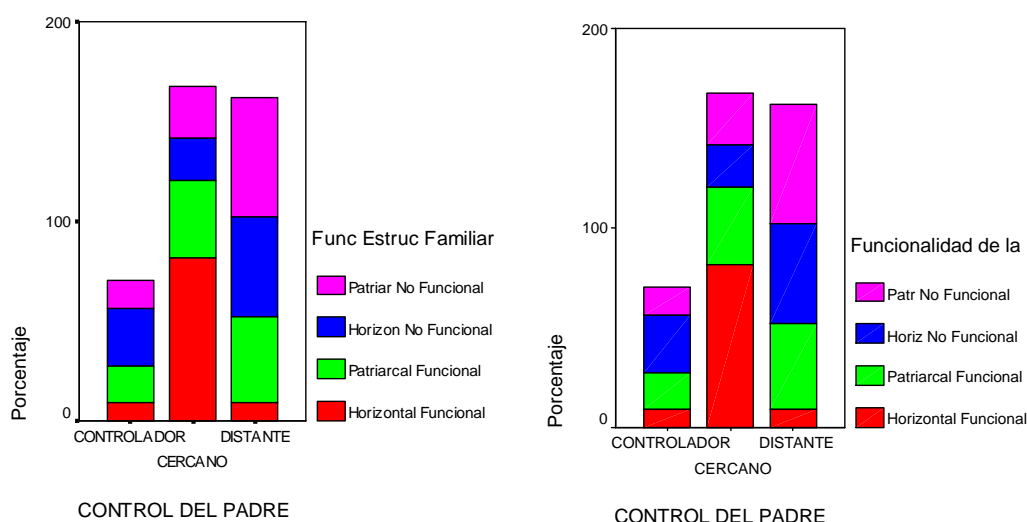


Gráfico 37 Funcionalidad de la Jerarquía y Control Paterno, GE y GC

Los padres ejercen el liderazgo en las familias con estructura vertical solo en aproximadamente una cuarta parte de estas, independientemente de si son funcionales o no. Las estructuras horizontales funcionales se caracterizan al 100% por compartir el liderazgo ambos padres, mientras que en las horizontales no funcionales son 1/4 y hay un predominio de las familias sin líder. Por su parte, en las verticales tanto funcionales como No funcionales el liderazgo es predominantemente materno.

En el GE observamos que aunque en todas las familias Horizontales Funcionales el liderazgo lo comparten ambos padres, en las familias Horizontales No Funcionales predomina la falta de liderazgo frente a un menor número de familias en las que lo ejercen ambos, probablemente desde una postura de enfrentamiento. Las familias verticales, tanto funcionales como No funcionales, están lideradas sobre todo por las madres en una proporción de 2/1.

Liderazgo																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Padre					13	29,5	14	16,7					13	31,0	5	35,7
Madre					31	70,5	70	83,3					29	69,0	9	64,3
Los Dos	11	100,0	2	100,0					10	26,3	5	50,0				
Ninguno	0	0,0	0	0,0					28	73,7	5	50,0				
Sig. GE vs GC	Chi ² 48,301 P ,000															

Tabla 98 Funcionalidad de la jerarquía y liderazgo

En el GC se ve que, de forma similar al GE, las familias verticales son lideradas por las madres, aunque en mayor medida.

De la tabla 98 puede concluirse que las familias sin líder no son funcionales, tanto si observamos el GE como si miramos al GC.

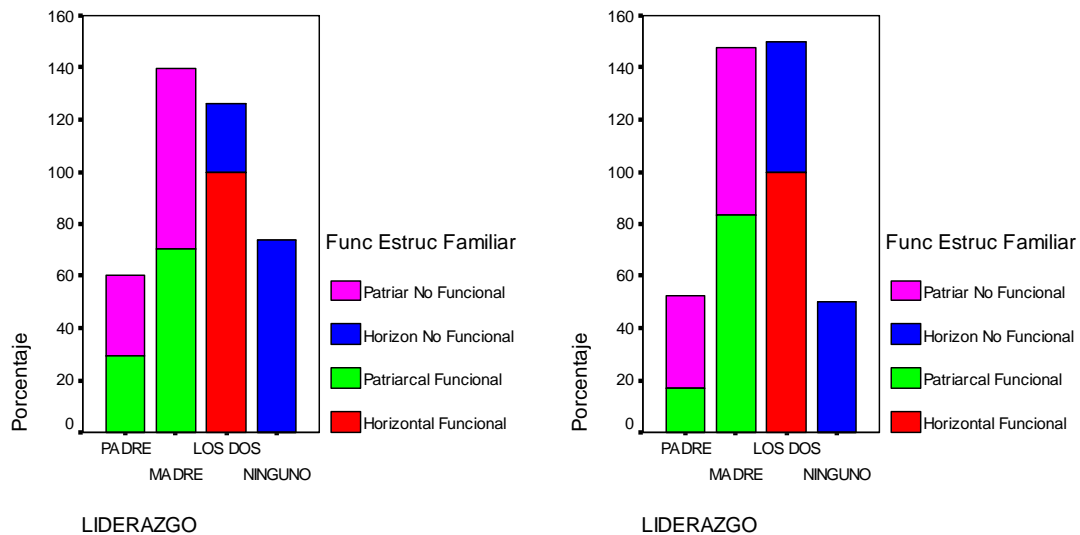


Gráfico 38 Funcionalidad de la Jerarquía y Liderazgo, GE y GC

La *expresión emocional* es más alta en las estructuras no funcionales, pero sobre todo a costa de las verticales.

Si atendemos a la *Expresión Emocional* en el GE encontramos que en las Familias Funcionales predomina la “baja” *Expresión Emocional* y en las no Funcionales la “alta”.

También es de destacar que no hay ningún caso de “muy baja” *expresión emocional* en el grupo Horizontal funcional que implique un alejamiento y desinterés por los miembros de la familia que sin embargo se hacen presentes y van aumentando en las familias Verticales, Horizontales No Funcionales y verticales No Funcionales, por ese orden.

Expresión Emocional																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta	3	27,3	7	25,9	18	40,9	13	15,5	26	68,4	1	10,0	25	59,5	5	35,7
Baja	8	72,7	20	74,1	25	56,8	71	84,5	6	15,8	7	70,0	10	23,8	9	64,3
Muy Baja	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0,0	0,0	6	15,8	2	20,0	7	16,7	0	0,0
Sig. GE vs GC	Chi ² 70,011 P ,000															

Tabla 99 Funcionalidad de la jerarquía y expresión emocional

En el GC predomina la “baja” expresión emocional en los 4 grupos funcionales aunque en las familias Verticales Funcionales es donde hay mayor número de casos.

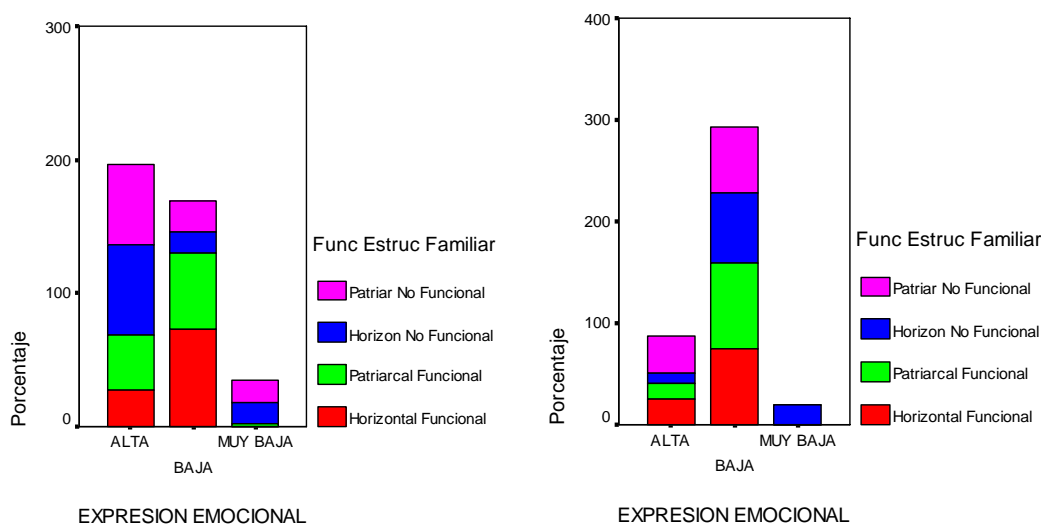


Gráfico 39 Funcionalidad de la Jerarquía y Expresión Emocional, GE y GC

La relación afectiva de los padres es mucho mejor en las estructuras funcionales, pero especialmente en la horizontal. Así en el GE las familias Horizontales Funcionales se caracterizan por la “óptima” relación parental, quizás porque una estructura de estas características es muy exigente con la comunicación padre-madre. La estructura Vertical Funcional también está formada predominantemente por padres bien avenidos, pero parece soportar mejor el enfrentamiento y la distancia que las familias No Funcionales, en las que los estilos de relación se distribuyen de forma similar.

Relación Afectiva de los Padres																
	Horizontal Funcional				Vertical Funcional				Horizontal No Funcional				Vertical No Funcional			
	G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.		G.E.		G.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Optima	11	100,0	24	88,9	32	72,7	71	84,5	14	36,8	9	90,0	13	31,0	9	64,3
Distante	0	0,0	3	11,1	9	20,5	11	13,1	14	36,8	0	0,0	14	33,3	4	28,6
Enfrentamiento	0	0,0	0	0,0	3	6,8	2	2,4	10	26,3	1	10,0	15	35,7	1	7,1
Sig. GE vs GC	Chi ² 60,701 P ,000															

Tabla 100 Funcionalidad de la jerarquía y relación afectiva de los padres

Por su parte en el GC predomina la buena relación parental que es mejor en las familias Funcionales que en las que no lo son.

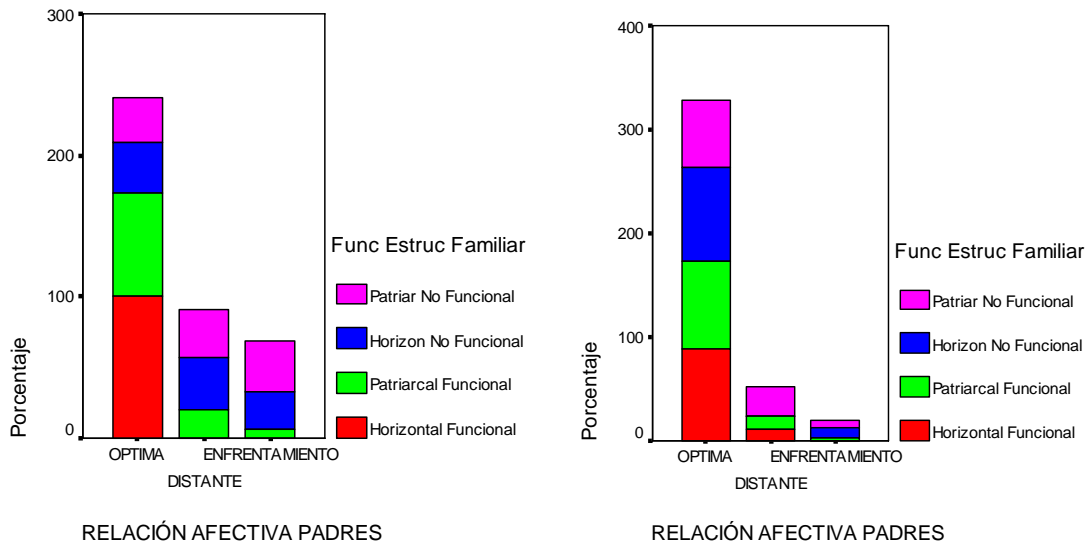


Gráfico 40 Funcionalidad de la Jerarquía y Relación Afectiva Paterna, GE y GC

Por tanto las estructuras horizontales han de ser más exigentes con todos sus miembros para ser funcionales, y se resienten más cuando fallan algunos de sus elementos, pero también son más satisfactorias para todos.

		Dedicación	Distancia	Vínculo	Control
Horizontal Funcional	Madres	GE: complacientes y egoístas, con vínculo seguro y control cercano o excesivo GC: responsables, con vínculo seguro y control cercano			
	Padres	GE: responsables, con vínculo seguro y control cercano GC: responsables, con vínculo seguro y control cercano			
Vertical Funcional	Madres	GE: complacientes, con vínculo excesivo y control excesivo o cercano GC: responsables, con vínculo adecuado y control cercano o excesivo			
	Padres	GE: dedicación escasa, responsables o egoístas, con vínculo seguro y control distante o cercano GC: dedicación escasa, responsables, con vínculo adecuado y control cercano o distante			
Horizontal No Funcional	Madres	GE: complacientes y egoístas, con vínculo bajo o excesivo y control excesivo o distante GC: complacientes, con vínculo seguro o alejado y control cercano o distante			
	Padres	GE: dedicación escasa, egoístas o complacientes, vínculo bajo, control distante o excesivo GC: dedicación escasa, egoístas o complacientes, vínculo seguro y control distante o cercano			
Vertical No Funcional	Madres	GE: complacientes o egoístas, con vínculo excesivo y control excesivo o distante GC: complacientes, con vínculo adecuado y control cercano			
	Padres	GE: egoístas, con vínculo bajo y control distante GC: dedicación escasa, responsables, con vínculo adecuado y control cercano y distante			
		Expresión Emocional	Relación Afectiva de los Padre		
Horizontal Funcional		GE alta	GE óptima		
		GC baja	GC óptima		
Vertical Funcional		GE baja	GE óptima		
		GC baja	GC óptima		
Horizontal No Funcional		GE alta	GE distante y de enfrentamiento		
		GC baja	GC óptima		
Vertical No Funcional		GE alta	GE de enfrentamiento y distante		
		GC baja	GC óptima		

Tabla 101 Perfil Parental según la estructura de la jerarquía (tabla resumen)

Resumiendo podríamos decir que si atendemos a la capacidad de la organización jerárquica que han creado esos padres para el desarrollo personal en sus familias podemos afirmar que:

- Las *Familias Horizontales Funcionales* son las que tienen una mayor capacidad funcional, seguidas de las *Verticales Funcionales*, las *Verticales No Funcionales* y las *Horizontales No Funcionales*, por ese orden.
- Las madres de las *Familias Horizontales* del GE son más complacientes y egoístas, mientras que las del GC son más responsables. Por su parte, los padres tienen similares características en ambos grupos: responsables, que hacen vínculos seguros y tienen un control cercano de la conducta de sus hijos.
- Las madres de las *Familias Verticales Funcionales* del GE son más complacientes y hacen vínculos excesivos, a diferencia de las del GC que son responsables y ejercen un control cercano. Los padres se diferenciaban en que los del GE tienden a ser más distantes.
- Las madres de las *Familias Horizontales No Funcionales* del GE son más complacientes y egoístas, estableciendo vínculos y control alejados o

excesivos. Las del GC se diferencian de aquellas en que el vínculo es más seguro y el control más cercano. En cuanto a los padres de GE y GC se diferencian en que aquellos tienen un vínculo más bajo.

- Por fin, las madres del GE de las *Familias Verticales No Funcionales* tienden a ser egoístas, con vínculos y control excesivos, mientras que las del GC hacen vínculos seguros y tienen un control cercano. Por su parte los padres del GE se caracterizaban por ser egoístas, hacen vinculaciones bajas y ejercen un control distante, lo que les diferenciaba de los padres del GC que aunque dedicaban poco tiempo a sus hijos son responsables y establecen vínculos seguros.
- En conjunto, podemos decir, que los GE y GC se diferencian sobre todo en la forma de vincularse padres y madres (más segura en el GC y baja o excesiva en los el GE). En el GE, las únicas madres que no hacen vínculos excesivos o indiferenciados son las de familias Horizontales Funcionales. En otros aspectos no se han encontrado grandes diferencias, aunque cabe reseñar que las madres del GE suelen ser más complacientes y egoístas que las del GC con la excepción de las Familias Verticales Funcionales del GE. Los padres de los GE y GC en cambio son más parecidos entre sí que las madres, todos dedican poco tiempo a sus hijos excepto los de las familias Horizontales Funcionales que son más responsables. Además, los de familias Funcionales se vinculan de forma más, aunque el control es más distante en todos los grupos excepto en las familias Horizontales Funcionales y en las del GC Verticales.
- En cuanto al clima familiar, las formas No Funcionales tienen una Expresión emocional muy alta en las Verticales y muy baja en las Horizontales, y ambas una peor relación entre los padres con respecto a las Funcionales y especialmente en las Horizontales Funcionales.

10. FACTORES DE PROTECCIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN TCA

Como se ha señalado en el capítulo de resultados, hemos propuesto un modelo de regresión logística para explicar la relación entre la estructura familiar y la probabilidad de padecer la enfermedad y buscar así qué factores pueden prevenir la aparición de un TCA y cuáles son los factores de riesgo.

Los factores protectores ejercen su función de diversas maneras, por un lado pueden reducir directamente la disfunción, por otro interactuar con los factores de riesgo interrumpiendo sus efectos al romper la cadena por la que actúan, o pueden impedir la existencia de factores de riesgo (Crago, 2001).

Hemos hecho este análisis en tres fases, primero viendo cómo se comporta el grupo TCA en su conjunto, para luego estudiar por separado los tres subgrupos de TCA y por fin comparamos los TCA purgativos con los No Purgativos.

De entre todas las variables analizadas, los Factores que se comportan como Protectores o como de Riesgo para la aparición de un TCA se resumen en las tablas que se muestran a continuación.

10.1. Factores protectores y de riesgo para un TCA

Factores Protectores para un TCA	Factores de Riesgo para un TCA
<ul style="list-style-type: none"> ● Preocupación del padre por la imagen (hasta 3,18 veces menos riesgo) ● Alta preocupación de ambos padres por la imagen (hasta 0,19 veces menos riesgo) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicación rígida de la norma (hasta 9 veces más riesgo) ● Aplicación imprevisible de la norma (hasta 4,7 veces más riesgo) ● Alta expresión emocional (hasta 6,9 veces más riesgo) ● Afrontamiento basado en la falta de reconocimiento de problema (hasta 8,5 veces más riesgo) ● Preocupación paterna excesiva por la dieta (hasta 3 veces más riesgo) ● Preocupación de los padres escasa por la dieta (hasta 43,7 veces más riesgo) ● Escasa preocupación de los padres por la imagen (hasta 24,6 veces más riesgo)

Tabla 102 Factores protectores y de riesgo para un TCA

Los datos ponen de relieve que familias rígidas, con normas caprichosas y expectativas poco realistas hacia sus miembros, sin empatía, con una actitud de negación de sus problemas, y con unos padres que o bien se preocupan en exceso o se desinteresan de lo que comen sus hijos o de cómo son vistos por los demás, reúnen demasiadas posibilidades de que se dé un TCA en ellas.

El desinterés por lo que comen los hijos se ha mostrado como el principal factor de riesgo para un TCA (multiplica el riesgo en un 43,7 el riesgo), y posiblemente expresa el desinterés afectivo, el desorden y la desatención que implica una despreocupación por si el niño come o no lo hace y la falta de encuentro interpersonal. Como respuesta el niño rechazará a los padres y al veneno que ellos traen, al tiempo que le atrapa. Otra alternativa es llenar el vacío de afecto con algo que inicialmente pudo ser bueno, como la comida que es engullida con necesidad y voracidad para luego ser expulsada.

En el otro extremo, el control anal del niño sobre los padres o la preocupación “excesiva” por la dieta (3,2 veces más riesgo) que facilitará la identificación de los hijos con unos padres demasiado preocupados, que probablemente atesoran sentimientos de culpa por las respuestas de desagrado o los intentos de separación de sus niños, convirtiendo el conflicto de la individuación en un conflicto nutricional que también transforma el goce oral en un suplicio de envenenamiento o en una voracidad destructiva.

En el segundo lugar de riesgo se sitúa la falta de interés de los padres por su propia imagen (24,6 veces más riesgo), que podría indicar un descuido que es rechazado por los hijos avergonzados ante su imagen social, y que lleva implícita en los hijos la vivencia del abandono.

Los otros factores de riesgo de presentar un TCA que encontramos, son la aplicación “rígida” e “imprevisible” de la norma (9 y 4,7 más frecuente respectivamente), el afrontamiento basado en la falta de reconocimiento de los problemas (8,5 más riesgo) y la alta expresión emocional (6,9 veces más) hacen referencia a familias poco confortables, que desorientan y donde hay poca empatía, exigencias excesivas y vivencias de rechazo. Parecen ser familias psicósomáticas y poco estructuradas.

Más difíciles de interpretar son los factores de protección que se han obtenido en este análisis, que son la “alta” preocupación de los padres por la imagen y sobre todo del padre (3,2 y 3,82 menos riesgo respectivamente). En nuestro GC se encuentra una mayor *preocupación por la imagen* que en el GE, en el que es mayoritariamente “escasa”, lo que podría ser un factor o artefacto de distorsión estadística que da lugar a un resultado inesperado, de difícil comprensión y que en posteriores estudios habrá que seguir estudiando.

10.2. Factores protectores y de riesgo para AN

Factores Protectores para AN	Factores de Riesgo para AN
<ul style="list-style-type: none"> • la creación “autoritaria” de la norma • la organización nula de las comidas 	<ul style="list-style-type: none"> • aplicación rígida de la norma (hasta 5,8 veces más que si la aplicación es flexible), • la organización “excesiva” de las comidas (hasta 4,1 veces más riesgo de padecer anorexia que si la organización es adecuada) • la expresión emocional alta (hasta 3,1 veces más riesgo)

Tabla 103 Factores protectores y de riesgo para AN

Para la Anorexia Nerviosa hemos encontrado tres factores que elevan el riesgo de padecer el trastorno, en primer lugar la aplicación “rígida” de la norma aumenta hasta en 5,8 veces más el riesgo que cuando la aplicación es “flexible”, en segundo, la “alta” expresión emocional aumenta el riesgo en hasta 3,1 veces más que si es “baja”, y una organización “excesiva” de las comidas hasta 4,1 veces más que si la organización es “adecuada”.

Estos resultados parecen una descripción de la anoréxica misma, rigidez, muchas veces deshumanizada, exigencia y críticas nada realistas y un comer excesivamente estructurado, sin disfrute y lleno de reglas. No tenemos datos para formarnos un juicio sobre si la propia anorexia se apodera de los otros miembros de la familia (principalmente los padres) y comienzan a comportarse así en respuesta a las conductas de la anoréxica, de la misma manera que una persona paranoica con su desconfianza provoca las críticas y el rechazo de sus vecinos, o si esta conducta familiar, existente antes de la aparición de los síntomas, atrapa al miembro más histérico-narcisista de la familia y pone en marcha el trastorno. De cualquier manera, si estas tres características se dan simultáneamente estamos viendo el retrato familiar de la anorexia.

En todo caso, y aunque se den por separado estas conductas darían lugar a un funcionamiento de falta de empatía o de altas expectativas y exigencias poco ajustadas a las posibilidades reales, con críticas frecuentes, o a una falta de disfrute, primero del alimento, que luego se extenderá a cualquier goce, en el que el sujeto pasa de ser actor a ser su propio observador ensimismado y sin poder mirar hacia fuera de sí, atrapado en

continuas evaluaciones de su estar, de sus actos, o los de los demás en relación con sigo mismo.

Si miramos a los estudios consultados vemos que Bonenberger (1988) encontró que un 75% de los padres de pacientes con AN son autoritarios y dominantes frente al 17% padres débiles y pasivos, lo que podría encajar bien con nuestros resultados.

Curiosamente, la creación “autoritaria” de la norma, si no es aplicada de forma persecutoria, y la organización “nula” de las comidas tendrían un efecto protector, posiblemente porque una vez que algo se da por sentado y ya no hay lugar para la discusión permite que el sujeto pueda centrarse en disfrutar del momento.

No obstante no podemos negar la contradicción intrínseca que hay entre estos dos factores de prevención, pues la organización “nula” de las comidas la definimos como: familias que no comen juntas, con la TV puesta, sin comunicación ni diálogo y la falta de un menú común para todos, funcionamiento que no parece muy estructurante y que encaja mal con un funcionamiento autoritario funcional. Tampoco este resultado tiene coherencia con el análisis por separado de esa variable, en la que el 88,9% de las familias del GC tienen lo que hemos llamado una organización “adecuada” de las comidas, en una proporción claramente superior a las del GE. Quizás obedezca a un atefacto o distorsión estadística debida a la excesiva representación de familias con “nula” organización en el GE (N = 49) y “escasa” en el GC (N = 8).

10.3. Factores protectores y de riesgo para un BN

Factores Protectores para BN	Factores de Riesgo para BN
<ul style="list-style-type: none"> ● percepción de falta de habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ● falta de percepción del problema (hasta 2,1 veces más) ● preocupación por la imagen alta (3,4 veces más) ● preocupación por la imagen escasa (3,6 veces más) ● expresión emocional muy baja (6,6 veces más) ● expresión emocional alta (2,1 veces más)

Tabla 104 Factores protectores y de riesgo para un BN

En el caso de la Bulimia Nerviosa, el análisis señala 5 factores de riesgo. La *falta de percepción de problemas* multiplica por 2,1 las posibilidades de presentar el diagnóstico

con respecto a las familias que perciben que tienen *habilidades sociales* para afrontar las dificultades. Tanto la expresión emocional “muy baja” o “muy alta” hacen 6,6 y 2,1 veces más frecuentes, respectivamente, el riesgo que existe cuando la expresión emocional es “baja”. También, la “alta” y “escasa” preocupación de los padres por la imagen corporal hace que también se multiplique por 3,4 y 3,6 respectivamente el riesgo con referencia a la preocupación “intermedia”.

Si analizamos por separado estos factores vemos que cuando las expectativas que tenemos puestas en los hijos y las exigencias se ajustan de forma realista a sus posibilidades, con críticas respetuosas y constructivas, esta relación podría tener un efecto protector de que apareciera una BN en la familia. Sin embargo, unas altas expectativas aunque poco realistas, con crítica poco empática, o en el otro extremo, la ausencia de expectativas, el desinterés, la falta de conflicto por falta de afecto deberían no ser el mejor ambiente para crecer y terreno para la aparición del trastorno en la familia, como parecen indicar nuestros resultados. Vendría a ilustrar que es mejor recibir atención, aunque sea desaprobadora y agresiva, que sentirse no visto por los otros.

Por otra parte, las familias con BN parecen ser negadoras de conflictos, esto es, familias con rasgos psicossomáticos (Minuchin, 1978), que atrapan los conflictos en el cuerpo sin darles una salida de orden simbólico que permita hacerlos propios, entenderlos y planificar nuevas respuestas.

En cuanto al último punto, las personas adaptadas deberían tener una moderada preocupación por su cuerpo y su imagen, no solo para mantener un estado de salud razonablemente satisfactorio, sino para ser aceptados socialmente y desarrollar las mejores oportunidades que, no solo en la época posmoderna, tienen los que ostentan una buena imagen. Los padres son modelos que suelen introyectarse muy pronto, por ello no es de extrañar que el que tengan una alta o baja preocupación, ya sea por la cercanía sintomatológica a los TCAs o por rechazo o desatención, se convierta en factor de riesgo. En cualquier caso, este conjunto de factores hace referencia a familias incompetentes.

La rigidez familiar que Kuba (2001) encontró entre los bulímicos parece encajar más bien con la descripción que hemos hecho para la AN, aunque la tendencia a la negación y en algunos casos a la alta expresividad emocional no excluye que estas familias no se caractericen por la rigidez.

El análisis sólo reconoce un factor de protección de padecer una BN que a priori nos parece desconcertante, se refiere a la percepción de falta de habilidades sociales que es definida como aquella situación en la que los padres tienen conciencia de las situaciones problemáticas, pero se sienten desbordados y creen no poseer estrategias para resolver los problemas y no saben cómo actuar. Este resultado solo podría ser entendido pensando en que esta conciencia de incapacidad impulsaría a estas familias a buscar ayuda, o que nuevamente sea un artefacto distorsionante como consecuencia del escaso número de casos en el GE y a un excesivo número de casos en el GC (3 vs. 44)

10.4. Factores protectores y de riesgo para un TCA NE

Factores Protectores para TCA NE	Factores de Riesgo para TCA NE
	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo autoritario” (4,2 veces más riesgo que la categoría de referencia (democrático) • Aplicación de la norma rígido” (hasta 4 veces más) en relación a “flexible” • Organización de las comidas “nula” (6,1 veces más)

Tabla 105 Factores protectores y de riesgo para un TCA NE

En cuanto al Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, encontramos que en esta población son factores de riesgo el estilo “autoritario” de liderazgo familiar (riesgo 4,2 veces mayor), la aplicación “rígida” de la norma (riesgo 4 veces mayor) y una organización “nula” de las comidas (riesgo 6,1 veces mayor).

En conjunto estos 3 factores de riesgo sugieren el retrato a una familia rígida y distante, poco afectiva, en la que los padres, las pocas veces que aparecen, tratan de tranquilizarse dando golpes en la mesa para imponer algún orden.

10.5. Factores protectores y de riesgo para un TCA Purgativo

Por fin, hemos querido evaluar si hay algunos factores de riesgo o de protección específicos para los trastornos que tienen características purgativas y también para sus complementarios, pues esta característica supone un estado de la personalidad diferencial dado que implica aspectos como la impulsividad que está muy influenciada por el entorno, sobre todo de tipo afectivo.

Factores Protectores para TCA Purgativo	Factores de Riesgo para TCA Purgativo
<ul style="list-style-type: none"> • La preocupación por la dieta “intermedia” en el caso de que quien se preocupe por la imagen sea el padre. 	<ul style="list-style-type: none"> • aplicación de la norma “rígido” (5,3 veces más) • aplicación de la norma “imprevisible” (4,1 veces más) • preocupación por la dieta “excesiva” (2,4 veces más) • preocupación por la dieta “escasa” (5,7 veces más)

Tabla 106 Factores protectores y de riesgo para un TCA purgativo

Nuevamente, la aplicación “rígida” e “imprevisible” de la norma (riesgo 5,3 y 4,1 veces mayor respectivamente) se comportan como factores de riesgo de padecer el trastorno, en el mismo sentido, también la preocupación de los padres “excesiva” y “escasa” por la dieta (riesgo 2,4 y 5,7 veces mayor respectivamente) son factores de riesgo.

Estas familias parecen presentar una escasa flexibilidad para adaptarse a los cambios y estar en uno de los extremos que van de la pérdida de distancias interpersonales al desinterés.

El único factor de protección encontrado se refiere a la *preocupación por la dieta* “intermedia”, la que podríamos considerar adaptativa, pero solo lo sería en el caso de que quien se preocupe por la imagen sea el padre.

10.6. Factores protectores y de riesgo para un TCA No Purgativo o Restrictivo

Factores Protectores para TCA No Purgativo o Restrictivo	Factores de Riesgo para TCA No Purgativo o Restrictivo
	<ul style="list-style-type: none"> • distancia del padre “complaciente” (2,7 veces más riesgo) • organización de las comidas “excesiva” (6,8 veces más) • preocupación por la imagen escasa (hasta 9,1 veces más riesgo)

Tabla 107 Factores protectores y de riesgo para un TCA no purgativo o restrictivo

En el caso de los TCA No Purgativos o Restrictivos, encontramos que cuando el padre es “complaciente” se multiplica por 2,7 el riesgo, de la misma manera que la organización de las comidas “excesiva” lo hace en 6,8 veces más y la *preocupación por la imagen* de los padres “escasa” hasta 9,1 veces más.

Estos resultados parecen tener relación con las características propias de este tipo de pacientes que suelen tener un Yo más controlador y obsesivo, que responde mal a la alta presión, y tiende a oponerse ante el control de los otros de forma pasivo agresiva. La complacencia paterna probablemente surja de la evitación del conflicto que expresa el rechazo por la preocupación “escasa” de los padres por su imagen.

	TCA	AN	BN	T NE	Purgat	Restric
Liderazgo autoritario”				X		
Distancia del padre “complaciente”						X
Aplicación rígida de la norma	X	X		X	X	
Aplicación imprevisible de la norma	X				X	
Expresión emocional “alta”	X	X	X			
Expresión emocional muy baja			X			
No reconocimiento de los problemas	X		X			
Organización “excesiva” de las comidas				X		X
Organización nula de las comidas						
Preocupación paterna excesiva por la dieta	X	X			X	
Preocupación de los padres escasa por la dieta	X				X	X
Alta preocupación de los padres por la imagen			X			
Escasa preocupación de los padres por la imagen	X		X			

Tabla 108 Factores de Riesgo (Resumen)

Si tratamos de resumir todo lo dicho en este apartado podemos decir que el principal factor de riesgo de padecer un TCA, es y con mucho, el desinterés de los padres por como comen sus hijos seguido por la “escasa” preocupación de los padres por la imagen, pero creemos que esta actitud de los padres no puede tener un gran impacto si

no se dan a un tiempo otros factores, y así hemos visto que las familias con riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria tienen las siguientes características:

Para el TCA en general: familias rígidas, imprevisibles, exigentes de forma poco realista e intrusivas o desinteresadas por sus miembros, que no reconocen sus problemas y con unos padres que dan o mucha o poca importancia a la dieta, y que no se preocupan por su imagen.

Los factores de riesgo para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa tienen diferencias notables. Las familias con riesgo de tener una Anorexia nerviosa son rígidas, exigentes y preocupadas por la dieta, mientras que las que tienen riesgo de tener una Bulimia Nerviosa son aquellas en las que se desentienden de los problemas, se preocupan mucho de la imagen, y que además oscilan entre la “alta” exigencia poco realista y el desinterés por sus miembros.

El riesgo de padecer un TCA No Especificado se produce en las familias autoritarias, y rígidas que hacen de la alimentación una exigencia.

El riesgo de padecer un TCA de tipo purgativo se produce en familias contradictorias y ambivalentes, que son rígidas pero imprevisibles a la hora de aplicar las norma y muy preocupadas o despreocupadas por la dieta. Mientras que el riesgo de padecer un TCA de tipo restrictivo aumenta si en la familia hay un padre “complaciente” y despreocupado por la dieta, al tiempo que una organización “excesiva” de las comidas (suponemos que por parte de la madre).

	TCA	AN	BN	T NE	Purgat	Restric
Percepción de falta de habilidades sociales			X			
Organización nula de las comidas		X				
Preocupación de los padres excesiva e intermedia por la dieta					X	
Preocupación del padre por la imagen	X					
Alta preocupación de ambos padres por la imagen	X					

Tabla 109 Factores de Protección

Los factores protectores de tener un TCA que hemos encontrado son la preocupación del padre o la de ambos padres por la imagen, para la Anorexia Nerviosa la “nula” organización de las comidas, en la Bulimia Nerviosa la percepción de falta de habilidades de sociales y para los trastornos purgativos la preocupación “excesiva” e

“intermedia” por la dieta. Todos ellos harían referencia a la importancia de que los padres estén presentes, que no pegados, y creen un entorno seguro durante la crianza, y es que como hemos ido viendo a medida que iban apareciendo los resultados, esto es lo que diferencia, en gran medida, a las familias del GE y a las del GC.

10.7. Una reflexión a modo de síntesis sobre el alcance y las limitaciones del estudio

Coincidiendo con el impresionante aumento de la prevalencia de los TCA en la sociedad postmoderna se ha producido la inversión de algunos valores que antaño regían nuestro comportamiento. Lo que, en unos aspectos, supone un avance de la libertad individual y permeabilidad entre las clases sociales y los pueblos, ha traído consigo el debilitamiento de la autoridad, la disolución de los límites, y una preocupación preponderante por la imagen externa que crea un clima de desorientación e incertidumbre ante la dificultad de encarar las dificultades que estos cambios traen.

¿Pero cómo salir airosos de este conflicto, cómo recuperar la coherencia de épocas pretéritas sin renunciar a la valiosa libertad, cómo conservar la individuación conquistada sin renunciar a la colectividad?

Los resultados sugieren líneas de intervención social y con familias que pueden desarrollarse en el ámbito comunitario y educativo que además pueden prevenir los trastornos de la conducta alimentaria.

De las familias estudiadas, las más funcionales son las que hemos dado en llamar Horizontales Funcionales, caracterizadas por el compromiso y sus valores igualitarios, son familias que necesariamente han conseguido afrontar el conflicto narcisista y el padre ha podido introducirse en el poderoso vínculo madre-hijo o la madre ha superado la rivalidad de su hija, construyendo una colectividad que ni excluye ni impide las necesidades de crecimiento individual, aceptando a cada uno por lo que es y no por el éxito conseguido.

Nuestro estudio indica que la mayor parte de las familias biparentales de nuestro entorno, sobre todo aquellas con patología, a pesar de los cambios sociales que hemos

vivido, se encuentran en una fase previa de desarrollo, aquella que busca en la verticalidad la estabilización. Una estabilidad que no consigue dar respuesta a los conflictos narcisistas para dar cabida a una individualidad vivida como una conexión con lo que uno es sin excluir lo que de colectivo tenemos, única forma de vivir la frustración y saber esperar para poder crear.

También hemos podido aclarar que aunque en nuestro medio se han ido extendiendo algunas creencias sobre la causa o influencias en los trastornos mentales y en particular en los TCAs, no tienen influencia decisiva en su aparición o mantenimiento:

- La presencia de enfermedades somáticas en otros miembros de la familia que supongan un impacto muy intenso agudo o crónico para la familia.
- La experiencia materna de un duelo en el período perinatal.
- Que la madre trabaje fuera del hogar.
- El tiempo que dedican los padres al cuidado de sus hijos. Su mera presencia no es suficiente para que proteja o retrase la edad de aparición del TCA, debe ir acompañada de una forma determinada de estar y una forma de relacionarse que de seguridad.
- Que el liderazgo familiar sea materno
- Que la familia se conduzca por un estilo autoritario de liderazgo.
- Ni cómo se sancionan las infracciones a la norma.

No obstante, y aunque este estudio muestre diferencias entre las familias nucleares en las que uno de sus miembros sufre un TCA y las que no tenían patología, no puede determinar si estas características son propias y definitorias de las familias con TCA o si también se dan en las que tienen miembros con otras patologías. Para aclararlo la investigación debería extenderse a las familias en las que hay otros trastornos.

Otra limitación de este estudio es que por razones de claridad, y dada la complejidad que supone el estudio de las familias, solo se incluyeron familias biparentales a pesar de la creciente variedad de modelos familiares que podemos encontrar en los momentos

actuales. Aún así, la mayoría de las familias del GE y las del GC ostentan las características típicas de la posmodernidad:

- individualismo sobre el ideal del grupo,
- debilitamiento de la autoridad y de los valores tradicionales,
- relaciones que tienden a la horizontalidad y cercanía
- liderazgo de la madre
- incorporación de las madres al mercado laboral,
- padres desorientados y ambivalentes hacia su “nuevo” rol
- altas exigencias, narcisismo y sentimientos depresivos.

Lo que refuerza la idea de lo importante que es un enfoque familiar en la terapia de los TCA y en el cambio social.

Es una opinión compartida por muchos autores que los psicofármacos actuales tienen una eficacia escasa, habiéndose constatado que en la AN no actúan sobre factores etiológicos o lo hacen de forma indirecta, y el uso que podemos hacer de los fármacos en este tipo de pacientes es obtener beneficios de sus efectos secundarios o tratar los síntomas de otros trastornos asociados: psicosis, depresión, ansiedad o TOC. (Advocat, 1995, Kotler, 2000, Pederson, 2003, Kaplan, 2003, Roerig, 2005, Claudino, 2006). También en la BN, aunque los resultados son más fructíferos, los estudios concluyen que su eficacia sigue siendo limitada (Chinchilla, 1993, Kruger, 2000, Mitchell, 2001). En consecuencia, desarrollar estrategias terapéuticas para intervenir sobre las estructuras familiares, mejorando la comunicación, favoreciendo liderazgos más definidos y menos ambivalentes, con un estilo democrático y una presencia de los padres que implique aceptación, pero que ponga límites firmes, administrados teniendo en cuenta las circunstancias, y organizando de forma adecuada los espacios para las comidas, tendrá un fuerte impacto en el desarrollo, el curso y el mantenimiento de los TCA

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

- 1. Se detectan diferencias estadísticamente significativas en la estructura de las familias del grupo de estudio (GE) y grupo control (GC) que influyen en la aparición y características de las patologías estudiadas, aunque estas discrepancias no parecen ser causa obligada para la aparición de dichos trastornos.**

- 2. Más concretamente las familias del GE difieren de las del GC en los siguientes aspectos:**
 - Tienen más antecedentes psiquiátricos, tanto en número como en la cercanía de los familiares afectados.
 - Manifiestan escasas habilidades para detectar, afrontar y resolver los problemas.
 - Las jerarquías familiares no están bien definidas y el liderazgo es difuso, aplicándose las normas de forma imprevisible o rígida.
 - Las relaciones afectivas entre los padres son más distantes o confrontadas.
 - Ambos padres tienen actitudes hacia sus hijos más complacientes y egoístas, con vínculos ambivalentes y poco afectuosos y, en el caso de las madres, con más ansiedad de separación y dependencia diádica.
 - Las expectativas de los padres hacia sus hijos están más polarizadas: o son exigentes y poco realistas o se desprecupan y los abandonan.
 - Hay más coaliciones de los hijos con el padre o la madre.
 - El control de la conducta es más distante.
 - Los padres se preocupan poco por la dieta o la imagen.
 - Hay una peor organización de las comidas familiares.

5. En cuanto a la estructura y características funcionales de las familias del GE, los rasgos diferenciales más significativos son:

- Una cuarta parte de las parejas de padres está compuesta por un miembro negligente y por otro funcional que compensa la funcionalidad de la pareja.
- El liderazgo familiar más numeroso es el atribuido a la madre, seguido del de ambos progenitores, el del padre y, por último, el de ninguno.
- El liderazgo más funcional es el compartido por ambos padres.
- Las familias con TCA son más negligentes que las del GC
- Las familias más funcionales son las que tienen unos padres que mantienen una buena relación afectiva y unas expectativas realistas hacia sus hijos, se organizan democráticamente, y son flexibles en la aplicación y sanción de la norma.
- En las familias con TCA se ha observado un continuum que va desde las familias con AN más rígidas y previsibles hasta las que tienen TCA NE, menos rígidas y más imprevisibles, encontrándose en una situación intermedia las familias con BN.
- Clasificando a las familias en función de su organización jerárquica y capacidad para ejercer sus funciones nutricias, y educadoras encontramos que las familias horizontales funcionales son las que tienen una mayor capacidad funcional, seguidas de las verticales funcionales, las verticales no funcionales y las horizontales no funcionales.
- Las madres del GE hacen vínculos excesivos y son más complacientes y egoístas, tanto en las familias verticales como en las horizontales independientemente de que sean funcionales o no.
- Los padres de los GE y GC en cambio son más parecidos entre sí que las madres de ambos grupos, todos dedican poco tiempo a sus hijos excepto los de las familias horizontales funcionales, que se manifiestan más responsables.
- En conjunto, podemos decir, que los GE y GC se diferencian sobre todo en la forma de vincularse padres y madres (más segura en el GC y baja o excesiva en el GE).

7. A modo de síntesis, se puede asegurar que las familias con riesgo de que aparezca un TCA tienen las siguientes características:

- El principal factor predictor de padecer un TCA es el desinterés de los padres por cómo comen sus hijos, seguido por la escasa preocupación de los padres por su propia imagen.
- En general se trata de familias ambivalentes (rígidas e imprevisibles) y con un ejercicio de la responsabilidad y el compromiso inestable, que oscilan entre la excesiva preocupación por la dieta y la despreocupación.
- Según el tipo de trastorno, las familias con AN son más consistentes que las que tienen BN, representando dos polos opuestos: Las primeras son rígidas, exigentes y preocupadas por la dieta. A las segundas les importa más la imagen, son más inestables, se desentienden de los problemas y pasan de las exigencias poco realistas al desinterés por sus miembros.

CAPÍTULO 7

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



- Advokat C, Kutlesic V: Pharmacotherapy of the eating disorders: a commentary. *Neurosci Biobehav Rev.* 1995; 19 (1): 59-66.
- Agnew, R., Huguley, S.: Adolescent violence toward parents. *Journal of Marriage and the Family.* 1989 51, 699-711.
- Ahrén-Moonga J, Silverwood R, Klinteberg BA, Koupil I.: Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study. *Am J Epidemiol.* 2009 1;170 (5):566-75.
- Alcover, CM: El estudio de los grupos en la Psicología Social. En Gil, F, Alcover CM (Ed): *Introducción a la Psicología de los Grupos.* Madrid, Ed. Pirámide. 2007.
- Allen KL, Byrne SM, Forbes D, Oddy WH.: Risk factors for full- and partial-syndrome early adolescent eating disorders: a population-based pregnancy cohort study. *J Am Acad Adolescent Psychiatry.* 2009 Aug, 48(8):800-9.
- Allen VL: Situational factors in conformity, en Berkowitz I (ed.): *Advances in experimental social psychology* (vol. 2), Nueva York, Academic Press. 1965.
- Allen VL: Social support for nonconformity, en Berkowitz I (ed.): *Advances in experimental social psychology* (vol. 8), Nueva York, Academic Press, 1975.
- Allport, GW: *Psicología de la Personalidad*, Ed. Paidós. 1965.
- Álvarez RG, Vázquez AR, Mancilla DJ M, Gómez-Peresmitré G: Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 2002: 19, 47-56.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR.* MASSON 2003
- Ames-Fraker J, Devlin MJ, Walsh BT, et al.: Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:90-6.
- 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.
- Andolfi, M: *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar.* Buenos Aires, Ed. Paidos. 1997
- Andolfi, M: *Terapia familiar.* Buenos Aires. Ed. Paidos. 1984.

- Antón G, Damiano, F: El Malestar de los Cuerpos. En Forte G, Pérez V (Comp.): El cuerpo, territorio del poder. Colección Avances N° 1. Colectivo Ediciones-Ediciones P.I.Ca.So. 2010.
- Ariès Ph., Duby G: Historia de la vida privada. Ed. Taurus, Buenos Aires, 1991; Tomo II, pp. 180.
- Asch SE: Effects of group pressure on the modification and distortion of judgments, en Guetzkow H (ed.): Groups, leadership and men, Pittsburgh, Carnegie, 1951.
- Asch SE: Issues in the study of social influence on judgment, en Berg IA, Bass BM (Eds.), Conformity and deviation, Nueva York, Harper & Brothers. 1961; 143-158.
- Asch SE: Studies of independence and conformity: A minority of one against an unanimous majority. Psychological Monographs. 1956; 70, 416.
- Ash BJ, Piazza E: Changing symptomatology in eating disorders. Int J Eat Disord. 1995; 18: 27-38.
- Baranowska B: Radzikowska M, Wasilewska-Dziubinska E et al.: Disturbed release of gastrointestinal peptides in anorexia nervosa and in obesity. Diabetes Obes Metab. 2000; 2: 99-103.
- Barbagelata N, Rodríguez A: Estructura familiar e identidad. Documentación Social. 1995; 98: 49-59.
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland, J: Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science. 1956; 1: 251-264.
- Bateson G: Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Lohle. Buenos Aires. 1976.
- Baumrind D: Rearing Competent Children, en Damon W (ed.), New Directions for Child Development: Adolescent Health and Human Behavior, San Diego, Jossey-Bass 1989.
- Baumrind D: The Development of Instrumental Competence through Socialization, en Pick AD (ed.), Minnesota Symposia on Child Psychology, Minneapolis, Univ. Minnesota Press. 1973 (7).
- Beck U: La sociedad del riesgo. Ed. Paidós. 1997.
- Beck U; Beck-Gesnsheim E: El normal caos del amor. Las nuevas formas de relación amorosa. Ed. Paidos. 1998.
- Bell RM: Holy America. Ed. The University of Chicago Press. Chicago. 1985.
- Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, et al.: Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. Am J Psychiatry. 2001; 158: 563-569.

- Bertalanffy V: Teoría general de los sistemas. Editorial Fondo de cultura económica. México. 1971: 10-19.
- Bilali A, Galanis P, Velonakis E, Katostaras T: Factors associated with abnormal eating attitudes among Greek adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2010; 42(5):292-8.
- Blumer, H.: Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método. Ed. Hora. Barcelona. 1982.
- 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.
- Bonne O, Lahat S, Kfir R, Berry E, Katz M, Bachar E: Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry*. 2003; 66 (3): 244-54.
- Bousoño M, González P; Bobes J.L: Neurobiología y etiopatogenia de la bulimia nerviosa. En: Bousoño M, (Ed.) *Psicobiología de la bulimia nerviosa*. Ed. Edide Oviedo. 1994; 43-82.
- Bowen M: *La terapia Familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Ed. Desclee de Bronwer. 1989; 39.
- Braun DL, Sunday S, Halmi K: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859-67.
- Brewerton TD, Jimerson DC: Studies of serotonin function in anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 1996; 62: 31-42.
- Brown N, Ward A, Surwit R, Tiller J, Lightman S, Treasure JL, Campbell LE: Evidence for the persistence of endocrine, metabolic and behavioural abnormalities in subjects recovered from anorexia nervosa. *Int J Eat Dis*. 2001.
- Bruch H: Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *J Nerv Ment* 1966; 141: 555-566.
- Bruch H: Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962; 24:187-194.
- Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR, Carter FA: Temperament, character and personality disorder in bulimia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183:593-598.
- Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD, et al.: Twin studies of eating disorders: a review. *Int J Eat Disord*. 2000; 27:1-20.
- C U, A VH, Cm B, R: Disordered eating and suicidal intent: The role of thin ideal internalisation, shame and family criticism. *Eur Eat Disord Rev*. 2011 Jan 3.
- Caille Ph: *Había una vez... Del drama familiar al encuentro sistémico*. Ed. Nueva Visión. 1990.

- Calvo Viñuela I, Aroca J, Armero M, Díaz J, Rico MA: Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria. *Nutr. Hosp.* 2002; 12(4): 219-222.
- Canals J, Sancho C, Arija MV: Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 18(6):353-9.
- Caparrós N. Sanfeliú I: *La Anorexia una locura del cuerpo.* Ed. Biblioteca Nueva. 1997.
- Carrillo V: Medios de comunicación y moda: su influencia en los TCA. En Rojo L, Cava G (Eds) *Anorexia Nerviosa.* Ed. Ariel Ciencias Médicas 2003.
- Carter FA, Bulik CM, McIntosh VV, et al.: Changes on the stroop tes following treatment: relation to word type, treatment condition, and treatment outcom among women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000; 28:349-355.
- Casper RC: The pathophysiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Annu Rev Nutr.* 1986; 6: 299-316.
- Castrillejo M: Clínica del vacío: psicoanálisis aplicado a los nuevos síntomas, en Cucagna A: *Ecos y matices en psicoanálisis aplicado.* Ed. Grama. Buenos Aires. 2005; p.30.
- Cathcart R, Gumpert G: Mediated Interpersonal Communication: Toward a New Typology. *Quarterly Journal of Speech.* 1983; 69:267-277.
- 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.
- Ceberio M, Watzlawick P: *La construcción del universo.* Editorial Herder. Barcelona 1998: pp 121-137.
- Chamblás I, Mathiesen M.E, 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.
- Channon S, Hemsley D, de Silva P: Selective processing of food words in anorexia nervosa. *Br J Clin Psychol.* 1988; 27: 259-260.
- Chinchilla Moreno A.: *Anorexia y bulimia nerviosas.* Ed. Ergon. 1994. pag 33-40.
- Chinchilla Moreno A: *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones.* Ed Mason. Barcelona. 2002.
- CIS (1991): Estudio 1.973. Ocio y familia. Microdatos.
- CIS (2000): Estudio 2.391. La televisión y los niños, en www.cis.es.
- CIS (2004): Estudio 2.578. Opiniones sobre la familia. Microdatos.
- CIS (2005): Estudio 2.126. Barómetro julio, en www.cis.es.

- Ciuro MA: Lecciones de Historia de la Filosofía del Derecho. Fundación para las Investigaciones Jurídicas. Rosario. 1991; Tomo II, pág. 108.
- Clarke MG, Palmer RL: Eating attitudes and neurotic symptoms in university students. *Br J Psychiatry* 1983; 142:299-304.
- Claudino AM, Hay P, Lima MS, Bacaltchuk J Schmidt U, Treasure J: Antidepressants for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 25;(1):CD004365.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50: 975-990.
- Cnattingius, S; Hultman CM, Dahl M, et al.: Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 634-638.
- Coontz S: Historia del matrimonio. Ed. Gedisa S.A. 2006.
- Coppen AJ, Gupta RK, Eccleston EG, et al.: Letter: Plasma-tryptophan in anorexia nervosa. *Lancet*. 1976; 1: 961.
- Corcos L, Guilbaud O, Chaouat G, Cayol V, Speranza M, Chambry J, et al.: Cytokines and anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 2001; 63(3):502-4.
- Cordella P, Castro L, Díaz C, Zavala C, Lizana P: Eating disorders inventory scores among mothers of adolescents with and without eating disorders. *Rev Med Chil* 2009 Jun; 137(6):785-90.
- Cordero ED, Israel T: Parents as protective factors in eating problems of college women. *Eat Disord*. 2009; 17(2):146-61.
- Cornell CP, Gelles RJ: Adolescent-to-parent violence. *Urban Social Change Review*. 1982; 15 (1), 8-14.
- Crago M, Shisslak CM, et al.: Protective factors in the development disorders, Siriegel Moore RH, Smolak, Linda (ed.), *Eating Innovative directions in research and practice*. 2001; 12(205):75-89.
- Crisp AH, Harding B, McGuinness B: Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: relationship to prognosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1974; 18, 167-173.
- Crisp A, Palmer R, Kalucy R: How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Br J Psychiatr* 1976; 128: 549-554.
- Crisp AH, Toms DA Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male: Report on 13 cases. *Br Med J* 1972; 1: 334-338.
- Crutchfield RS: Conformity and character. *American Psychologist*, 1955; 10:191-198.
- Cusinato M: Psicología de las Relaciones Familiares. Editorial Herder. España: 1992; 35-334.

- Cyrulnik B.: El amor que nos cura. Ed. Gedisa. Barcelona. 2006.
- Dallos R.: Sistema de creencias familiares. Editorial Paidós. Barcelona: 1996; pp 78-98.
- 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.
- Davies E, Furham A: Body satisfaction in adolescent girls. *Br J Psychology* 1986; 59:279-87.
- De la Gándara JJ: El síndrome del espejo. Ed. Debate (En prensa).
- De la Gándara Martín JJ; Mateos Agut M; Benito Sánchez JA; Vicente García J; Sanz Cid B; Martín Martínez E: Sistema opioide y trastornos de la alimentación. *Revisiones en Psicofarmacología* 2000; Vol IV, Nº 1.
- De la Gándara Martín JJ: Posmodernidad y Salud Mental. Ed. Intersalud 2011.
- De Miguel A, De Miguel I: Nuestros Hijos. Fundación Solidaridad-Carrefour, Madrid. 2002.
- Delvene V, Goldman S, De Maertelaer V, Simon Y, Luxen A, Lostra F: Brain hypometabolism of glucose in anorexia nervosa: normalization after weight gain. *Biol Psychiatry*. 1996; 40 (8):761-768.
- Delvene V, Lotstra F, Goldman S, Biver F, De Maertelaer V, Appelboom-Fondu J, et Alt.: Brain hypometabolism of glucose in anorexia nervosa: a PET scan study. *Biol Psychiatry* 1995; 37(3):161-9.
- Devaud C, Michaud PA, Narring F: Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995; 43(4):347-60.
- Di Pentima L, Magnani M, Tortolani D, Montecchi F, Ardovini 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.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
- Díaz-Marsá M, Carrasco JL, López-Ibor JJ, Sáiz J: A study of personality in eating disorders. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998; 26(5):288-96.
- Díaz-Marsá M, Carrasco Perera JL., Prieto López R, Sáiz Ruiz J: El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 1999; 27:43-50.
- Díaz-Usdivaras, C.M: El ciclo del divorcio en la vida familiar. *Rev. Sistemas Familiares*, nº 15, año 1996, Buenos Aires.

- Dyrenforth S.R, Wooley OW; Wooley SC: A woman's body in a man's world: a review of findings on body image and weight control. En Kaplan JR (Ed.): A woman's conflict: the special relationship between women and food. Englewood Cliff: Prentice Hall. Nueva York. 1980.
- Eagles JM, Andrew JE, Johnston MJ et al: Season of birth in female with anorexia nervosa in Northeast Scotland. *Int J Eat Disord* 2001; 30:167-175.
- Edmunds H, Hill AJ: Dieting and the family context of eating in Young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*. 1999; 24, 435-440.
- Eisenberg MA, Neumark-Sztainer D, Story M: Association of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2003; 157:733-738.
- Elias N: El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas, México, Fondo de Cultura Económica. 1989.
- Ellison Z, Foong J, Howard R et al.: Functional anatomy of calorie fear in anorexia nervosa [letter]. *Lancet*. 1998; 352:1192.
- Elzo J: Los Jóvenes y la Felicidad (¿Dónde la buscan? ¿Dónde la encuentran?) Ed. PPC. 2006.
- Elzo J, Orizo FA (eds.): España 2000: Entre el localismo y la globalidad. Fundación SM. Madrid. 2000
- Elzo J, Megías I, Méndez S, Navarro FJ, Rodríguez E: Tipología. En Megías E (Coord.) Hijos y Padres: comunicación y conflictos Madrid FAD. 2002.
- Enten RS, Golan M.: Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*. 2009; 52(3):784-7.
- Espina A, Pumar B, García A, Ayerbe A: Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familias*. 1995; 27:5-17.
- Espíndola CR, Blay SL: Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(4):707-16.
- Fahy T, Eisler J: Impulsivity and Eating disorders. *British Journal of Psychiatry*. 1993; 162: 193-197.
- Fairburn C G, Beglin SJ: Studies of the epidemiology of Bulimia. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:401-408.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL: Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1999; 56:468-476.

- Fäldt Ciccolo EB: Exploring experience of family relations by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa using a projective family test. *Psychol Rep.* 2008; 103(1):231-42.
- Fallon A: Culture in the mirror: sociocultural determinants of body images. En Cash TF, Pruzinsky T (Eds.), *Body images: development, deviance and change*, Guilford, Nueva York. 1990; 80-109.
- Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G: The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Compr Psychiatry.* 2009; 50(3):232-9.
- Felker KR, Stivers C: The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence* 1994; 29(116):821-34.
- Ferrer L, Castro C: *Las fronteras del enigma (ensayo etiopatogénico de la anorexia nerviosa)*. Asociación Galega de Saude Mental. 2003.
- Festinger L: *A theory of cognitive dissonance*. Evanston Ill. Row Peterson, 1957.
- Fichter MM, Doerr P, Pirke KM et al.: Behavior attitude, nutrition and endocrinology in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 66: 429-444.
- Finzer P, Haffner J, Muller-Kupfers M: Course and prognosis of anorexia nervosa: catamnesis of 41 patients. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 1998; 47(5):302-13
- Flandrin, JL: *Orígenes de la familia moderna*. Ed. Grijalbo. Barcelona. 1979
- Foley DL, Thacker LR, Aggen SH, et al.: Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins. *Am J Med Genet.* 2001; 105: 426-431.
- Fombonne E: Anorexia nervosa, no evidence of an increase. *Br J Psychiatry.* 1995; 166: 462-471.
- Foson A, Knibb J, Bryant-Waugh R, Lask B: Early onset of Anorexia Nervosa. *Arch. Bi Childhood.* 1987; 62: 114-118.
- Foulkes SH, Anthony EJ: *Psicoterapia analítica de grupo*. Ed. Paidós 1964
- Fox JR, Power M J: Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clin Psychol Psychother.* 2009; 16(4):240-67.
- Freud S: *Introducción al narcisismo 1914*. Obras completas. Vol. XIV. Ed. Amorrortu 1979.
- Freud S: *Tres ensayos sobre la teoría sexual 1905*. Obras completas Vol. VII. Ed. Amorrortu 1978.
- Freud S: *La novela familiar del neurótico. 1909*. Obras Completas, Tomo IX, pp. 217-220, editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1979.

- Freud S: Tótem y tabú. 1913. Obras completas Vol. XII. Ed. Amorrortu 1978.
- Gabbard GO: Principios Básicos de la Psiquiatría Psicodinámica. En Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Ed Médica Panamericana. 2000.
- Gambill CL: Anorexia and bulimia in girls and young women. recertification series. Physician Assistant 1998; 22:18,20,25-7.
- García Resa E: Etiopatogenia de la anorexia nerviosa. En Chinchilla Moreno A: Trastornos de la conducta alimentaria.. Ed Masson 2002. pp. 21-22.
- Garfinkel PE, Lin B, Goering P, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. Am J Psychiatry 1995; 152;7:1052-1058.
- Garner AF, Marcus RF, Halmi, K, Loranger AW: DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. Am J Psychiatry 1989; 146:1585-91.
- Garner DM, Garfinkel PE: Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol Med. 1980; 10: 647-651.
- Garner DM, Garfinkel PE: Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. Ed. Bruner-Mazel. New York. 1982.
- Garner DM, Olmstead M, Polivy J: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int. Journ Eating Disorders. 1983; 2(2):15-34.
- Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, et al.: Cultural expectations of thinness in women. Psychol Reports 1980; 47:483-91.
- Garner DM, Garfinkel PE.: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. Psychol Med. 1979; 9:273-279.
- Gautier JF, Chen K, Uecker A, Bandy D, Frost J, Salbe AD, Pratley RE, Lawson M, Ravussin E, Reiman EM, Tataranni PA: Regions of the human brain affected during a liquid-meal taste perception in the fasting state: a positron emission tomography study. Am J Clin Nutr 1999; 70(5):806-10.
- Gensicke P: Anorexia nervosa - a familial socialization déficit. Z Psychosom Med Psychoanal. 1979; 25(3):201-15
- Gershon ES, Schreiber JL, Hamovit JR et al.: Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives, Am. J. Psychiatry, 1984; 141,1419-1422.
- Giddens A: La transformación de la intimidad. Cátedra, Madrid 1995
- Gillett KS, Harper JM, Larson JH, Berrett ME, Hardman RK: Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. J Marital Fam Ther. 2009; 35(2):159-74.

- Goodwin GM, Shapiro CM, Bennie J et al.: The neuroendocrine responses and psychological effects of infusion of L-tryptophan in anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 1989; 19: 857-864.
- Gordon CM, Dougherty DD, Fischman AJ et al.: Neural substrates of anorexia nervosa: a behavioral challenge study with positron emission tomography, *J. Pediatr.* 2001; 139: 51-57.
- Gordon CM, Dougherty DD, Rauch SL, Emans SJ, Grace R, Lamm R, Alpert NM, Majzoub JA, Fischman AJ.: Neuroanatomy of human appetitive function: A positron emission tomography investigation. *Int J Eat Disord.* 2000; 27(2):163-71.
- Gotestam KG; Agras WS.: General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995; 18(2):119-26.
- Gouldner AW: The norm of reciprocity. *American Sociological Review*, 1960; 25: 161-178).
- Greenough WT, Black JE, Wallace CS: Experience and brain development. *Child Dev* 1987; 58:539-559.
- Grice DE, Halmi KA, Fichter M et al.: Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am. J. Hum. Genet*, 2002; 70, 787-792.
- Guerro D, Barjau JM: Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En Chinchilla, A.: *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones.* Ed Mason. Barcelona. 2002.
- Gull W: *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica,* *Trans Clin Soc. Londres.* 1874; 22-28.
- 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.
- Halford JC, Blundell JE: Pharmacology of appetite suppression, *Prog. Drug Res.* 2000; 54: 25-58.
- Hall A, Hay PJ: Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psycho Med* 1991; 21: 697-701.
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P, et al: Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatr.* 1991; 48:712-718.
- Halmi KA, Goldberg SC, Eckert E et al. Pretreatment evaluation in anorexia nervosa. En: Vigerky R (comp.): *Anorexia nervosa.* New York: Raven Press, 1977.
- Halmi K: Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. En *Autoevaluación y actualización en Psiquiatría.* Ed. American Psychiatric Association. 2001.

- Halmi KA, Sunday SR, Strober M et al.: Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am. J. Psychiatry*, 2000; 157, 1799-1805.
- Halmi K: Anorexia nervosa demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosom Med* 1974; 36: 18-26.
- Hamilton K, Waller G: Media influences on body size estimation in anorexia nervosa and bulimia. An experimental study. *Br J Psychiatry* 1993;162:837-40.
- Harel Z, Hallett J, Riggs S, Vaz R, Kiessling L: Antibodies against human putamen in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2001; 29(4):463-9
- Haycraft E, Blissett J: Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*. 2010; 54(1):221-4.
- Heatherton TF, Nichols P, Mahamedi F, Keel P: Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 1623-1629.
- Herzog DB, Copeland PM: Eating disorders. *N Engl J Med*. 1985; 1;313(5):295-303.
- Herzog DB, Keller MB, Lavori PW: Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 176(3):131-43.
- Higgs JF, Goodyer N, Birch J: Anorexia Nervosa and food avoidance emotional disorder. *Arc Dis Childhood* 1989; 64:346-251.
- Hobsbawm E: La era de la revolución. Barcelona, Labor Universitaria, 1991, págs. 17 y 18.
- Hoek HW, Bartelds AL, Bosveld van der Graaf I, Limpens VE, Maiwald M et al.: Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (9): 1272-8.
- Holland AJ, Sicotte N, Treasure J: Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *J Psychosom Res* 1988; 32: 561-71.
- Homans, C.G.: *Social behavior: Its elementary forms* (rev. ed.) New York: Harcourt, Brace, and World. 1974.
- Hsu LK: Outcome of anorexia nervosa. A review of the literature (1954-1978). *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1041-6.
- Hudson, J L, Pope HG, Jonas JM, Yurgelun-Todd D: A family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry* 1983; 142, 133-138.
- Humphries L, Vivian B, Stuart M, McClain CJ: Zinc deficiency and eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1989; 50(12): 456-9.
- Hurstel F: Psychopathologie ordinaire du lien familial. *Enfant sujet, parents objets?*. *Le Journal des Psychologues*. 2004; 213: 21.

- Hyman SE: Looking to the future: the role of genetics and molecular biology in research on mental illness, in *Psychiatry in the New Millennium*. Edited by Weissman S, Sabshin M, Eist H. Washington DC, American Psychiatric Press, 1999, 101-122.
- INE: Encuesta Empleo del Tiempo 2002-2003, elaboración propia sobre los microdatos. Submuestra correspondiente a hogares con cónyuges de 20 a 60 años. 2004.
- INE: Censo de la población de 2001 en www.ine.es.
- Inglehart R, Welzel C: *Modernización, cambio cultural y democracia: del desarrollo humano*. Centro de Investigaciones Sociológicas 2004.
- Inglehart R: *Modernización y Post-modernización: El cambio cultural económico y político en 43 sociedades*. Centro de Investigaciones Sociológicas 1998.
- INJUVE: Encuesta ocio y tiempo libre, noche y fin de semana, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, EJ077/2002 en www.mtas.injuve.es.
- INJUVE: Encuesta relaciones familiares, emancipación, igualdad hombre-mujer, EJ076/2002 en www.mtas.injuve.es.
- INJUVE: Encuesta sobre violencia, inmigración, teléfono móvil e internet, EJ091/2003 en www.mtas.injuve.es.
- INJUVE: Encuesta ocio y tiempo libre, noche y fin de semana, consumo de alcohol e inmigración, EJ100/2004 en www.mtas.injuve.es.
- INJUVE: *Informe de la Juventud, 2004*, Instituto de la Juventud, Madrid (Aguinaga J, Andreu J, Cachón L, Comas D, López A, Navarrete L) 2005.
- Iturrieta S: *Conflictos familiares ¿Cómo resolverlos?*. CED Universidad Católica del Norte 2001.
- Jacobi C, Schmitz G, Agras WS: Interactions between disturbed eating and weight in children and their mothers. *J Dev Behav Pediatr*. 2008; 29(5):360-6.
- Jacobi C, Agras WS, Harmmer L: Predicting children's reported eating disturbances at 8 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001; 40, 364-372.
- Janet P: *The major symptoms of hysteria*. ED. Prentice Hall Paperback 1965.
- Jelin E: *Familia, crisis y después...*, en *Vivir en familia*, Buenos Aires, UNICEF/Losada, 1994, pp. 26.
- Johnson C, Connors ME: *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. New York: Basic Books, 1987.
- Jonckheere P: The body as hostage of the self. Phenomenological aspects of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Belg*. 1988; 88(2):105-16.

- Jones D: Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, N.Y. 1960-1976. *Psychosom Med* 1980; 42: 551-558.
- Kalucy RS, Crisp AH, Harding B: A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*. 1977; 50, 381-95.
- Kandel ER: A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 457- 469.
- Kandel ER: From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1277-1293.
- Kandel ER: Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiologic research. *N Engl J Med*. 1979; 301:1028-1037.
- Kaplan AS.: Academy for Eating Disorders International Conference on Eating Disorders. Denver, CO, USA, May 29-31, 2003. *Expert Opin Investig Drugs*. 2003; 12(8):1441-3.
- Karwautz A, Rabe-Hesketh S, Hu X, Zhao J, Sham P, Collier AD, Treasure JL : Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*. 2001; 31: 317-329.
- Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME et al.: Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiat* 1989; 146:1468-71.
- Katzman DK, Zipursky RB, Lambe EK, Mikulis DJ: A Longitudinal Magnetic Resonance Imaging Study of Brain Changes in Adolescents With Anorexia Nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997; 151(8):793-797.
- Kaye WH, Ebert MH, Raleigh M, et al: Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:350-355.a.
- Kaye WH, Frank GK, Meltzer CC, Price JC, McConaha CW, Crossan PJ, Klump KL, Rhodes L: Altered serotonin 2A receptor activity in women who have recovered from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(7):1152-5.
- Kaye WH, Gwirtsman HE, George DT et al.: CSF 5-HIAA concentrations in anorexia nervosa: reduced values in underweight subjects normalize after weight gain. *Biol. Psychiatry* 1988; 23: 102-105.
- Kaye WH, Strober M: Neurobiology of eating disorders, en Chamey D, Nestler EJ, Bunney BS (eds.) *Neurobiological Foundations of Mental Illness*, Nueva York, Oxford University Press 1990; 891-906.
- Kaye WH, Ebert MH, Gwirtsman HE, Weiss SR: Differences in brain serotonergic metabolism between nonbulimic and bulimic patients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1984; 141: 1159-1161.b.
- Kendler KS, MacLean C, Neale M, et al.: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 1627-1637.

- Kennedy SH, McVeil G, Katz R: Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Psychiat Res* 1990; 24, 259-269.
- Kernberg O: *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York, Jason Aronson. 1975.
- Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor HL: *The biology of human Starvation*. University of Minnesota Press: Minneapolis. 1950.
- King A: Primary and secondary anorexia nervosa syndromes. *Br J Psychiatry*. 1963; 109:470-9.
- Kingston, K; Szukler, G; Andrewes, D; Tress, B; Desmond, P: Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychol Med*. 1996; 26(1): 15–28.
- Kleifield EI, Sunday S, Hurt S, et al: EI TPQ: The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *J Psychiatry Res* 1994; 28:413-423.
- Klump AS: Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eat Behav*. 2008; 9(4):471-83.
- Klump KL, Biuk CM, Pollice C: Temperament and character in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188,559-567.
- Klump KL, Miller KB, Keel PK, et al.: Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population based twin sample. *Psychol Med*. 2001; 31: 737-740.
- Kortegaard LS, Hoerder K, Joergensen J, et al.: A preliminary population- based twin study of self-reported eating disorder. *Psychol Med*. 2001; 31: 361-365.
- Kotler LA, Walsh BT: Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 9 Suppl 1:1108-16.
- Krieg JC, Pirke KM, Lauer C, Backmund H: Endocrine, metabolic, and cranial computed tomographic findings in AN. *Biol Psychiatry*. 1988; 23: 377–87.
- Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, Collier D, Bernardo M, Granero R, Karwautz A, Nacmias B, Penelo E, Ricca V, Sorbi S, Tchanturia K, Wagner G, Fernández-Aranda F: Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors. *Br J Nutr*. 2009; 101(6):909-18.
- Krüger S, Kennedy SH: Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2000; 25(5):497-508.
- Kuba SA, Harris DJ: Eating disturbances in women of color: an explanatory study of contextual factors in the development of disordered eating in Mexican American women. *Health care women int*. 2001; 22(3): 281-98.

- Lacan J: La familia. Argonauta, Buenos Aires, 1978 (1938).
- Lacan J.: Clase 19. Introducción del Gran Otro. 25 de Mayo de 1955. En El seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Ed Paidós 1997.
- Laliberte M, Boland FJ, Leichner P: Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *J Clin Psychol.* 1999; 55(9):1021-40.
- Laplanche J; Pontalis JP: Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor. 1987.
- Largo Gómez R: Etiopatogenia de la bulimia nerviosa. En Chinchilla Moreno A: Trastornos de la conducta alimentaria. Ed Masson 2002. pp 31-32.
- Lasègue, C. : De l'anorexie hystérique. *Arch Gén Méd,* 1873; 385-403.
- Lear SA, Pauly RP, Birmingham CL: Body fat, caloric intake, and plasma leptin levels in women with anorexia nervosa. *Int J Eat.Disord.* 1999; 26: 283-288.
- LeGoff DB; Leichner P, Spigelman MN: Salivary response to olfactory food stimuli in anorexics and bulimics, *Appetite.* 1988; 11: 15-25.
- Leibowitz SE, Shor-Posner G: Brain serotonin and eating behavior. *Appetite* 1986; 7 (Supl): 1-14.
- Leichner P, Arnett J, Rallo JS et al.: An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *Int J Eat Dis* 1986; 5:969-82.
- Leichner P, Gertler A: Prevalence and incidence studies of anorexia nervosa. En: Blinder BJ ed.: *The eating disorders.* New York: P.M.A. Publishing Corp, 1988.
- Leonard T, Perpina C, Bond A, Treasure J: Assessment of test meal induced autonomic arousal in anorexic, bulimic and control females. *Eur Eat Disord Rev.* 1998; 6: 188-200.
- Levine MP, Smolak L, Moodey AF, Shuman MD, Hessen LD: Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *Int J Eat Disord.* 1994; 15(1):11-20.
- Lévi-Strauss C: La familia. En *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia.* Lévi-Strauss, C.; Spiro, Melford E.; Gough, Kathleen. Ed Anagrama 1974.
- Lewin K: *Field theory in social science; selected theoretical papers.* D. Cartwright (Ed.). New York: Harper & Row. 1951.
- Lewin KA: *dynamic theory of personality.* McGraw Hill. New York. 1935.
- Lewis RA, Duncan SF: How Fathers Respond When Their Youth Leave and Return Home. *Prevention in Human Service.* 1991; 8:223-234.
- Lijntjens C: Conferencia sobre la familia. *Virtualia.* 2006; 5(15):1.

- Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG et al.: A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen.Psychiatry*. 1998; 55: 603-610.
- Limbert C: Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *12 Health Care Women Int*. 2010; 31(2):170-8.
- Lipovetsky G, Juvin H: *Occidente globalizado*. Ed Anagrama 2011.
- Lipovetsky G: *Metamorfosis de la cultura liberal. Ética, medios de comunicación, empresa*. Anagrama. Barcelona. 2003.
- Liu Y, Gao J-H, Liu H-L, Fox PT: The Temporal Response of the Brain after Eating Revealed by Functional MRI. *Nature* 2000; 405: 1058-1062.
- Livianos L, Rojo-Moreno L: ¿Son realmente más frecuentes los Trastornos de la Conducta Alimentaria? Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. 2001.
- López B, Nuño BL, Arias AG: Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. *IMSS*. 2006.
- López F: Psicoanálisis y psicología evolutiva. En Marchesi, A.; Carretero M, Palacios J (comp.): *Psicología evolutiva 1. Teorías y métodos*. Ed. Alianza Psicología 1989.
- Lowen A.: *Il narcisismo. L'identità rinnegata*. Edizioni Feltrinelli. 1985.
- Lowen A: *El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo*. Ed Paidós. Barcelona 2000.
- Lucas AR: The eating disorder 'epidemic': more apparent than real. *Pediatr Ann*. 1992; 21: 746-751.
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT: 50 year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatr* 1991; 148:917-922.
- Lucas AR, Duncan JW, Piens V: The treatment of anorexia nervosa. *Am J Psych*. 1976; 133-139: 1034-1038.
- Liotard J F: *La condición postmoderna*. Cátedra. Madrid. 1989.
- MacCoby EE, Martin JA: Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction, en Hetherington EM (ed.), *Handbook of Child Psychology*. Vol. IV. Cap. 9: 1-102. New York: Wiley. 1983.
- Mandianes M: Semana Santa y Postmodernidad. En *Tribuna: El Mundo* 22 de abril de 2011 pp 11.
- Manzano J, Palacio F, Zilkha N: Los escenarios narcisistas de la personalidad. *Clínica de la consulta terapéutica*. Ed. Asociación Altxa. Bilbao 2002.
- Marina JA: *Crónicas de la ultramodernidad*. Anagrama. Barcelona, 2000.

- Marina JA: Después del posmodernismo... el ultramodernismo. *Redes*. 2003; Junio nº 11, pp. 9-29.
- Marrazzi MA, Kinzie J, Luby ED: A detailed longitudinal analysis on the use of naltrexone in the treatment of bulimia. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10(3):173-6
- Martínez E, Toro J, Salamero M, Blecua J, Zaragoza M: Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1993; 20: 51-65.
- Mateos Agut M, de la Gándara JJ: Psicoterapia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 2003; 67-68, 34-45.
- Mateos Agut M, Ruiz Molina J M, Mateos Agut J, Esparza Rodríguez de Trujillo J: Reflexiones sobre los equipos ante la demanda por alcoholismo y sus estrategias de intervención. En *Los Equipos interdisciplinarios de drogodependencias: Estructura, Estrategias y Evaluación*. Eds Mateos M, Moradillo F, Mateos J ED *Socidrogalohol* 1995.
- Matilla K: El pequeño grupo monosintomático de orientación lacaniana. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*. 2007; 26 :76-84.
- Mazur A: U.S. trends in feminine beauty and over-adaptation. *J Sex Res*. 1986; 22: 281-303.
- McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'callahan MJ, Bor W: Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatr*. 2010; 99(1):68-71.
- McGoldrick G: *Genogramas en la evaluación familiar*. Editorial Gedisa. Barcelona 2000: 47-59.
- Meil G: La familia española en el contexto de la Unión Europea. *Revista Arbor*. CSIC. 2004; 702:421-450.
- Meil G: El reparto de responsabilidades familiares y domésticas en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales. 2005b.
- Meil G: Pareja y familia en el horizonte vital de las nuevas generaciones. *Revista de Juventud*. 2004b; 67:39-54.
- Meil G.: *Encuesta relaciones padres-hijos*, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid 2005.
- Meil G.: *Padres e hijos en la España actual*. Colección Estudios Sociales. Fundación la Caixa. 2006; nº 10.
- Mellin AE, Neumark-Sztainer D, Patterson J, Sockalosky J.: Unhealthy weight management behavior among adolescent girls with type 1 diabetes mellitus: the

- role of familial eating patterns and weight-related concerns. *J Adolesc Health*. 2004 Oct; 35(4):278-89.
- Meyers P, Biocca FA: The elastic body image: The effect of Television advertising and programming on body image distortion in young women. *J. Commun* 1992; 42: 108-133.
- Milgram S: Obediencia a la autoridad. Las influencias del grupo en la formación de normas y actitudes, en Torregrosa JR, Crespo E (comp.): *Estudios básicos de Psicología Social*, Barcelona: Hora. 1984.
- Minuchin S, Fishman C: *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa. Barcelona. 1999.
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L: *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press. 1978.
- Minuchin S: *Técnicas de terapia familiar*. Ed. Paidós Barcelona. 1984.
- Mitchell JE, Peterson CB, Myers T, Wonderlich S: Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001; 24 (2): 315-23.
- Mizrahi ML: *Familia, Matrimonio y Divorcio*, Buenos Aires, Astrea, 2001, pág. 19.
- Monteleone P; Di Lieto A, Tortorella A. et al.: Circulating leptin in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge-eating disorder: relationship to body weight, eating patterns, psychopathology and endocrine changes. *Psychiatry Res*. 2000; 94: 121-129.
- 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.
- Morgan GJ, Mayberry JF: Common gastrointestinal disease and anorexia nervosa in & british dietitians. *Public Health* 1983; 97: 166-170.
- Morgan HG, Russell GFM: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome of anorexia nervosa; four year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med* 1975; 5: 355-371.
- Müller B, Wewetzer C, Jans T, Holtkamp K, Herptz SC, Warnke A, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B: Personality disorders and psychiatric comorbidity in obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001; 69(8):379-87.
- Munk Jorgensen P, Moller Madsen S, Nielsen S, Nystrup J: Incidence of eating disorders in psychiatric hospitals and wards in Denmark, 1970-1993. *Acta Psychiatr. Scand*. 1995; 92: 91-96.
- Musitu G. (ed.): *Familia y Educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Labor. Barcelona. 1988.

- Musitu G, Buelga S, Lila MS: Teoría de sistemas. En Musitu G, Allat P (Eds.): *Psicosociología de la familia*. ED. Albatros .Valencia 1994.
- Nagel KL, Jones KH: Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolescence*. 1992; 27 (105): 107-113.
- Nakai Y, Hamagaki S, Kato S et al.: Leptin in women with eating disorders. *Metabolism*. 1999; 48: 217-220.
- Numark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S, Hannan PJ, Story M, Berge JM: Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls?. *J Adolesc Health* 2010; 47(3):270-6.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Falkner NH, Trish B, Resnick MD: The role of family and other social factors. *Disordered Eating among adolescents with chronic illness and disability*. *Arch Gen Psy* 1999; 56: 468-476.
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA: Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. *J Adolesc Health*. 2004; 35(5):350-9.
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Sherwood NE: Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: implications for prevention and treatment. *Int J Eat Disord*. 2009; 42(7):664-72.
- Neumark-Sztainer D, Mary Story M, Resnick Blum RW: Lessons Learned About Adolescent Nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey. *Journal of the American Dietetic Association*. 1998; 98(12):1449-1456.
- Ochoa de Alda I: *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Editorial Herder. 1995; 36-42, 127.
- 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.
- Onnis L: *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*. Editorial Paidós. México. 1990 pp 72-83, 67,71.
- Overbeck A: Reciprocity of intrapsychic and interpersonal processes in anorexia nervosa: observations and interpretations from the therapy of the family. *Z Psychosom Med Psychoanal*. 1979; 25(3):216-39.
- Pagelow MD: The incidence and prevalence of criminal abuse of other family members. En Ohlin L, Tonry M (eds): *Family violence*. Chicago: University of Chicago Press. 1989; 12:263-313.
- Palacios, J, Rodrigo JM: La familia como contexto de desarrollo humano. En Rodrigo, JM, Palacios J: *Familia y desarrollo humano*. Ed. Alianza 2003 p 33.

- Palmer TA: Anorexia nervosa, bulimia nervosa: causal theories and treatment. *Nurse Pract* 1990; 15(4): 12-18,21.
- 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): 101-106.
- Parsons T, Bales R (comps.): *Family, socialization and interaction process*. Nueva York: Free Press. 1955.
- Paulson M.J, Coombs RH, Landsverk J: Youth who Physically Assault their Parents, *Journal of Family Violence*. 1990; 5, 2: 121–133.
- Pawluck DE, Gorey KM: Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population based studies. *Int J Eat Disord* 1998; 23(4):347-52.
- Pederson KJ, Roerig JL, Mitchell JE.: Towards the pharmacotherapy of eating disorders. *Expert Opin Pharmacother*. 2003; 4 (10): 1659-78.
- Peek CW, Fischer JL, Kidwell JS: Teenage violence toward parents: A neglected dimension of family violence. *Journal of Marriage and the Family*. 1985; 47 (4), 1051- 1058.
- Peicheler G, Moscovici S: Conformidad simulada y conversión. En *Psicología Social I, influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos*. Ed. Paidós 1991pp175-210.
- Pike KM, Rodin J: Mothers, daughters and disordered eating. *J Abn Psychol*. 1991; 3(4):3-13.
- Quiles Marcos Y, Terol Cantero MC: Assesment of social support dimensions in patients with eating disorders. *Span J Psychol*. 2009; 12(1):226-35.
- Rastam M, Bjure J, Vestergren E, Uvebrant P, Rillberg IC, Wentz E et alt.: Regional cerebral blood flow in weight-restored anorexia nervosa: a preliminary study. *Dev Med Child Neurol*. 2001; 43(4): 239-42.
- Rausch Herscovici C, Bay L: Anorexia y Bulimia Nerviosa. Amenazas a la autonomía. *Terapia Familiar*. Editorial Paidós. 1997 pp 62-67.
- Ravioli A: La familia monoparental como manifestación de la Posmodernidad. *Investigacion y Docencia*, Vol 38. 2005.
- Raymond NC, Dysken M, Bettin K, Eckert ED, Crow SJ, Markus K et alt.: Cytokin production in patients with anorerxia nervosa, bulimia nervosa, and obesity. *Int J Eat Disord*. 2000; 28(3):293-302 .
- Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM: Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eat Behav*. 2010; 11(1):54-61.

- Recalcati M: Lo homogéneo y lo aleatorio: una aplicación del psicoanálisis a la clínica del grupo monosintomático, en *Clínica del vacío*. Síntesis 2003 p. 315.
- Reich W: *Análisis del carácter*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1965.
- Reiss D, Hetherington EM, Plomin R, et al: Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52:925-936.
- Robinson PH: Perceptivity and paraceptivity during measurement of gastric emptying in anorexia and bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1989; 154: 400-405.
- Robinson PH, Clarke M, Barrett J: Determinants of delayed gastric emptying in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Gut*. 1988; 29: 458-464.
- Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H: Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: a sociocultural model. *Body Image*. 2009; 6(3):171-7.
- Rodrigo MJ, Palacios J: Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En Rodrigo MJ, Palacios J (coords.): *Familia y desarrollo humano*. ED. Alianza. Madrid 2004.
- Roerig JL; Mitchell JE, Steffen KJ: New targets in the treatment of anorexia nervosa. *Expert Opin Ther Targets*. 2005; 9 (1): 135-51.
- Rolland J: *Familias, enfermedad y discapacidad*. Gedisa. Barcelona. 2000 pp 67-159.
- Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E: The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord*. 2000; 5(2):52-61.
- Rousel L: *La famille incertaine*. J. Odile, París. 1989.
- Russell GFM: La esencia de la Anorexia Nerviosa: Evaluación histórica y síntomas principales. En: Rojo L, Cava G (Eds.): *Anorexia Nerviosa*., ed. Ariel Ciencias Médicas, Barcelona. 2003; 17-27.
- Rutherford J, McGuffin P, Katz RJ et al.: Genetic influences on eating attitudes in a normal female twin population. *Psychol. Med*. 1993; 23: 425-436.
- Samper P, Cortés MT, Mestre V, Nacher MJ, Tur AM: Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema* 2006; 18(2): 263-271.
- Sánchez Planell L. *Bulimia nerviosa*. Monografías de psiquiatría. Marzo-Abril 1997. Año IX. N.2.
- Sansone RA, Fine MA, Seufferer S, et al.: The prevalence of borderline personality symptomatology among women with eating disorders. *J Clin Psychol* 1989; 45:603-10.

- Sayin A, Kuruoğlu AC: A male anorexia nervosa case and its discussion from dynamic point of view. *Turk Psikiyatri Derg.* 2004; 15(2): 155-60.
- Schatz CJ: The developing brain. *Sci Am.* 1992; 267:60-67.
- Scheff TJ: Cognitive and emotional conflict in anorexia: reanalysis of a classic case. *Psychiatry.* 1989; 52(2):148-61.
- Scheinberg Z, Bleich A, Koslovsky M, Apter A, Mark M, Kotler BM et al.: Prevalence of eating disorders among female Israel defence force recruits. *Harefuah* 1992; 123:73-78,156.
- Schmidt U, Humfress H, Treasure J: The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review.* 1997; 5: 184-207.
- Schwarz RC, Barrer MJ, Baban G. Citado por: Vaz Leal FJ, Jarabo Crespo Y: Intervención Familiar en bulimia nerviosa de evolución crónica. *Redes.* 1997; 3: 11-25.
- Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A: Los juegos psicóticos en la familia. Paidós. 1991.
- Selvini PM, Cirillo S, Sorrentino AM: Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar. 1ª edición. Editorial Paidós. Barcelona. 1999 pp 20-229.
- Sherif M: Conflicto y cooperación, en Torregrosa JR, Crespo E (comps): *Estudios de Psicología Social*, Barcelona: Hora 1984 pp 585-606.
- Shomaker LB, Furman W: Interpersonal influences on late adolescent girls' and boys' disordered eating. *Eat Behav.* 2009; 10(2):97-106.
- Silverstein B, Perdue LL, Peterson B, Kelly E: The role of the mass media and promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex roles.* 1986; 14 (9/10).
- 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.
- Simón MJ, Triana B, González B: Vida familiar y representaciones de la familia. En Rodrigo MJ, Palacios J (Coords): *Familia y Desarrollo Humano*. Ed. Arlanza. Madrid 1988. pp. 297-315.
- Simon, F. B.; Stierling, H.; Winne, L. C.: *Vocabulario de terapia familiar*. ED. Gedisa. 1988.
- Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Kellman HD, Doige N, Davies M: Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord.* 1993; 14(4):403-16.

- Smolak L, Levine MP, Schermer F: Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int Eat Disord*. 1999; 25(3):263-71.
- Sokol MS: Infection-triggered anorexia nervosa in children: Clinical description of four cases. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2000; 10(2): 133-45.
- Spitz R: *El primer año de vida del niño*. Ed. Aguilar. 1966.
- Steiger H, Van der Feen J, Goldstein C, Leichner P: Defense Styles and Parental Bonding in Eating-Disordered Women. *Int J Eat Disord* 1989; (8): 131-140.
- Steiner H, Lock J: Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37 (4):352-9.
- Steinhausen HC, Glanville K: A long-term follow-up of adolescent anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 68, Issue 1: 1-10.
- Stice E, Agras WS, Hammer LD: Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord*. 1999; 25(4):375-87.
- Stierlin H: Family therapy--a science or an art?. *Family therapy--a science or an art?*. *Fam Process*. 1983; 22(4):413-23.
- Stiglitz, JE: *El malestar en la globalización*. Madrid, Alianza Universidad, 1994, pág. 30.
- Strober M, Morell W, Burroughs J et al: A controlled family study of anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 1985; 19:329-346.
- Strober M: Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. En: Johnson C (ed.). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1991; pp. 354-73.
- Strober M: Family-genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52: 9-12.
- Strober M, Freeman R, Lampert, C. et al.: Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 393-401.
- Strober M, Lampert C, Morrell W et al.: A controlled family study anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission of five disorders. *Int. J. Eating Disord*, 1990; 9: 239-253.
- Suomi SJ: Early stress and adult emotional reactivity in rhesus monkeys, in *Childhood Environment and Adult Disease (CIBA Foundation Symposium No. 156)*. Edited by Bock GR and CIBA Foundation Symposium Staff. Chichester, England, Wiley. 1991, pp 171-188.
- Suzuki T: Image Parentale des Troubles de la Conduite Alimentaire: par l'Instrument de Liaison Parentale, *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1994; (48): 755-771.

- Swanson H, Power K, Collin P, Deas S, Paterson G, Grierson D, Yellowlees A, Park K, Taylor L: 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.
- Szabo P, Tury F: Complications of eating disorders. *Orv Hetil* 1994; 135(20):1067-72.
- Takano A, Shiga T, Kitagava N et al.: Abnormal neuronal network in anorexia nervosa studied with I-123-IMP SPECT. *Psychiatry Research: Neuroimaging.* 2001; 107(1): 45–50.
- Tataranni PA, Cizza G, Snitker S, Gucciardo F, Lotsikas A, Chrousos GP, Ravussin E: Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sympathetic nervous system activities in Pima Indians and Caucasians. *Metabolism.* 1999; 48:395–399.
- Theander S: Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiat Scand* 1970 214(Suppl.): 1-194.
- Theander S: Anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand.* 1970; 214:1-300.
- Thelen MH, Cornier JF: Desire to be thinner and weight control among the children and their parents. *Behavior Therapy-* 1995; 26, 71-83.
- Thibaut JW, Kelley HH: *The social psychology of groups.* New York: Wiley. 1959.
- Toro J: *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad.* Editorial Ariel. Barcelona. 1996 pp 138-326.
- Toro J, Vilardell E: *Anorexia nerviosa. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Salud* 2000. Barcelona: Martínez-Roca. 1987.
- Toro J: *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa.* Barcelona: Ariel. 2004.
- Toro J: *El cuerpo como delito, Ariel Ciencia, Barcelona.* 1996 pp 347.
- Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L: Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *Br J Med Psychol* 1989; 62: 61-70.
- Treasure J, Sepulveda AR, Macdonald P, Whitaker W, López C, Zabala M, Kyriacou O, Todd G: The assessment of the family of people with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2008 Jan 31.
- Treasure J, Holland AJ: Genetic vulnerability to eating disorders: evidence from twin and family studies, en Remschmidt H, Schmidt MH (eds.): *Child and Youth Psychiatry: European Perspectives,* Nueva York, Hographe and Huber, 1989; 59-68.
- Tremblay L, Lariviere M.: The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eat Behav.* 2009; 10(2):75-83.

- Trojovsky A, Scheer P, Dunitz M, Kaschnitz W, Sommer I, Kranz U.: Anorexia nervosa. *Paediatr Paedol* 30 (1995): A93-99.
- Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L: The demand foreating disorder careo An epidemiological study using the general practice research database., *Br J Psychiatry*. 1996; 169(6): 705-712.
- Turón V, Fernández E, Vallejo J: Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna*. 1992; 19: 9-15.
- Uhe AM, Szmukler GI, Collier GR, Hansky J, O'Dea K, Young GP: Potential regulators of feeding behavior in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr*. 1992; 55(1):28-32.
- Van Deth R, Vandereycken W: Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in Victorian asylums. *Int J Eat Disord*. 2000; 27: 390-404.
- Vattimo G, Mardones JM, Urdanabia I et al.: En torno a la posmodernidad. *Anthropos*. Barcelona. 1990.
- Vaz-Leal FJ, Guisado-Macías JA, Peñas-Lledó EM: History of anorexia nervosa in bulimic patients: its influence on body composition. *Int J Eat Disord*. 2003; 34(1):148-55.
- Verkes RJ, Pijl H, Meiders AE, Van Kempen GM: Borderline personality, impulsiveness, and platelet monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biol Psychiatry*. 1996 1;40(3):173-80.
- Verri AP, Verticale MS, Vallero E, Bellone S, Nespoli S: Television and eating disorders. Study of adolescent eating behavior. *Minerva Pediatr* 1997; 49(6):235-43.
- Wade TD, Bulik CM, Neale M et al.: Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 469-471.
- Warren MP, Voussoughian F, Geer EB, Hyle EP, Adberg CL, Ramos RH: Functional hypothalamic amenorrhea: hypoleptinemia and disordered eating. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999 Mar;84(3):873-7.
- Weinreich P, Doherty J, Harris P.: Empirical assessment of identity in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1985;19(2-3):297-302.
- Wewetzer C, Deimel W, Herpertz-Dahlmann B, Matthejat F, Remschmidt H: Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 5(1):18-24.
- Wiener Norbert: *Cibernética y sociedad*, Editorial Sudamericana, 1969, 1988.
- Wikipedia: Postmodernidad. <http://es.wikipedia.org/wiki/Posmodernidad>.
- Wilson CP, Mintz I: Abstaining and bulimic anorexics. Two sides of the same coin. *Prim Care*. 1982; 9(3):517-30.

- Winnicott D: Los bebés y sus madres. Paidós, Buenos Aires. 1990.
- Woldt L, Schneider N, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Salbach-Andrae H: Psychiatric disorders among parents of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2010; 59(4):302-13.
- Wonderlich SA, Fullerton D, Swift WJ, Klein MH: Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *Int J Eat Disord.* 1994; 15(3):233-43.
- Woodside DB: Genetic contributions to eating disorders. En Kaplan AS, Garfinkel PE (Ed): *Medical issues and the eating disorders: the interface.* Brunner/Mazel eating disorders monograph series, n° 7, 193-212, Philadelphia PA, US: unel/Mazel, Inc. 1993.
- World Values Survey (2010). Documentation of the values surveys of the worldvaluessurvey.org.
En: <http://www.wvsevdb.com/wvs/VSDocumentacion.jsp?Idioma=I>
- Worldwatch Institute, *Visión for a Sustainable World* (2011). Worldwatch reports. En: <http://www.worldwatch.org/bookstore/reports>.
- Yager J: Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 1982; 44: 43-59.
- Yeh SR, Fricke RA, Edwards DH: The effect of social experience on serotonergic modulation of the escape circuit of crayfish. *Science* 1996; 271: 366-369.
- Young JK: Estrogen and the etiology of anorexia nervosa. *Neurosci Biobehav Rev.* 1991; 15(3):327-31.
- Zabala MJ, Macdonald P, Treasure J.: Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev.* 2009; 17(5):338-49.
- Zizek S: *The Matrix O Las Dos Caras De La Perversión Acción paralela: ensayo, teoría y crítica de la cultura y el arte contemporáneo* n° 5 Enero 2000. www.accpar.org/numero5/matrix-htm..

ANEXOS



Anexo I. Cuestionario con instrucciones para los entrevistadores

CUESTIONARIO T.C.A Y FAMILIA	
Nombre del paciente/ joven:	
Grupo:	Nº:
Fecha:	
Edad:	Sexo:
Número de hermanos y orden que ocupa entre ellos:	
ANTECEDENTES	
<p>1) Antecedentes de enfermedades somáticas graves (que supongan incapacidad o muerte) en padres, hermanos, abuelos, tíos, primos,...</p> <p>Sí / No ¿Cuáles?</p> <p><i>¿Tiene algún familiar con enfermedad grave o que haya fallecido? (incluir también a los padres)</i></p>	
<p>2) Antecedentes psiquiátricos familiares conocidos (diagnosticados y tratados en padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, tío-abuelos del joven), especificar quién y diagnóstico DSM-IV</p> <p><i>¿Tiene algún familiar con enfermedad psiquiátrica diagnosticada? (no olvidar TCA, alcoholismo, drogas, suicidio, etc.?)</i></p>	
<p>3) Antecedentes psiquiátricos familiares sospechados (sin diagnosticar)</p> <p>a) se excluyen TCA. Especificar quién y diagnóstico según DSM-IV. b) TCA . Especificar quién y diagnóstico según DSM-IV.</p> <p><i>¿Tiene algún familiar con enfermedad psiquiátrica sospechada, aunque sin diagnosticar? (no olvidar TCA, alcoholismo, drogas, suicidio, etc.?)</i></p>	
<p>4) Nacimiento de la joven durante un duelo o tras pérdida reciente (factor estresante perinatal, duelo o acontecimientos traumáticos que pueden afectar a la madre en la crianza del niño).</p> <p>Sí / No / Se desconoce (Especificar: fallecimiento familiar, ingreso en hospital o enfermedades graves de familiares directos/amigos, ruina de tipo económico o laboral, divorcio o separación, otros)</p> <p><i>¿Cómo fue el embarazo de su hijo? ¿Hubo algún problema de tipo económico, laboral, separación, enfermedad, muerte, etc. de algún familiar, cuando nació su hijo o en los primeros años de vida de su hijo? Si lo sabes, ¿cómo fue el embarazo de tu madre contigo?</i></p>	
<p>5) Antecedentes personales de haber sufrido abusos sexuales</p> <p>Sí / No</p>	
ESTRUCTURA FAMILIAR	
<i>a) Relaciones entre los miembros del subsistema</i>	
ACTITUD MATERNA	
<p>6) La DEDICACIÓN de la madre al cuidado de sus hijos es:</p> <ol style="list-style-type: none"> Exclusiva Conciliación familia-trabajo (conciliación de la vida laboral y familiar, la preocupación por los hijos es prioritaria) Escasa (se implica o dedica más tiempo a otras ocupaciones que a los hijos). <p><i>¿Quién recoge a los niños del colegio?. ¿Quién cocina?. ¿Quién va a las reuniones de padres, al médico, quién está pendiente de las tareas con su hija?. ¿Cómo se organizan en las tareas domésticas y relativas a la educación de su hija?. ¿Quién juega mas con los hijos?</i></p>	
<p>7) DISTANCIA. Actitudes y comportamientos de la Madre (CÓMO VALORA SU "YO"-OTROS)</p> <ol style="list-style-type: none"> Complaciente (estilo pasivo, rechaza y delega sus propio deseos y necesidades en pos de satisfacer los de los demás). Responsable (Tiene en cuenta las necesidades de los otros, pero también las propias, atendiendo al interés del grupo familiar) Egoísta (Impone sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los demás) <p><i>¿A la hora de planear el tiempo libre cuales son sus prioridades? ¿Cómo se toma la decisión sobre cuál es la hora a la que tienen que volver a casa sus hijos en el fin de semana?. A la hora de comprar ropa a sus hijos, ¿qué criterios utiliza? (lo que más le gusta a su hijo, lo que es útil, quién decide) ¿Cómo reacciona cuando su hijo suspende?</i></p>	

- 8) VÍNCULO MATERNO.** Forma de relación afectiva de la madre hacia el joven
1. **Excesiva** (Ansiedad de separación, dependencia diádica madre-hija, vínculos inseguros)
 2. **Adecuada** (vínculos seguros)
 3. **Baja** (vínculos ambivalentes, poco afecto).

¿Cuánto tiempo está con su hija?. ¿Cómo es la comunicación con su hija?. ¿De qué habla con su hija?. ¿Discute mucho con ella?. ¿Cómo expresa el afecto a su hija: con gestos, de forma verbal, van del brazo por la calle, le da caricias físicas o verbales: "que guapa estás", "te quiero". Cuando está su hija fuera, ¿necesita llamarle con mucha frecuencia?. ¿Quiere que su hija se independice lo antes posible o preferiría tenerla en casa cuánto más tiempo, mejor?.

ACTITUD PATERNA

- 9) La DEDICACIÓN** del padre al cuidado de sus hijos, es:
1. **Exclusiva**
 2. **Conciliación familia-trabajo** (conciliación de la vida laboral y familiar, la preocupación por los hijos es prioritaria)
 3. **Escasa** (se implica o dedica más tiempo a otras ocupaciones que a los hijos)

(como en la pregunta nº 5)

- 10) DISTANCIA.** Actitudes y comportamiento del padre:
1. **Complaciente** (estilo pasivo, rechaza y delega sus propio deseos y necesidades en pos de satisfacer los de los demás)
 2. **Responsable** (Tiene en cuenta las necesidades de los otros, pero también las propias, atendiendo al interés del grupo familiar)
 3. **Egoísta** (Impone sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los demás)

(como en la pregunta nº 6)

- 11) VÍNCULO PATERNO.** Forma de relación afectiva del padre hacia el joven
1. **Excesiva** (Ansiedad de separación, dependencia diádica madre-hija, vínculos inseguros)
 2. **Adecuada** (vínculos seguros)
 3. **Baja** (vínculos ambivalentes, poco afecto)

(como en la pregunta nº 7)

- 12) EXPRESIÓN EMOCIONAL** (expectativas por parte de los padres a nivel de estudios, carreras, comportamiento, etc. de los hijos)
1. **Alta** (altas expectativas, altas exigencias, idealización, críticas frecuentes).
 2. **Baja** (expectativas más realistas).
 3. **Muy baja** (ausencia de expectativas por desapego, ausencia de exigencias)

¿Qué espera de su hija a nivel de estudios, amigos, relaciones afectivas, comportamiento en casa, etc.? ¿Podría decir que su hija le ha defraudado, que no ha cumplido las expectativas que tenía de ella? ¿Crees que te exigen demasiado? ¿Crees que te han exigido / te exigen menos de lo que deberían?

- 13) RELACIÓN AFECTIVA** de los padres
1. **Óptima** (adecuada relación de pareja)
 2. **Distante** (evitación de problemas)
 3. **Enfrentamiento entre ellos**

¿Cómo podría definir la relación con su marido?. ¿Tu crees que tus padres se quieren?. ¿Se llevan bien?. ¿Discuten mucho y con frecuencia?. ¿Comparten hobbies y tiempo de ocio juntos?. ¿Está usted enamorada de su marido?. ¿Se siente querida por su marido?. ¿Cree que él está enamorado de usted?.

b) Jerarquía

14) Quien ejerce el liderazgo:

1. **Padre**
2. **Madre**
3. **Los dos**
4. **Ninguno de los dos** (nadie ejerce el liderazgo o lo ejerce otro miembro de la familia: abuelo, abuela, hijo,...).

*¿Quién toma las decisiones en casa?. ¿Quién manda en casa?
¿Cómo se distribuyen las funciones, en qué manda cada uno?
Cuando entráis en conflicto, ¿quién tiene la última palabra?*

15) Cómo se **crea** la norma. Estilo del líder de la familia, efectividad del liderazgo.

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).
2. **Democrático** (importa la opinión de todos, se negocian las normas).
3. **Anárquico** (sin normas o si se ponen, no se hacen cumplir. Cada uno hace lo que quiere).

¿Cómo se toma la decisión sobre la hora a la que tienen que volver a casa los hijos el fin de semana?. ¿Cómo se toman otras decisiones importantes de la familia?. ¿Tenéis en cuenta formalmente la opinión de todos, incluidos los hijos?. ¿Habláis con vuestra hija, le preguntáis, le escucháis?. Y en consecuencia, ¿decidís?. ¿Vuestra hija puede discutir la decisión?

*(Comentarios: Si se enfada mucho y delega responsabilidades en instituciones, es anárquico.
La efectividad del liderazgo cambia según la edad. ¡Tenerlo en cuenta!
La costumbre que se hace norma, es NORMA)*

16) Cómo se **aplica** la norma: (cómo se deben hacer las cosas: horarios, estudios, sexualidad, pareja, etc)

1. **Rígidos**: el líder no modifica la norma a pesar de las circunstancias.
2. **Flexibles**: el líder flexibiliza la norma en función de las circunstancias.
3. **Imprevisibles**: el líder modifica la norma de forma inesperada e imprevisible.

*¿Tu padre o madre modifica las normas de salir, comer, traer amigos a casa, etc. dependiendo de las circunstancias especiales o siempre se han de cumplir las mismas normas y de la misma forma?.
¿Tu padre/madre cambia de criterio respecto a las normas sin causa aparente, según "el día que le pillas"?*

17) Cómo se **sanciona** la norma. CÓMO SE ESTABLECEN LOS LÍMITES FAMILIARES. (¿Qué ocurre cuando los hijos no cumplen la norma?):

1. **Rígidos / inflexible**: siempre que se incumple la norma, hay consecuencias.
2. **Flexibles** : en la aplicación de la sanción, se tiene en cuenta las circunstancias.
3. **Imprevisibles**: a veces hay sanción, otras no, independientemente de las circunstancias que rodean el incumplimiento de la norma.
4. **No hay consecuencias**: no hay consecuencias inmediatas, aunque lo pueda haber a largo plazo.

*Cuando su hija no cumple la norma establecida ¿siempre impone los mismos castigos y de la misma forma o varían en función de otras razones, de circunstancias atenuantes, del día, del humor con que le pille, etc.?
Cuando no cumples la norma, ¿qué ocurre: siempre hay el mismo castigo, depende de las circunstancias o depende de cómo le pillas a tu padre/madre?*

c) Límites

18) Control materno. La madre actúa de forma:

1. **Controladora** (excesivo control, agobiante, sobreprotectora, arropa excesiva e innecesariamente a los hijos).
2. **Cercana** (control adecuado. Está pendiente, pero sin agobiar)
3. **Distante/ Alejada** (bajo control, se mantiene ajena a las necesidades de los hijos).

¿Está muy pendiente de su hija en relación a la tarea, lavarse los dientes, abrigo/ropa, con quién va, ordenar la habitación?. ¿Es muy reiterativa en sus consejos, ordenes, advertencias?

19) Control paterno. El padre actúa de forma:

1. **Controlador** (excesivo control, actitud agobiante, sobreprotectora, arropa excesiva e innecesariamente a los hijos).
2. **Cercano** (control adecuado. Está pendiente, pero sin agobiar)
3. **Distante/ Alejado** (bajo control, se mantiene ajeno a las necesidades de los hijos).

(como en la pregunta nº 17)

20) 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.)**

1. **Falta de percepción del problema:** No se tiene conciencia de la situación problemática.
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.
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.

¿Vd. Cree que se da cuenta cuándo su hija o en la familia existen problemas o en muchas ocasiones, no se da cuenta del problema hasta que es muy tarde?

Ante un problema o conflicto familiar, ¿usted considera que tiene capacidad y habilidad para afrontar el problema?. ¿Cómo se enfrenta al problema?. ¿Qué estrategias utiliza para resolver el problema?

d) Alianzas y Coaliciones

21) Alianzas: unión de dos o más personas en pro de realizar una actividad o compartir un interés común, lo que supone una separación de los otros que protege el desarrollo de las funciones de los subsistemas de fratría o parentales, favorece la autonomía y evita las coaliciones transgeneracionales.

Entre joven y otro miembro de la familia:

Entre miembros de la familia excluyendo al joven

22) Coaliciones: se constituyen por dos individuos generalmente de distinta generación, unidos contra un tercero. Movimiento regresivo para la familia.

Entre joven y otro miembro de la familia

Entre miembros de la familia excluyendo al joven

Para las dos preguntas anteriores:

¿Quién te ayuda más en la familia? ¿Con quién te llevas mejor? ¿Con quién tienes más confianza? ¿Existen celos por parte de algún miembro de la familia hacia otros?

OTRAS VARIABLES

23) Organización a la hora de las comidas:

1. **Nula:** familias que no comen juntas, con TV puesta, sin comunicación ni diálogo, ni un menú común para todos.
2. **Adecuada:** ambiente relajado, la familia come junta. La comida representa un momento de encuentro familiar.
3. **Excesiva:** excesivo control y organización materna durante las comidas. Existe tensión en la comida por el cómo comer.

¿Comen juntos en la hora de la comida y de la cena? ¿Comen con la TV puesta?

A la hora de comer, ¿te sientes muy agobiado por tu madre por tu forma de comer?

24) Preocupación por la dieta alimentaria. LO QUE SE COME.

1. **Excesiva:** (Excesiva preocupación por el menú y la cantidad /calidad de las comidas, tanto si se insiste en comer más, como si se censura el comer tanto. Obsesión por los menús, preocupación excesiva por lo que es sano, lo que adelgaza o lo que engorda, etc.) Tensión por el qué comer.
2. **Intermedia.**
3. **Escasa** (no se da importancia a la dieta, el qué ni el cómo)

A la hora de elaborar los menús, ¿qué criterio utiliza usted? (lo que es sano, dieta variada, lo que adelgaza, lo que engorda, lo que quiere el hijo, lo más cómodo, encargan los menús, comen fuera, etc.)

25) Preocupación por la imagen, por parte de los padres (importancia que dan los padres a su imagen **corporal**)

1. **Alta / excesiva.**
2. **Intermedia.**
3. **Escasa.**

¿Se preocupan ustedes mucho por su imagen corporal, su apariencia externa? ¿Son tus padres muy presumidos?

26) QUIÉN se preocupa más por su imagen.

1. **Padre**
2. **Madre**
3. **Los dos.**
4. **Ninguno.**

¿Quién es más presumido de los dos?

ANEXO II Carta dirigida a los padres de alumnos para selección del grupo de control

Dirigido a los padres del Centro Educativo _____.

Estimados Srs.:

El centro escolar de su hija ha sido seleccionado para participar en un estudio denominado “**Estructura familiar y Trastornos de la Conducta Alimentaria**”. Este proyecto de investigación está coordinado por el Dr. Manuel Mateos Agut (Centro de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital “Divino Valles” de Burgos) y ha sido financiado por la Junta de Castilla y León y la Obra Social de Caja de Burgos.

La investigación, que ha de llevarse a cabo en la provincia de Burgos, tiene como objetivo principal DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, para así poder prevenir la aparición de dichos trastornos y dotarnos de nuevas estrategias para intervenir durante el desarrollo, curso y mantenimiento de la anorexia y bulimia, no solo desde el sistema sanitario, sino también desde el educativo y social.

Para llevar a cabo con éxito este proyecto y obtener resultados que permitan abordar la prevención y el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria es imprescindible la colaboración de familias definidas por las siguientes características:

- Una hija tiene una edad comprendida entre 14 y 26 años
- Esta vive en el núcleo familiar de origen.
- La familia es biparental.
- El núcleo familiar está compuesto como mucho por 4 hijos.
- No existe un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, ni de enfermedad mental en padres o hermanos.

Solicitamos por tanto su colaboración en esta fase del proyecto de recogida de datos mediante la respuesta a un cuestionario que un miembro del equipo investigador aplicará a la adolescente y a uno o ambos padres.

En todo caso, las personas colaboradoras firmarán un consentimiento informado y se garantizará la protección de los datos de carácter personal (L.O 15/1999 de 13 de Diciembre) que se obtengan del cuestionario.

Si desean más información, pueden hacerlo poniéndose en contacto con el personal del equipo investigador en el Centro de Día del Hospital “Divino Valles” (tfno.: 947 235011- ext. 3138).

Valoramos el tiempo y esfuerzo que supone aceptar participar en esta investigación, de indudable repercusión social y cuyos mayores beneficiados serán las personas aquejadas de anorexia o bulimia y las adolescentes con peligro de caer en estas graves enfermedades.

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!

-
Las personas interesadas en colaborar con este programa de investigación pueden devolver esta solicitud a la orientadora del colegio lo antes posible y el equipo investigador se pondrá en contacto con ustedes.

Nombre de la alumna.....

Nombre del padre / madre.....

Teléfono.....

Edad de la alumna.....

Anexo III. Consentimiento Informado

Título del estudio: La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le invitamos a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir, es importante que entienda por qué se está llevando a cabo esta investigación, cómo se va a utilizar su información, lo que va a implicar el estudio así como sus posibles riesgos y molestias. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

¿CUÁLES SON LOS ANTECEDENTES Y LOS OBJETIVOS DEL ENSAYO?

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Valles está llevando a cabo un estudio sobre la *"Relación entre la estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria y su influencia en la clínica"* al que le invitamos a participar. En este estudio intervienen pacientes y familiares del Servicio de Psiquiatría (Unidad de trastornos de la alimentación) y una muestra de familias obtenidas de la población general.

El objetivo del estudio es determinar la relación existente entre las diferentes estructuras familiares y los trastornos de la conducta alimentaria.

¿CÓMO SE REALIZARÁ EL ESTUDIO?

Para llevar a cabo el estudio, se han diseñado unos cuestionarios que aplicará una psicóloga del equipo investigador a uno o ambos progenitores y a su hijo/a (con edad comprendida entre 14 y 26 años) de las familias colaboradoras, que permitirán extraer la información necesaria para obtener las conclusiones del estudio.

Su participación es voluntaria. Si interviene en este estudio, debe saber que en cualquier momento puede decidir abandonar su participación, comunicándoselo al equipo investigador sin tener que manifestar razón alguna para ello.

Usted es quien decide si quiere o no participar. Si decide participar en el estudio, le pedirán que firme este consentimiento informado.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS Y RIESGOS AL PARTICIPAR?

Aunque el estudio no comporta beneficio directo para usted, su participación contribuirá a mejorar el conocimiento de los problemas investigados, que en la actualidad son insuficientes. Los procedimientos del estudio no comportan riesgo alguno para usted.

¿CÓMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS PERSONALES?

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, al firmar este documento, usted da su consentimiento al Médico del Estudio y a su personal para que obtengan y procesen sus datos personales y otros sobre su salud o afecciones físicas o mentales y cualquier otra información personal obtenida durante su participación en el estudio o como resultado de cualquier valoración de seguimiento.

El equipo investigador utilizará sus datos personales para administrar y llevar a cabo el ensayo, la investigación y los análisis estadísticos.

Tiene el derecho de exigir el acceso a la información sobre cualquiera de sus datos personales. También tendrá el derecho a exigir que se corrija cualquier error o se cancelen sus datos personales. Por favor tenga en cuenta que es posible que se publiquen los resultados del estudio en la literatura médica, pero no se revelara su identidad.

¿CON QUIÉN DEBERÍA CONTACTAR, SI NECESITO MÁS INFORMACIÓN O SI NECESITO AYUDA?

Cuando tenga preguntas acerca del estudio, por favor contacte con:

Dr. Manuel Mateos Agut (Investigador Principal)

Nº. de teléfono: 947 345011 (ext. 3138)

Dirección: Hospital de Día (Servicio de Psiquiatría) del
Hospital Divino Valles (Burgos)

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del estudio: Relación entre la estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria y su influencia en la clínica. .

Yo (Nombres y Apellidos) _____

Residente en _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con _____ (psicóloga del equipo de investigación)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Autorizo que mis datos del estudio (y los de mi hijo/a), sean procesados y revisados como se describe en el consentimiento.

He recibido una copia de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: _____

Fecha: _____