



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
CAMPUS IZTACALA

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU VINCULO  
CON LA DINAMICA FAMILIAR.

PO 1515/97  
g.2

## REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
IRMA DORANTES ANGELES  
ROSA MARIA RAMOS CORDOVA

Asesores:

Lic. Georgina L. Alvarez Rayón  
M. en C. Juan M. Mancilla Díaz  
Lic. Xochitl López Aguilar.

FINANCIADO POR CONACyT PH-1037



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**

**Tesis Digitales**

**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.





*A mis padres :*

*Gracias por todo su apoyo y cariño incondicional, sin los cuales no hubiera podido ser posible lograr alcanzar una de mis metas.*

*Gracias por todo, los quiero mucho.*

*A mis hermanos :*

*Guillermina, Alicia, Francisco y Oscar*

*De quienes espero que lleguen a lograr cada una de las metas que se han propuesto y que no paren hasta conseguir las, puede ser difícil el camino pero no existe mayor satisfacción que ver alcanzados nuestros objetivos y el orgullo de nuestros padres.*

*A Gina :*

*Gracias ante todo por ser una gran amiga, por el apoyo y empeño que le pusiste a este trabajo, por todos los conocimientos transmitidos y por ayudarme a crecer en el trabajo de investigación.*

*A Juan Manuel :*

*Gracias por el tiempo dedicado a este trabajo y por todo tu apoyo y amistad.*

*Xochitl, Vero y Trini*

*Por su amistad y apoyo.*

*A Leticia Hernández*

*Gracias por ser una de mis mejores maestras y amigas, por el ejemplo de superación que  
transmite y por todos los conocimientos que nos hereda a través de su amistad*

*A mi amiga de siempre*

*Hortensia*

*Porque nuestra amistad dure muchísimo tiempo más, y que siempre  
seas tan feliz con tu familia como lo has sido hasta ahora.*

*A mis amigos de CCA - Vallejo*

*Quienes siempre me han apoyado y ofrecido su valiosa amistad*

*Juan, Patricia, Carlos, Micaela, Rodolfo, Lety, Antonio,*

*Gastón, Damián, Francisco Javier, Artemio y Raúl.*

*A mis amigos de la ENEP - Iztacala*

*Gracias por su amistad a lo largo de la carrera y que sigue perdurando hasta este momento*

*Susana, Yasmín, Julieta, Ruth, Rosa María, Carlos, Rubén, Angeles,*

*Verónica, Adrián, Juan Carlos, Anaceli Fonseca, Graciela y Mario*

*A Rosa María*

*Porque este no sea el final del camino, sino un paso más que das para salir adelante  
fese a los problemas que se te atraviesen en la vida, porque tanto  
tu familia como yo esperamos mucho más de ti.*

---

*Un agradecimiento especial a la persona que me ha brindado todo su apoyo y cariño.  
quien ha estado conmigo en los momentos difíciles y a quien quiero mucho  
Carlos Ruelas Hernández.*

---





*A Dios :*

*Gracias por haberme permitido llegar hasta aquí, y por darme el valor de afrontar las adversidades que se han presentado en el curso de mi vida. Por los padres y hermanos que me diste. por los amigos tan maravillosos que puse en mi camino. y por la vida que me has permitido conservar.*

*A mi familia.*

*A mis padres por haber contribuido a que uno de mis más grandes sueños se cumpla. Principalmente a ti mamá por apoyarme y permanecer junto a nosotros a pesar de todo. Por el amor y la comprensión que me brindaste y que me sigues brindando sin importar nuestras diferencias. Por que sin ti no lo hubiera logrado.*

*A mis hermanos :*

*Gerardo y Jorge por su ayuda y apoyo  
A Edith por su ayuda y por los consejos que me has dado.  
A Javi porque has sido mi mayor apoyo en todo.*

*A mis sobrinos :*

*Xiadani y Cecedie por la alegría que me transmiten y por estar conmigo en mis momentos de tristeza.*

*A mis tutores :*

*Gina y Xochitl por su gran ayuda y apoyo.  
A Juan Manuel Mancilla por permitir que trabajáramos en su proyecto.*

*A Vero y a Trini por su amistad.*

*A mis amigos :*

*Del CCA.*

*Alma, Tono, Carlos, Gaby, Leticia, Armando,*

*Francisco Javier, Javier, Verónica y Victor.*

*De la Carrera.*

*Ruth, Julieta, Yasmín, Irma, Fabiola, Graciela, Emma, Susana,*

*Vero, Carlos, Rubén, Adrián, Adriana y Mario.*

*A Víctor.*

*Por ser alguien especial en mi vida, por creer en mí  
y por el cariño que me tiene.*

*A Irma.*

*Gracias por todo el apoyo que me has dado, por la comprensión  
que has tenido para mí, por tu amistad,  
de verdad gracias porque sin ti no lo hubiera logrado.*



## INDICE

### Resumen.

|                   |   |
|-------------------|---|
| Introducción..... | 1 |
|-------------------|---|

### Antecedentes teóricos

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1. Terapia Familiar.....                                        | 4  |
| 1.1. Conceptos Básicos.....                                     | 4  |
| 1.2. Familia como sistema.....                                  | 6  |
| 1.2.1. Estructura familiar.....                                 | 7  |
| 1.2.2. Dinámica Familiar.....                                   | 10 |
| 1.2.3. Comunicación Familiar.....                               | 12 |
| 1.3. Métodos de Evaluación.....                                 | 17 |
| 2. Trastornos alimentarios: Bulimia y Anorexia nerviosa.....    | 22 |
| 2.1. Bulimia Nerviosa.....                                      | 23 |
| 2.1.1. Factores Biológicos.....                                 | 24 |
| 2.1.2. Factores psicológicos y sociales.....                    | 24 |
| 2.1.3. Tratamientos.....                                        | 25 |
| 2.2. Anorexia Nerviosa.....                                     | 25 |
| 2.2.1. Definición.....                                          | 26 |
| 2.2.2. Criterios de Diagnóstico.....                            | 27 |
| 2.2.3. Factores Biológicos.....                                 | 29 |
| 2.2.4. Factores psicológicos y sociales.....                    | 30 |
| 2.2.5. Tratamientos.....                                        | 31 |
| 2.3. Instrumentos que evalúan trastornos alimentarios.....      | 32 |
| 3. La relación de los trastornos alimentarios y la familia..... | 34 |

### Metodología

|                      |    |
|----------------------|----|
| 4. Método.....       | 44 |
| 5. Resultados.....   | 48 |
| 6. Discusión.....    | 58 |
| 7. Bibliografía..... | 68 |
| 9. Anexos.....       | 78 |

## *Resumen*

Con el fin de determinar si existen diferencias en la dinámica familiar entre un Grupo de Riesgo de presentar un trastorno alimentario y un Grupo Control, se aplicó el FACES II a una muestra de 180 jóvenes, de las cuales 65 presentaban riesgo de manifestar un trastorno alimentario (GR), según la evaluación hecha con instrumentos que identifican actitudes específicas hacia la comida (EAT-40 y BULIT), este grupo se dividió a su vez en tres grupos más pequeños: 30 jóvenes conformaron el Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA), 20 jóvenes el Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB) y 15 jóvenes conformaron el Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulímica (GRAB); los restantes 115 jóvenes pertenecían al grupo control (GC). Una vez aplicado el FACES II, se procedió a calcular los porcentajes en los que se presentaba cada uno de los tipos de familia que evalúa el instrumento; posteriormente se realizó un análisis de los factores que evalúan cohesión (8 factores) y adaptabilidad (6 factores), aplicando una *t* de student, un análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de Duncan, además se realizaron correlaciones entre los puntajes de cohesión y adaptabilidad del FACES y los puntajes del BULIT y ETA-40. En los resultados, en cuanto a los porcentajes en que se presentan cada uno de los tipos de familia, se observan diferencias entre el GC y el GRA, GRB y el GRAB, ya que estos últimos presentan más porcentajes en las familias de funcionalidad media, mientras que el GC obtiene mayores porcentajes en el tipo de familia funcional. En cuanto al análisis de los factores que evalúan cohesión familiar, sólo se encontraron diferencias significativas en el factor de Toma de Decisiones ( $p < 0.01$ ), obteniendo mayores puntajes el GRA con respecto a todos los grupos. Mientras que en los factores que evalúan adaptabilidad se observaron diferencias entre el GRA y todos los grupos en cuanto a Asertividad, siendo esta significativa ( $p < 0.05$ ). Por otro lado, no se encontró asociación entre los puntajes del FACES y los puntajes del BULIT y ETA-40. Estos resultados se corroboran con lo encontrado en otras investigaciones, por lo que se puede concluir que aunque la muestra con la que se trabajó en los Grupos de Riesgo no son población clínica, al parecer las familias de las jóvenes presentan algunas de las características de las familias psicósomáticas, siendo importante a partir de lo anterior, dar un seguimiento de las familias evaluadas para observar cuál es el detonador que permite la aparición de un trastorno alimentario.

## INTRODUCCION.

*En los organismos vivos y por lo tanto en el ser humano, la alimentación cumple una serie de funciones esenciales. A partir de ésta el organismo se desarrolla y crece, además le permite al organismo reconstruir incesantemente los materiales gastados por el cuerpo y le proporciona energías para moverse. Además la alimentación en la actualidad es una forma primordial para que el ser humano se relacione con su entorno, ya que a través de ésta se establecen relaciones sociales entre los individuos, como reunirse con familiares, resolver problemas de trabajo, entre otros. De esta manera, se puede observar que en la alimentación están involucrados diversos aspectos, como lo son los biológicos, psicológicos y sociales, de igual modo los trastornos alimentarios no se pueden reducir a causas meramente biológicas.*

*En la actualidad, en el DSM-IV (1994), se distinguen principalmente dos tipos de trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa (rechazo compulsivo a los alimentos), y Bulimia Nerviosa (sobrealimentación compulsiva); cada uno de estos trastornos presentan características específicas, ambos se consideran trastornos psicossomáticos y traen como consecuencia la presencia de enfermedades o secuelas físicas. La Anorexia Nerviosa se caracteriza por presentar una negativa a mantener el peso corporal por encima del peso mínimo normal, según su estatura y edad, además presentan un intenso temor a engordar o subir de peso, aún cuando se encuentren por debajo de éste; también presentan perturbaciones sobre la percepción que tienen de su cuerpo, además en las mujeres se presenta la amenorrea. Por su parte la Bulimia se caracteriza por presentar episodios recurrentes de sobreingesta, en un periodo corto de tiempo, con sensación de pérdida de control durante estos episodios, acompañadas por conductas compensatorias inapropiadas con el fin de perder peso (por ejemplo, abuso de laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo), durante un mínimo de dos veces a la semana por un periodo de tres meses.*

*Una manera de estudiar los trastornos alimentarios, por ser trastornos considerados como trastornos psicossomáticos, es a través de la Terapia Familiar Sistémica (TFS) que surge de la Teoría*

*General de los Sistemas. Desde esta perspectiva se toma a todo organismo como un sistema en el que subyacen subsistemas que están en constante relación, manteniendo así un equilibrio (homeostasis).*

*Dentro de la TFS a la familia se le considera un sistema, ya que sus miembros interactúan entre sí, influyéndose unos a otros. De esta manera, se deja de concebir al hombre dentro de un marco reduccionista bajo el enfoque causa-efecto, y se comienza a analizar como producto de sus relaciones intrafamiliares e interfamiliares. Asimismo, las enfermedades psicosomáticas son vistas de manera diferente, enfocándose a las relaciones que el hombre tiene con su entorno, pudiéndose encontrar la coherencia o sentido de la enfermedad o síntoma del individuo dentro del contexto, estructura y dinámica familiar.*

*Es así que a partir de la TFS, la familia se puede estudiar bajo tres dimensiones, por su Estructura, su Dinámica y su Comunicación, las que posibiliten una visión y estudio más amplio de las relaciones familiares. Para poder observar estas relaciones familiares se han realizado investigaciones donde se han utilizado diversas metodologías, las cuales han implicado medidas de observacionales y/o autorreportes. En esta investigación se utiliza una medida de autoreporte como lo es la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y la Cohesión Familiar (FACES II, de Olson, 1982); el cual consta de dos subescalas: Cohesión y Adaptabilidad, cada una de éstas tienen puntajes independientes pero además pueden correlacionarse, lo que remita establecer una tipología familiar.*

*En base a lo anterior, se pretende estudiar desde este enfoque a las familias de jóvenes que presentan riesgo de adquirir un trastorno alimentario, ya que algunos autores, han encontrado que las jóvenes con alteraciones alimentarias, se encuentran inmersos en familias con características de familias psicosomáticas (Minuchin, 1985 a,b; Onnis, 1990).*

*Por ejemplo, se ha observado que las familias con una joven con anorexia, son sobreinvolucradas, enredadas, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de enfrentar conflictos, (Ludewig, 1991), además de que las familias suelen presentar lazos afectivos que perduran durante*

generaciones, y los hijos en especial, suelen estar expuestos a mensajes contradictorios y a establecer una coalición con la madre en contra del padre; existe también una ausencia de jerarquías claramente definidas y de una estructura de liderazgo (Stierlin & Weber, 1990).

Por otro lado, en cuanto a las familias con una joven bulímica, éstas se relacionan con sistemas familiares de tipo conflictivo, desorganizado, crítico o amurallado, además las hijas y en menor grado los padres, ven a sus familias como desenganchadas, hostiles, desorganizadas y conflictivas (Pike & Rodin, 1991; Wonderlich, 1992).

Es por esto que se considera importante estudiar los trastornos alimentarios desde el enfoque estructural sistémico, ya que el conocer y comprender la dinámica que se presenta en las familias de las jóvenes con riesgo de presentar un trastorno alimentario, permitiría acceder a una intervención temprana y así poder ofrecer una alternativa terapéutica integral para estos padecimientos.

Dado lo anterior, es importante mencionar que este trabajo tiene como objetivo determinar si existen diferencias entre un Grupo Control y Grupos de Riesgo de presentar trastornos alimentarios en cuanto adaptabilidad y cohesión familiar a partir del FACES II de Olson (1982).

Cabe señalar que esta investigación se deriva de la línea de Investigación: "Trastornos Alimentarios: Anorexia y Bulimia Nerviosas", pertenecientes al Proyecto de Investigación en Nutrición ubicado en la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (U.I.I.C.S.E.), U.N.A.M., Campus Iztacala.

## Capítulo 1

### Terapia familiar

#### 1.1. Conceptos básicos

Estudiar a las enfermedades psicosomáticas desde el núcleo familiar implica todo un cambio conceptual, adoptando para ello los fundamentos de la Teoría de los sistemas. Esto implica dejar de ver al fenómeno como resultado de una causa específica, haciendo a un lado los conceptos reduccionistas causa-efecto que no permiten observar el problema dentro de su contexto y que generalmente trata con elementos aislados.

Para la teoría de los sistemas, que en su forma clínica se le conoce como "Terapia familiar", todo organismo es un sistema en el cual sus partes se encuentran en constante relación (Bertalanffy, 1968). Dentro de ésta a la familia se le considera como un sistema, ya que sus miembros interactúan entre sí influyéndose unos a otros, tomando al hombre como producto de sus relaciones intrafamiliares y/o interfamiliares. Es así que las enfermedades psicosomáticas, a partir de la **Teoría de los Sistemas (TS)** son vistas de manera diferente, enfocándose a las relaciones que el hombre tiene con su entorno, pudiendo de este modo dar coherencia o sentido a la enfermedad o sintoma del individuo dentro del contexto, estructura y dinámica familiar.

Para entender y comprender su forma muy particular de ver al problema se hace necesario conocer algunos aspectos generales que la TS promueve, de esta manera, dentro de los conceptos que maneja se encuentra el de sistema, el cual es fundamental para dicha teoría, ya que a partir de él gira todo su marco conceptual. Bertalanffy en su definición divide a los sistemas en dos: **abiertos** y **cerrados**. La principal característica de los sistemas cerrados es que no tienen relación con ningún otro sistema, encargándose de ellos principalmente la física. Sin embargo, encontramos sistemas que por su naturaleza no pueden ser llamados cerrados, como es el caso del organismo humano, el cual está constantemente en una incorporación y eliminación de materia del exterior. Es así que los **sistemas abiertos** son aquéllos que mantienen un intercambio de información o energía con el medio ambiente, y existe una organización que les permite adaptarse a ese intercambio;

mientras que los **sistemas cerrados** se niegan a éste y por lo tanto se resisten al cambio (Bertalanffy, 1968).

Una propiedad importante que los sistemas abiertos deben cumplir es el de **Totalidad o sinergia**, es decir, que no se pueden reducir a la simple suma de sus partes, ya que todo es resultado de la interrelación de sus elementos y por lo tanto es imposible estudiarlos por separado, pues se tendría una percepción parcial y equivocada del fenómeno. De esta manera, el término **totalidad en la familia** se refiere a los "otros-que-cuentan" en la vida del sujeto, ya sea el padre, la madre, los hermanos y hermanas, e incluso otras personas que se encuentran en constante interrelación con él (la interrelación se refiere a las relaciones que se dan entre los miembros del sistema, generando un intercambio de energía y por tanto produciéndola) (Bateson, 1987). Dado que todos los elementos del sistema están en constante relación y se influyen unos a otros, es importante que cada uno cumpla funciones específicas que lo distingan de los demás, es decir que se diferencien entre sí. Esto se logra a partir de límites establecidos por los mismos miembros del sistema, pudiendo ser tanto implícitos como explícitos, los que van a llevar al establecimiento de roles, éstos se refieren a el lugar y papel que desempeña cada uno de los miembros de la familia, es decir, el padre tiene que cumplir la función de padre, los hijos deben de tener obligaciones y derechos de acuerdo a su lugar dentro de la familia. (Onnis, 1990). Otra característica que cumple el sistema es la **equifinalidad**, lo que le permite ser capaz de llegar a un mismo fin aún utilizando diferentes puntos de partida (Ferrandiz, 1995).

Como se mencionó, anteriormente los sistemas vivos están en constante intercambio de energía, permitiéndole así cumplir otra de sus características, **la negentropía o entropía negativa**, la cual se refiere a una desorganización momentánea que le permite al sistema generar un cambio en su estructura (Bertalanffy, 1968; Rodríguez & Arnold, 1993). Dicho intercambio no será sólo con el medio ambiente sino que también con el sistema mismo a través de su historia, provocando con ello un cambio. A esta característica Bertalanffy la denominó **retroalimentación**, la cual se divide en dos tipos: **positiva** y **negativa**; la primera lleva al cambio a partir de perder la estabilidad o el equilibrio. En cambio, la **retroalimentación negativa** estará caracterizada por conservar la

homeostasis (equilibrio). En ambos casos, la información que sale de un sistema vuelve a entrar, a diferencia de que en la retroalimentación negativa la información se utiliza para disminuir la desviación de la salida, con respecto a una norma ya establecida; mientras que en la **retroalimentación positiva**, la información actúa como una medida para aumentar la desviación de la salida que provoque un cambio, que a la vez le ayudará al sistema a buscar un equilibrio que tenderá a ser dinámico (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991). Respecto a lo anterior, Margoroh Moruyama (cit. en: Hoffman, 1992) menciona que la supervivencia de un sistema vivo depende de dos procesos. La **morfoestasis** que mantiene la constancia mediante la retroalimentación negativa y por lo tanto provoca un cambio de primer orden (el cambio se da a nivel superficial permitiendo al sistema seguir conservando su estructura); y la **morfogénesis**, proceso que modifica la estructura y que abarca la retroalimentación positiva (cambio de segundo orden).

Por otro lado, la **recursividad** permite entender la manera en que el sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, llamando a los primeros suprasistemas y a los segundos subsistemas. Los sistemas pequeños se encuentran en los sistemas mayores y éstos a su vez están contenidos en otro (Bertalanffy, 1968; Equiluz, 1991). De modo que para el estudio de la familia se deben tomar en cuenta los sistemas que se están relacionando con ella, ya sea vertical (como la comunidad a la cual pertenece la familia, entre otras) u horizontal (otras familias o elementos de otro sistema). Una última característica es la **viabilidad**, es decir, la capacidad del sistema a mostrarse flexible ante los cambios del sistema y a los del medio ambiente, lo cual le permitirá una mejor adaptación.

## 1.2. La familia como sistema.

Desde el punto de vista de la terapia familiar (TF) a la familia se le define como "un sistema abierto, constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior" (Andolfi, 1985, pág. 18).

La familia como sistema en constante actividad cumple dos procesos fundamentales que podrían parecer a simple vista contradictorios pero que sin embargo son complementarios, dichos procesos son: la **tendencia homeostática** (equilibrio) y la **capacidad de transformación**. El interjuego de ambas mantiene al sistema en equilibrio, lo cual garantiza su evolución y su creatividad, sin los cuales no existiría vida. En los **sistemas patológicos o disfuncionales**, en cambio, aparece una tendencia cada vez más rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas, provocando de esta manera una inclinación por la homeostasis (Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1991; Andolfi, 1994). La familia para poder alcanzar una estabilidad debe adecuarse a los constantes cambios que se dan en ella, por ejemplo, el nacimiento de los hijos, así como el desarrollo e independencia de los mismos, entre otros; ya que a través de dichos cambios la familia podrá ser flexible ante la transformación en las necesidades de sus miembros, permitiendo que el sistema se conserve.

La familia como sistema, deberá cumplir con todas las características mencionadas, además este sistema en particular podrá ser estudiado bajo tres grandes dimensiones: **Estructura, Dinámica y Comunicación**, las cuales posibilitan una visión más amplia de la familia. Es importante mencionar que estas tres dimensiones no se dan por separado sino que están en constante relación, así que cada una de ellas tiene que ver con las otras dos. Si se encuentra una adecuada interacción entre estas tres dimensiones, el sistema podrá ser flexible, permitiendo independencia entre sus miembros y caracterizarse así como una familia funcional; si no es así tenderá a crear formas de relación disfuncionales.

### 1.2.1. ESTRUCTURA.

La **estructura** se refiere a los patrones y relaciones repetitivas de interacción, los cuales componen y constituyen a la familia, permitiéndole tener una organización. La mayor parte de las veces los miembros de la familia no están conscientes de estos patrones de interacción (Alvarez, Osornio & Vázquez, 1992; Maturana & Varela, 1984; Rodríguez & Arnold, 1993). De este modo, Minuchin (1983 cit. en: Eguiluz, 1991) señala que la estructura familiar es un conjunto invisible de demandas que sólo se pueden observar en movimiento.)

todo

(La familia se compone de tres subsistemas: el conyugal, el parental y el fraternal (Minuchin, 1986, cit. en: Alvarez, Et al, 1992). Cada uno tiene características específicas y cumple una función en particular.)

#### *a) Subsistema Conyugal.*

El subsistema conyugal, se refiere a la pareja, ésta estará encargada de proporcionar el sostén emocional y de poner límites que prohiban la intromisión de otros elementos ajenos al subsistema, como son los hijos, padres, hermanos, entre otros.

Dicho subsistema servirá de ejemplo a los otros subsistemas; a partir de éste se aprenderán las formas de dar afecto, de relacionarse con los demás, la forma de solucionar los problemas y de comunicarse, entre otros; es por esto que un deterioro en las funciones de este subsistema tendrá repercusiones en toda la familia.

#### *b) Subsistema Parental.*

El subsistema parental (relación padres-hijos) es el encargado de satisfacer todas las necesidades básicas de la familia, tanto físicas como psicológicas. Es importante que este subsistema sea flexible a los requerimientos de los hijos, ya que a medida que éstos crecen sus necesidades son diferentes. Si este subsistema no se muestra flexible a tales necesidades, puede haber problemas en todo el sistema; así como también el subsistema fraternal debe de ser flexible a las necesidades del subsistema parental. Un aspecto importante a remarcar aquí, es el hecho de mostrarse flexibles a las necesidades de los otros subsistemas, no quiere decir que no se marquen límites, ya que éstos permitirán que cada subsistema pueda cumplir su función de una manera adecuada. El subsistema parental deberá de promover la independencia y la responsabilidad.

#### *c) Subsistema Fraternal.*

En este subsistema se encuentran los hermanos, es aquí donde el individuo comienza a enfrentarse a situaciones de competencia y cooperación; es el primer sitio en donde se encuentran bajo una situación de igualdad, siendo a través de ésta donde el sujeto se enseña a compartir, a

demostrar y recibir afecto, a ser amigo o enemigo, amar y odiar, es aquí donde se adquieren sentimientos de pertenencia; siendo así la familia el primer grupo del cual el individuo forma parte.)

Es importante que cada uno de los subsistemas de la familia cumpla su función sin que se sobreinvolucre con los demás, ya que si no existieran límites entre ellos no realizarían su función o lo harían de manera inadecuada, y por lo tanto se manifestarían problemas.

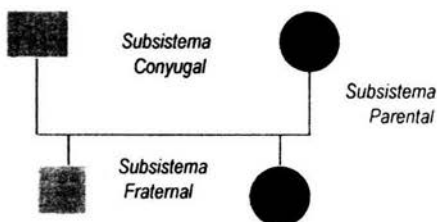


Figura 1. En el familiograma se puede observar los tres Subsistemas que conforman el núcleo familiar, en donde los hombres están representados por cuadrados y las mujeres por círculos.

Como se ha mencionado, dentro del sistema familiar existen o deben de existir límites establecidos dentro del mismo, los cuales permiten una individualización de los miembros. Ya que el sistema familiar, con su naturaleza abierta, mantiene con el contexto que lo rodea relaciones que le permiten el intercambio de información. A pesar de esta apertura del sistema, los límites entre la familia y el medio ambiente variarán según la permeabilidad de dichos límites (Kornblit, 1984; Goldenberg & Herbert, 1991).

En relación a los límites de un subsistema, Minuchin (1985a) los define como aquellas reglas que determinan quienes participan en dichos subsistemas y de qué manera lo hacen; además los límites claramente definidos entre los subsistemas dentro de la familia ayudan a mantener la separación y al mismo tiempo la pertenencia al sistema familiar. De esta manera, los límites pueden ser claros, difusos y rígidos:

1) Límites claros: Cuando existe este tipo de límites dentro de la familia, se conserva un nivel de comunicación al interior y al exterior, lo que permite a los miembros mantener su distancia e

individualidad con respecto al resto de la familia; sin embargo, cuando es necesario se permite el involucramiento, el cuidado y el apoyo.

2) Límites difusos: Estos límites son excesivamente confusos e indistintos, se da fácilmente la intromisión por parte de otros miembros de la familia.

3) Límites rígidos: En este caso, la comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras se ven privilegiadas.

### 1.2.2. DINÁMICA

Al hablar de dinámica familiar nos referimos a todos los aspectos involucrados en la forma en que se relacionan los miembros de la familia.

Satir (cit. en: Meléndez, 1994) menciona que de manera general existen dos tipos de sistemas familiares a los que él denominó: "abiertos" (funcionales) y "cerrados" (disfuncionales). Los sistemas familiares abiertos tienen flexibilidad y oportunidad de elección, pueden cambiar dependiendo del contexto y reconocer el cambio, existe libertad y aceptación de las expresiones, de los miedos, amores, iras, frustraciones y errores, sin miedo a ser marcados o criticados.)

Por el contrario, los sistemas cerrados tienen reglas fijas aún cuando cambien las circunstancias, las relaciones entre los miembros son débiles, distorsionadas y rígidas, en relación al exterior del sistema. El poder es su principal elemento, lo mismo que la dependencia, el conformismo y la culpabilidad.)

Onnis (1990) y Minuchin (cit. en: Lansky, 1981; Minuchin & Fishman, 1989) se han centrado en el estudio de este tipo de familias disfuncionales, ya que son en éstas por lo regular donde se presentan enfermedades psicosomáticas en alguno de sus miembros; identificando estos autores cuatro características principales que cumplen las familias disfuncionales:

1. **Amalgamamiento o aglutinamiento:** En este tipo de familias sus miembros se sobreinvolucran unos con otros, es decir no existen límites que permitan una individualización de los miembros del sistema familiar, lo que lleva a que los roles y las funciones de cada uno sean confusos.

2. **Sobreprotección:** La familia muestra un alto nivel de solicitud e interés recíproco entre los miembros, mostrando sobrevigilancia entre ellos. Es así que cuando surge un enfermo dentro del núcleo familiar, éste funge como protector de la familia, ya que su enfermedad sirve de mediador de los problemas familiares.

3. **Rigidez:** La familia no es flexible a los cambios que se van dando dentro de la misma, resistiéndose al cambio por pensar que éste les hará perder la estabilidad alcanzada. Por lo regular se presentan al exterior como una familia unida sin más problemas que la enfermedad del hijo, negando así la necesidad de un cambio; aunque en el interior de la familia se presenten fuertes conflictos encubiertos.

4. **Evitación del conflicto:** Estas familias presentan poca tolerancia a los problemas, es así que producen ciertos mecanismos que les permitan desviar la atención de los mismos. Un claro ejemplo de esto es cuando la hija con asma presencia una discusión de los padres y en ese preciso momento le viene un ataque, centrando la atención de los padres hacia ella, y provocando con ello que dejen de discutir.

En general, el desligamiento (lo contrario a aglutinamiento) y el aglutinamiento son simples estilos transaccionales de interacción, pero cuando las familias se inclinan en forma extrema a uno de ellos, puede haber el riesgo de que surjan posibles patologías. Es así que los miembros de las familias desligadas pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen un desproporcionado sentido de independencia, carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia, asimismo pierden la capacidad para requerir el apoyo de otros cuando lo necesitan. Por otro lado, los miembros de las

familias aglutinadas, pueden verse perjudicadas, ya que el exaltado sentido de pertenencia requiere de un importante abandono de la autonomía (Minuchin, 1985b).

Cooklin (cit. en: Meléndez, 1994) les llama familias "caóticas" (aglutinadas) a las familias que presentan un apego excesivo, con gran desorganización y que poseen límites difusos, sobre todo entre los subsistemas padres-hijos.

Existen ciertas teorías que tratan de explicar el por qué surge un paciente psicosomático dentro de las familias disfuncionales, una de ellas es la del "chivo expiatorio", en la cual ven al enfermo como la víctima en la que se centran todas las frustraciones y ansiedades de la familia; sin embargo la Terapia familiar lo maneja como una persona participante dentro del mismo problema, ya que a partir de tomar la posición de enfermo llega a tener ciertos derechos que lo distinguen de los demás, pudiendo así ser el mediador de los problemas que se dan dentro de la familia (Onnis, 1990; Hoffman, 1992).

### 1.2.3. COMUNICACIÓN

La comunicación es un medio a través del cual los integrantes de la familia van a relacionarse e interactuar tanto entre ellos mismos, como con el medio que los rodea, esta comunicación puede ser de dos formas: verbal (lenguaje) y no verbal (gestual, posturas, distancia, entre otros). A través de ésta los miembros de la familia pueden aceptar o rechazar algo dicho por los demás, o por algún miembro de la familia en particular.

Dada su importancia la Terapia Familiar (TF) se ha encargado de estudiarla, definiéndola como "el sistema de comportamiento integrado que calibra, regulariza, mantiene y posibilita las relaciones entre los hombres" (Bateson, 1987, pág. 45). Siendo así un conjunto fluido y multifacético de los diversos modos de conducta (verbal y no verbal), formando un todo (Watzlawick et al, 1991). En el cual sus elementos son susceptibles de perturbaciones muy variadas y complejas. Su complejidad radica en la intervención de diversos aspectos en donde se exige el recuerdo de programas complejos (innumerables estructuras comportamentales, fonemas, gestos, expresiones,

contexto, entre otras) y un tratamiento continuo de la información. Es así que en la comunicación intervienen dos tipos de sistemas: el primer sistema se refiere a la estructura del comportamiento que debe ser almacenada en la memoria y recordable en todo momento; mientras que el segundo, al tratamiento a nivel orgánico que se hace de la información, es aquí donde interviene la percepción, la integración, la actividad neuromuscular, etc.)

Existen autores como Watzlawick et al. (1991) que se han encargado de estudiar la comunicación humana, elaborando una lista de cinco axiomas de la comunicación, los cuales permiten una mejor comprensión de este aspecto:

1. El primer axioma se refiere a la "imposibilidad de no comunicar"; puesto que nuestra conducta es un continuo sin fin y toda conducta en una situación de interacción tiene valor de mensaje (comunicación), por lo tanto no se puede dejar de comunicar; ya que la inactividad o actividad, el silencio o las palabras, todos tienen valor de mensaje, además nuestra conducta influye en los demás, permitiendo que el otro o los otros respondan, entablando así una comunicación.

2. "Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación": Toda comunicación humana es sinónimo de contenido, de mensaje. En éste intervienen varios factores como el contexto, el tono en que se dicen los mensajes, la actitud que uno toma al decirlo, entre otros. Dado que en la comunicación intervienen dos o más personas se establece una relación, la cual se define a partir del compromiso que los interactuantes asumen en una situación de comunicación, permitiendo además no sólo la transmisión de información sino también el imponer al mismo tiempo conductas.

3. El tercer axioma postulado por el autor es "la puntuación de la secuencia de los hechos": Esta es la manera en que cada uno de los comunicantes percibe la secuencia de los hechos, permitiendo establecer un tipo de relación, ya que cada uno de ellos organiza los hechos de la conducta de acuerdo a su percepción de las cosas, lo cual resulta vital para las interacciones en marcha.

4. El cuarto axioma al que refiere el autor es "Comunicación digital y análoga": En la primera se hace uso de la palabra para nombrar objetos, hechos, sujetos, etc. A través de ésta se transmite información acerca de los objetos o conocimientos, comprendiendo aquellos mensajes donde cada uno posee un referente y una categoría específica, refiriéndose a una sola cosa, sin incluir otras distintas. La palabra como signo arbitrario se utiliza para nombrar algo, aunque la relación entre el nombre y el objeto nombrado sea arbitrariamente establecida por la sintaxis lógica del lenguaje. Mientras que la comunicación análoga, encierra múltiples referentes, ya que se puede manejar de igual manera en una cosa y otra. Dicho lenguaje alude a un contexto y/o lo establece, comprendiendo toda comunicación no verbal (Bateson & Ruesch, 1984; Watzlawick et al. 1991; Haley, 1980, cit. en: Hernández, 1993).

5. El último axioma es el de "Interacción simétrica y complementaria": La primera es en la cual los dos comunicantes juegan un papel similar. En la pareja, es cuando ambos sujetos quieren tener el poder sobre la situación sin que ninguno ceda, entonces este tipo de interacción tenderá a provocar competencia, rivalidad, entre otros.

(Mientras que en la interacción complementaria, los comunicantes juegan roles diferentes pero que se acoplan reforzándose mutuamente (Bateson, cit. en: Watzlawick et al; 1991). Es así, que en una relación de dos uno puede tomar el papel de poder y el otro de sumisión, complementándose unos a otros.)

Por otro lado Bateson (cit. en: Hoffman, 1992), menciona una tercera forma de interactuar, la cual es la conjunción de las dos anteriores, a la que él denominó interacción "recíproca", en donde los interactuantes cumplen a veces papeles similares y en otras complementarios, permitiéndoles esto una mayor flexibilidad respecto a las demandas de la pareja.

(Dentro de la comunicación intervienen algunos aspectos tanto verbales como no verbales, como son la mirada, la posición corporal, entre otros; los cuales proveen información dentro de la

*situación de interacción. Todos estos aspectos de la comunicación no verbal no parecen producirse al azar sino que están ligados al habla humana. Desde que se nace se aprende a sincronizar los movimientos del lenguaje y del cuerpo, así los adultos manifiestan una auto-sincronía y una sincronía interaccional (Knapp, 1994).)*

*En la comunicación debe de existir una concordancia entre los aspectos verbales y no verbales para que ésta sea clara y concisa, ya que de no ser así surgirán problemas en la relación de interacción, lo que puede llevar a una patología.*

*Es por esto que Watzlawick (cit. en: Bateson, 1987), se ha enfocado a estudiar las características de una comunicación disfuncional a partir del tipo de relación que se establece; ya que el autor menciona que sólo la quinta parte de toda la comunicación humana sirve para el intercambio de información, mientras que el resto comprende al interminable proceso de definición, confirmación, rechazo y redefinición de nuestras relaciones con los demás. Para tal efecto se mencionan tres grupos de estructuras de comunicación disfuncional:*

### *1. La tangencialización y la descalificación:*

*En la tangencialización se establece una relación de comunicación en la cual no se toma en cuenta el contenido real del mensaje, es así que cuando A y B establecen una comunicación pueden haber constantes cambios de tema, ya que no se hace caso real de la información transmitida.*

*Por su parte Sluzki y cols. (1970, cit. en Bateson, 1987) describieron una gran cantidad de respuestas a las que denominaron "descalificaciones transaccionales", postulando que éstas ocurren cuando los indicadores metacomunicativos están ausentes y el contenido no corresponde al contexto, o bien, los indicadores sí están presentes pero el contenido sigue sin concordar. Este tipo de comunicación se utiliza para que la propia información o la del otro queden invalidadas, abarcando una amplia gama de pautas de interacción, como son: las autocontradicciones, las incongruencias, los cambios de tema, malentendidos, entre otros.*

## *2. Mixtificación:*

En éste la divergencia no aparece entre lo transmitido y la respuesta, sino entre la declaración de uno y las percepciones, sentimientos e intenciones del otro; es así que existe una evidente contradicción entre lo que se percibe y lo que el otro está comunicando. La mixtificación tiene como fin evitar el conflicto auténtico; aunque ello no evitará el conflicto, sino ocultará la causa real del mismo. La persona que trata de mixtificar tiene como objetivo confundir, ocultar, o enmascarar lo que está ocurriendo. Es aquí donde al sujeto mixtificado, otra persona le "debate" el contenido de su expresión y la sustituye por atribuciones de experiencia propia. De esta forma la mixtificación también se refiere a la inferencia de los sentimientos y pensamientos que hacen cada uno de los miembros de la familia acerca de los demás (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1982; Watzlawick et al: 1991).

## *3. Paradoja:*

Este tipo de mensaje contiene en sí mismo su propia contradicción, funcionando como una trampa en la que tropieza toda la lógica (Nardone & Watzlawick, 1992); un clásico ejemplo que permite explicar de manera más clara la paradoja es la del "mentiroso", el cual al decir "estoy mintiendo" afirma y al mismo tiempo contradice lo dicho por él; ya que dada su posición de "mentiroso" lo que está diciendo en realidad es "miento, luego miento cuando digo que miento".

Bateson (1956, cit. en: Nardone & Watzlawick, 1992) menciona que la comunicación paradójica se halla en la raíz misma de la constitución de las patologías y es ahí donde radica la importancia de su estudio.

Los elementos básicos que fundamentan la posición paradójica según Watzlawick (cit. en: Bateson, 1987) son: 1) la existencia de una relación complementaria (como por ejemplo, la relación Padre - Hijo); 2) que exista un mensaje que niegue lo antes dicho (negar lo que se afirma y afirmar lo que se niega) y 3) encontrarse en una situación que no puede evitarse, unida a la incapacidad de disolver la paradoja (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1993).

Es posible hablar de tres tipos de paradojas, correspondientes a tres áreas de la teoría de la comunicación humana, que son: la sintaxis, la semántica, y la pragmática.

a) Las paradojas lógico-matemáticas. Estas se limitan a sistemas formalizados como las matemáticas, cuyas aseveraciones pueden ser demostrables a partir de razonamientos lógicos.

b) Las Definiciones paradójicas. Estas se derivan de las anteriores, con la diferencia de que surgen de algunas incongruencias ocultas en la estructura de niveles del pensamiento y del lenguaje. Para entender esto volvamos al ejemplo del "mentiroso", que al llevar esta aseveración a su conclusión lógica se encuentra que tal afirmación es verdadera sólo si no lo es; en otras palabras, el hombre miente sólo si dice la verdad y, viceversa, es verás cuando miente.

c) Paradojas pragmáticas. Dichas paradojas surgen en el curso de las interacciones, determinando la conducta de los participantes; y se dividen en Instrucciones y predicciones paradójicas.

### *1.3. Métodos de Evaluación.*

Como se puede observar, los diversos autores han tratado de caracterizar a las familias psicósomáticas, de acuerdo a su dinámica y comunicación familiar, utilizando diversos métodos para lograrlo. Existen dos tipos de métodos que evalúan a la familia, por un lado está el método observacional, el cual se da a partir de la observación directa del comportamiento familiar, es decir, la forma en que se comportan los miembros de la familia y la manera en que interactúan entre sí; por otro lado, está el método de autoreporte entre estos encontramos diversas medidas de autoreporte como lo es la Escala de Evaluación Familiar (FES), el cual tiene diez subescalas de funcionamiento familiar; el Cuestionario Familiar Leuven (LFQ); que consiste de tres escalas de función familiar Conflicto, Cohesión y Desorganización; y los modelos circumplejos que involucran la orden circular interpersonales a partir de 2 dimensiones ortogonales (esto es, Afiliación e Interdependencia o Adaptabilidad y Cohesión) en estos modelos, encontramos el Intrex que es una

*medida de autoreporte basado en el Análisis estructural de la Conducta Social (SASB) y la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar que es una medida de autoreporte que mide dos escalas : Cohesión y Adaptabilidad (Wonderlich, 1992).*

*Este último está basado en el modelo de Olson (1979, cit. en: Green, Harris, Forte & Robinson, 1991) el cual permite reunir de una manera sistemática las características o aspectos que arroja la Terapia familiar, desarrollando un modelo de evaluación que facilita relacionar la práctica clínica con la teoría y la investigación, las cuales guían a la práctica.*

*Este modelo de funcionamiento familiar, llamado Modelo Circumplejo, tiene como objetivos:*

- 1. Identificar y describir las dimensiones centrales de la Cohesión y Adaptabilidad familiar. Actualmente se aplica en México para describir la estructura y tipología familiar.*
- 2. Demostrar la utilidad de estas dimensiones, reduciendo la diversidad aparente de conceptos acerca del proceso familiar.*
- 3. Indicar cómo las relaciones pueden distribuirse con el balance dinámico entre constancia y cambio (dimensión de adaptabilidad) y entre amalgamiento y desarticulación (dimensión de cohesión).*
- 4. Demostrar como esas dos dimensiones, pueden proporcionar una más completa y útil aplicación de la Teoría General de los Sistemas a la familia.*
- 5. Describir de una forma más directa y clara las propiedades del grupo familiar, en vez de tomar en cuenta sólo las propiedades diádicas o las características individuales.*
- 6. Proporcionar una nueva forma de integración de conceptos de lo individual como sistema, con conceptos del sistema marital y familiar.*
- 7. Crear un modelo dinámico, que describa como los sistemas marital y familiar pueden adaptarse a situaciones de crisis y a los cambios del desarrollo que ocurren en el ciclo de vida familiar.*

8. Proporcionar un marco de referencia que pueda ser aplicado a la intervención clínica y programas educativos para parejas y familias (Olson, Spenkle & Rusell, 1979).

Como se mencionó, el Modelo Circumplejo está organizado por dos dimensiones de vida familiar: Adaptabilidad y Cohesión (Mathis & Tanner, 1991). Este modelo se ilustra por un diagrama (ver anexo 1) en el cual los puntos medios de los 4 niveles de adaptabilidad y los 4 de cohesión, se intersectan, resultando así una tipología de 16 diferentes tipos de familias, las cuales pueden caer dentro de tres categorías de funcionalidad familiar: a) **familias funcionales** (cuatro familias que según el modelo presentan dinámicas funcionales: Flexiblemente Separada, Flexiblemente Conectada, Estructuralmente Separada y Estructuralmente Conectada), b) **familias con funcionalidad media** (ocho tipos de familias que presentan una funcionalidad media: Caoticamente Separadas, Caoticamente Conectadas, Rigidamente Conectadas, Rigidamente Separadas, Flexiblemente Desvinculadas, Flexiblemente Amalgamadas, Estructuralmente Desvinculadas y Estructuralmente Amalgamadas), y c) **familias disfuncionales** (cuatro tipos de familias que son categorizadas como disfuncionales: Caoticamente Desvinculadas, Caoticamente Amalgamadas, Rigidamente Desvinculadas y Rigidamente Amalgamadas) (Green et al, 1991; Mora, 1992). Las características de cada una de estas familias en cuanto a adaptabilidad y cohesión se presentan en el anexo 2 y 3.

Otra dimensión que el modelo evalúa es la comunicación, la cual se ve como una dimensión que le permite a la familia cambiar cuando lo necesite, es decir, facilita el movimiento de la familia y los niveles de adaptabilidad y cohesión. Es necesario tener en cuenta que el modelo es dinámico y se supone que en el transcurso del tiempo pueden ocurrir cambios en los tipos de familias. De esta forma la clasificación que se haga de la familia, puede moverse libremente en cualquier dirección como producto de: la situación, estado, ciclo de vida familiar o socialización de sus miembros al paso del tiempo (Cole & Jordan, 1989).

Asimismo, con la utilización del modelo circumplejo existe la posibilidad de realizar un estudio longitudinal en donde se observe el movimiento de la clasificación de la familia en un adulto, con lo

*cual probablemente podría comprobarse que en medida que los adolescentes vayan creciendo y madurando en esta magnitud las relaciones interfamiliares mejorarán y viceversa.*

*Estas dimensiones del modelo circumplejo, pueden ser medidas con la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES, Olson, 1982), que es un cuestionario de autoreporte en el cual se obtienen puntuaciones independientes y que al correlacionar los puntajes obtenidos en Cohesión y en Adaptabilidad, nos permite obtener la tipología familiar que se clasifica en base al modelo circumplejo. El FACES II (ver anexo 4) consta de 30 reactivos de los cuales 16 pertenecen a la dimensión de Cohesión y 14 a la de Adaptabilidad. Dentro de cada dimensión se hacen agrupaciones de 2 ó 3 reactivos que miden diferentes factores (Cole & Jordan, 1989).*

*Dentro de la dimensión de Cohesión encontramos los factores siguientes:*

- 1) Lazos afectivos (Pregs. 1 y 17)*
- 2) Límites o Fronteras (pregs. 3 y 19)*
- 3) Coaliciones (pregs. 9 y 29)*
- 4) Tiempo (pregs. 7 y 23)*
- 5) Espacio (pregs. 5 y 25)*
- 6) Amigos (pregs. 11 y 27)*
- 7) Toma de decisiones (pregs. 13 y 21)*
- 8) Interés y diversiones (pregs. 15 y 30).*

*En cuanto a la dimensión de Adaptabilidad, están los factores siguientes:*

- 1) Asertividad (pregs. 12, 14 y 28)*
- 2) Liderazgo o Control (pregs. 4 y 16)*
- 3) Disciplina (pregs. 6 y 18)*
- 4) Negociación (pregs. 8, 20 y 26 )*
- 5) Roles (pregs. 10 y 22)*
- 6) Reglas (pregs. 12 y 24).*

*Como se puede observar existen diversos métodos para evaluar la dinámica familiar, estos han sido utilizados principalmente en familias con padecimientos psicosomáticos, ejemplo de ellos son padecimientos de asma, diabetes, y en los últimos años se han puesto mayor énfasis en los Trastornos de la Conducta alimentaria, como son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, observando que se encuentra relación entre el padecimiento y cierto tipo de dinámica familiar, por lo que resulta importante estudiarla.*

## Capítulo 2.

### Trastornos alimentarios : Anorexia y Bulimia nerviosa.

*En una sociedad industrializada como en la que vivimos, se le ha dado gran importancia al tema de la alimentación, no sólo porque ésta provee el individuo de todos aquellos nutrientes que le son necesarios para su buen desarrollo biológico, físico y psicológico, sino también porque es un contexto a través del cual uno se puede relacionar con amigos, familiares, resolver problemas de trabajo, entre otros.*

*De esta manera , encontramos que existen diversos tipos de trastornos, desórdenes o anomalías alimentarias, en los que están involucrados factores biológicos, psicológicos y sociales; y por lo tanto, no se pueden reducir los modelos etimológicos a causas meramente biológicas. Actualmente se reconoce cuatro tipos de trastornos alimentarios: la Anorexia Nerviosa (rechazo compulsivo a los alimentos), la Bulimia (sobrealimentación compulsiva), el trastorno por alimentación compulsiva y la Obesidad (sobrepeso crónico).*

*La Obesidad o sobrepeso crónico se da si el peso del individuo excede en por lo menos un 20%, en base a su talla y estructura ósea; y se refiere a un exceso de tejido adiposo asociado con numerosas enfermedades y con un alto índice de mortalidad, producto de un balance energético mayor al óptimo, que puede provenir de diversos factores: bioquímicos, genéticos. Hormonales, de composición corporal, nerviosos, psicológicos y culturales, por lo que se le puede considerar como fenómeno multifactorial (Alvarez y cols, 1992; Vázquez y Alvarez, 1994; González & López, 1995).*

*Es importante mencionar que la Obesidad no es considerada como un trastorno alimentario dentro del DSM-IV, pues existe una polémica en cuanto a si es de orden biológica o mental; mientras que la Bulimia y la Anorexia son trastornos que tienen características similares entre las que se encuentran el miedo a engordar y su distorsión de la imagen corporal.*

## **2.1. Bulimia Nerviosa.**

Con respecto a la Bulimia; el término por si mismo tiene una derivación griega que significa "hambre de Buey" y connota un estado en el cual el individuo repetitivamente consume rápidamente gran cantidad de comida, acompañado por malestar y angustia, que obliga a comer en exceso y aprisa, la cual se define como "una urgencia irresistible por comer (la mayoría dulces o comidas calóricas) o el sentimiento de ser incapaz de dejar de consumir alimento (Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1992) Es una dependencia física y psíquica por la comida semejante a la drogodependencia, debido a:

- El síndrome de Abstinencia: debilidad, dolor epigástrica, irritabilidad, angustia, depresión, tendencia compulsiva a apropiarse del alimento.
- A la voluptuosidad de ingerir alimento y desaparición instantánea de todos los síntomas
- Sentimientos de culpabilidad, que llevan a provocar el vómito, tomar laxantes y diuréticos para compensar el exceso alimentario (Martínez-Fornés, 1994).

La definición actual de la Bulimia Nerviosa la da el DSM-IV de la American Psychiatry Association, el cual proporciona una serie de criterios para describir o caracterizar el desorden (Gwirstman, 1993).

Es así que se habla de Bulimia nerviosa cuando se presentan ataques reiterados de ingesta compulsiva, acompañado de una conducta alimentaria fuera de control, además se presentan recurrentes conductas compensatorias como la purga y/o el ejercicio excesivo para prevenir el exceso de peso. El peso del paciente se mantiene normal o ligeramente por debajo de lo normal, y se presenta frecuentemente en mujeres jóvenes normo-peso, que generalmente han tenido una historia de obesidad (Kaplan & Sandock, 1994).

Así mismo en el DSM-IV se citan dos tipos de Bulimia Nerviosa: a) el tipo con purga, donde la persona regularmente se involucra en la autoprovocación del vómito o en el uso de laxantes o diuréticos; b) el tipo sin purga, en el cual la persona usa conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, así como la dieta y el ejercicio, pero no utilizan la purga.

### **2.1.1. Factores Biológicos.**

Debido a estas conductas, los pacientes bulímicos presentan signos de deshidratación y anomalías electrolíticas, alcalosis metabólica e hipokalemia. Estas anomalías metabólicas son asociadas con fatiga muscular y malestar general; y pueden también ser responsables de numerosas arritmias cardíacas (Gwirtsman, 1993; Greenfeld, Mickley, Quinlan & Roloff, 1995). Presentan además problemas gastrointestinales, cardiovasculares, endócrinos, neurológicos (atrofia cerebral reversible), dentales (erosiones en los incisivos superiores, incremento de caries) y dermatológicos. Así mismo presentan cansancio, el cual se debe a la pérdida de líquidos, cloruros y potasio que es ocasionado por el consumo indiscriminado de laxantes y diuréticos.

### **2.1.2. Factores Psicológicos y sociales.**

La mayoría de los pacientes bulímicos son sexualmente activos; ocurre en personas con altas tasas de trastorno del ánimo y en el control de impulsos. Además se ha reportado que se presenta en personas con riesgos de trastornos relacionados a la toma de sustancias y a una variedad de trastornos de la personalidad. Se observa además, que las bulímicas cultivan sus amistades y su vida social, son personas que consideran tener hábitos vergonzosos, que ocultan mostrando escasa disciplina, siendo inestables, pues muestran cambios frecuentes de estudio y de ocupación laboral. Cuando adquieren conciencia de su enfermedad, acuden solas a consulta sin que su familia se entere (Martínez-Fornés, 1994).

Algo importante en la génesis de la bulimia es una serie de trastornos psicológicos, como la neurosis de angustia, ya que los bulímicos se sienten culpables, avergonzados y con rasgos depresivos. Las bulímicas son impulsivas y obsesivas con inestabilidad afectiva que los lleva de la depresión a la euforia y de la euforia a la depresión, sin intervalo alguno, algunas presentan personalidad Borderline cuando coinciden con Anorexia, son pacientes con trastorno caracterológicos: extremadas, rebeldes, desordenadas, propensas a todo desmadre (caos) (Martínez-Fornés, 1994).

También se ha investigado el núcleo familiar de estas personas, encontrando que en ellas se experimenta menos compromiso, apoyo, mayor aislamiento y encubrimiento e indiferencia entre los integrantes de la familia, en comparación con familias normales. Además la Bulimia, está asociada a

la falta de afecto paterno y a una excesiva negatividad y hostilidad que es percibida por la hija bulímica (Feinstein & Sorosky, 1988; Kinzl, Traweger, Guenther & Biebl, 1994). A la bulimia también se le relaciona con familias de tipo conflictivo, desorganizado y crítico; advirtiéndose además límites interpersonales fuertes y mayor habilidad para enfrentar los desacuerdos o conflictos y presenta facilidad para expresar sentimientos, menor compromiso, cohesión y apoyo familiar (Pike y Rodin, 1991).

### **2.1.3. Tratamientos:**

En cuanto a los tratamientos que se le ha dado a los pacientes bulímicos Martines-Fornés (1994), señala que un buen programa de ayuda debe comprender:

a) Una terapia cognitiva para ayudarle a cambiar sus patrones de pensamiento, con respecto a la comida y, ayudarla a desarrollar cualidades positivas de personalidad y mejorar las relaciones interpersonales.

B) Una terapia conductual para fijar metas y objetivos realistas.

C) Una terapia de grupo, ya que es estimulante para las bulímicas el contacto con otros pacientes que superan la Bulimia. Además menciona que es imprescindible que en el tratamiento se involucre a la familia de una manera activa.

De esta manera, la Terapia Familiar, también ha tratado de dar un tratamiento a la familia de los pacientes bulímicos, aunque algunos autores han encontrado un mayor índice de abandono de la Terapia Familiar en este tipo de familias; quizá debido a que este tipo de personas tienen un bajo control de sí mismas y a pesar de que en sus familias sean menos evitadores de conflictos, la terapia confronta y conduce a todos los miembros de la familia a conocer y a buscar el porqué del síntoma y como cada uno de los miembros ha contribuido a su mantenimiento.

## **2.2. Anorexia Nerviosa.**

Por otro lado en el caso de la Anorexia nerviosa, ésta ha sido identificada como enfermedad desde mediados del siglo XIX, con los trabajos publicados por Gull en Inglaterra y Lasegue en Francia. Sin embargo, el primero en utilizar el término "Anorexia nerviosa" fue Sir William Gull en 1868 y se refería a ella como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario (en Toro y Vilardell, 1987); además describe sus características

clínicas como demacración, amenorrea, bradicardia, estreñimiento, baja temperatura corporal, edema de las piernas y cianosis periférica. En 1873 el neuropsiquiatra francés Lasegue la califica de inanición histérica y la considera una enfermedad psicógena (Hsu y Lee, 1993).

Tras estos primeros trabajos los investigadores y clínicos han ido desarrollando diversas hipótesis y conceptos o definiciones sobre la Anorexia nerviosa. Por ejemplo Yates (1973) menciona que el primer síntoma de la anorexia nerviosa es la pérdida de peso, de naturaleza progresiva y severa que sigue a un rechazo a comer, comienza en la adolescencia; y la paciente es de una personalidad neurótica; además menciona también que: a) no hay pérdida de la función sexual; b) no hay disfunción glandular; c) no hay deterioro intelectual; d) no hay actividad inagotable; e) existe un comienzo temprano de la amenorrea; f) su causa es psicológica; y g) tiene un comienzo gradual.

### 2.2.1. Definición.

"La anorexia nerviosa es una enfermedad psicosomática caracterizada por la pérdida notable de peso, que puede llegar a caquexia y a un trastorno perceptivo de la imagen corporal, que la hace verse "horrible" con exceso de grasa en abdomen, caderas y muslos".

En la actualidad, se habla de anorexia nerviosa cuando la persona restringe su consumo de alimento, manteniéndose en un 15% por debajo de su peso normal en base a su estatura y edad, además se caracteriza por un profundo trastorno de la imagen corporal y una inexorable búsqueda de la delgadez, hasta llegar al grado de la inanición.

Este trastorno tiene mayor prevalencia en mujeres, y generalmente inicia en la adolescencia, esto debido quizá a que es una etapa que implica grandes cambios, los más notables son los físicos, y rara vez la niña está preparada (al menos emocionalmente) para ese desarrollo; ya que el crecimiento de su cuerpo, y el desarrollo de sus características sexuales se dan acompañadas de nuevos sentimientos, deseos e impulsos, y como consecuencia nuevas situaciones a las que debe enfrentarse (Stierlin & Weber, 1990).

Browman (1985) expresa que la anorexia nerviosa a la cual también se le llama fobia del adolescente al peso, comienza o suele comenzar con un intento de dieta para perder grasa corporal,

deseo que posteriormente se transforma en una fobia patológica que se caracteriza por el temor a ganar peso, ante lo cual además se realizan diversas acciones, con la finalidad de evitar la ganancia de peso.

Hallsten (1965, en Yates, 1973) hizo hincapié en que el temor a ser gordo llevaba a la dieta, la cual producía una reforzante pérdida de peso. La desaprobación hacia la gordura por parte de los demás, conduciría a más ansiedad, que se reduciría por la técnica que previamente mostró ser exitosa (es decir, la dieta) en la reducción de la ansiedad, y de ahí la progresiva disminución en la ingesta de alimento.

Con lo mencionado hasta aquí se puede notar que los diversos autores marcan la fobia al peso como un aspecto importante para que se de el trastorno alimentario, en este caso la Anorexia nerviosa, sin embargo debemos tener en cuenta que no es el único, ni es el factor determinante de este trastorno.

En una revisión teórica hecha por Hsu & Lee (1993) acerca de si la fobia al peso es el único factor determinante para los trastornos alimentarios, se encontró que éste es ampliamente aceptado y considerado como la piedra angular de la anorexia nerviosa, sin embargo mencionan que los hallazgos en Hong Kong y la India, donde se observó que la fobia al peso está ausente en muchos pacientes anoréxicos y bulímicos, por lo que se asevera que el valor que se le da a la fobia al peso, puede diferir de una cultura a otra. Además explican que esta fobia es "un idioma de ansiedad" cultural que concierne a la manera en que el estatus del peso, la apariencia y la ingesta de comida, son conceptualizados en la sociedad moderna; por lo tanto los pacientes anoréxicos de diferentes culturas pueden adoptar diferentes expresiones de ansiedad. Así, en esta revisión los autores concluyen que la anorexia nerviosa puede ser conceptualizada e identificada sin usar necesariamente el fenómeno de fobia al peso o distorsión de la imagen corporal.

### **2.2.2. Criterios de diagnóstico.**

Hay diferentes formas de determinar la existencia de un desorden alimentario. Según la American Psychiatry Association, en el DSM-IV, los criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa son 1) Negativa persistente a mantener el peso corporal en el peso mínimo esperado (un peso menor

al 85% del peso esperado) o la imposibilidad de ganar el peso durante el período de crecimiento; 2) profundo temor a engordar o a subir de peso, reaccionando con una drástica pérdida del mismo; 3) perciben grasa o deformación corporal y muchas veces niegan su enflaquecimiento; 4) las mujeres deben presentar una ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea) (Wilson & Walsh, 1991; Kaplan & Sandock, 1994).

Así mismo en el DSM-IV (1994), ya se incluyen y distinguen dos tipos de anorexia nerviosa, a) el tipo restrictivo (anorexia restrictiva), durante el cual la persona restringe su ingesta pero no se involucra en atracones o conducta de purga (autoprovocación del vómito o el uso de laxantes o diuréticos); b) el tipo de alimentación compulsiva/purga (anorexia bulímica), durante el cual la persona se involucra regularmente en atracones o purga. En ambos tipos de anorexia, se encuentra una preocupación por el peso e imagen corporal, las pacientes pueden realizar ejercicios por horas al día, estar socialmente aisladas, tener síntomas depresivos y disminuir su interés sexual.

Sin embargo, a pesar de que en el DSM-IV se incluyen estos dos subtipos, ya con anterioridad se había considerado; quizá el primero en hablar de esta diferencia fue Pierre Janet (1919, en Toro y Vilardell, 1987) ya que menciona la existencia de una anorexia histérica, que sería comparada con la anorexia bulímica, debido a que la persona no mantendría su experimentación de hambre; es decir, no mantendría un autocontrol sobre su conducta de comer, también menciona una anorexia psicasténica, es decir obsesiva, la cual es comparada con la anorexia restrictiva, ya que éstas mantendría la experimentación de hambre y tendría un autocontrol de sí mismas, y por lo tanto de su conducta.

Más tarde, Garrow (1975, en Toro & Vilardell, 1987) habla de un subgrupo de pacientes anoréxicos con características peculiares. Estas comen en exceso, vomitan con frecuencia acultándose para hacerlo, viven aterrorizadas ante el aumento de peso. Aquí estos autores hablan ya de una anorexia restrictiva y una anorexia bulímica.

La anorexia nerviosa puede ser considerada como una enfermedad compleja, en la cual están implicados diferentes síntomas o aspectos.

Debido a la pérdida de peso, y a la negativa a alimentarse, la anorexia nerviosa trae consecuencias de índole Biológico, Psicológico y Social; aspectos que se han visto como causas y otras veces como consecuencias, sin llegar a nada claro; sin embargo, se coincide en que se presentan junto a la anorexia, y por lo tanto ésta se considera como un fenómeno multifactorial.

Es así, que aunque la mayoría de los autores estén de acuerdo en que la anorexia está caracterizada por un deseo de ser delgados y por la pérdida de peso, la enfermedad va más allá de dichos aspectos, y además éstos difieren entre los pacientes.

De esta manera, se encuentra que por ejemplo, los pacientes difieren con aspectos a sus niveles de desarrollo del ego, al desarrollo psicosexual, a la experiencia de la relación heterosexual, a la competencia social premórbida y al esfuerzo (Lansky, 1981).

Por ésto se hace necesario especificar a que se refiere cada uno de los factores (biológicos, psicológicos y sociales) que acompañan a la anorexia nerviosa.

### 2.2.3. Factores Biológicos.

En la paciente anoréxica, se presenta una excesiva delgadez, la función de la tiroides está suprimida y debido a la inanición se presenta la amenorrea (primaria, cuando aún no aparece la primera menstruación; y secundaria, cuando después de llegada la menstruación ésta se suspende por tres meses o más), lo que refleja disminución en los niveles hormonales (Kaplan & Sandock, 1994); también se presenta estreñimiento, baja temperatura del cuerpo, demacración, trastornos del sueño, y presenta una actividad inagotable; suele haber bradicardia y vasoconstricción periférica con sensación de frío en las extremidades, presenta emaciación grave, y hay atrofia del tubo gastrointestinal. En la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa, está aumentada en ayunas, la concentración plasmática de la hormona de crecimiento ( Browman, 1985; Hsu & Lee, 1993; Schütze, 1983 ).

Por otro lado, se han realizado estudios en humanos que han demostrado que la serotonina facilita la saciedad y puede participar en el control de la ingesta de carbohidratos, por lo que se

sugiere que la serotonina juega un papel en la patogénesis de los trastornos alimentarios, ya que se ha encontrado que la respuesta serotoninérgica se encuentra reducida en algunos pacientes con trastorno alimentario. Sin embargo, se cree que algunos hallazgos pueden ser reflejo de inanición que mecanismos patogénicos que contribuyen a una conducta alimentaria maladaptativa (McBride, Anderson, Khait, Sunday & Halmi, 1991).

#### 2.2.4. Factores Psicológicos y Sociales.

En cuanto a estos factores las pacientes anoréxicas presentan algunas conductas somáticas, especialmente la incomodidad epigástrica, ánimo depresivo, y tienen un pobre ajuste sexual, en algunos adolescentes se da un desarrollo psicosexual demorado, mientras que en los adultos se da una disminución del interés sexual. Tienen rasgos obsesivo-compulsivos con respecto a la comida, éstos además las lleva a realizar conductas planeadas y ritualistas; así mismo, se vuelven extraordinariamente disciplinadas, desarrollando así un sentimiento de autonomía e independencia, complejo de Peter Pan (es decir, el deseo de no crecer) (Thiel, Brooks, Ohlmeir, Jacoby & Schüßler, 1995).

Así mismo, las mujeres que tienen la enfermedad muestran distintas características de personalidad, en particular una tendencia hacia la inhibición emocional y cognitiva; presentan también una gran disposición hacia la conformidad con los estándares exactos y un sentido de ineffectividad podría ser factores de riesgo para desarrollar y perpetuar el proceso de la anorexia nerviosa (Casper, 1990).

Otro aspecto de la personalidad anoréxica, es que caen en actitudes contradictorias, apenas compatíbles entre sí, ya que en ocasiones pasan de ser sumamente meticulosas, absolutamente formales, limpias y ordenadas, ser descuidadas en su aseo personal y su vestimenta (Schütze, 1983).

Además, algunos estudios sugieren que entre otros aspectos que acompañan a la anorexia nerviosa (que además se relacionan entre sí), se encuentran la sobreestimación de la forma del cuerpo, baja autoestima, el neuroticismo, y un alto locus de control interno (Garner & Garfinkel, 1981; Norris, 1984, en: Walter & Kendler, 1995). Otro aspecto importante en los pacientes anoréxicos es que en sus relaciones interpersonales un aislamiento social, y/o tienen menos relaciones sociales

satisfactorias. Sus relaciones sexuales son "decepcionantes" o no tienen relaciones sexuales. Además algunas evidencias muestran historias familiares de depresión, de dependencia al alcohol, etc. Son también desconfiadas, hostiles, obsesivas, desafiantes, frías hasta la crueldad, especialmente con su madre.

Así, actualmente ya se habla de los diversos factores ambientales que están involucrados en el desarrollo de la anorexia nerviosa. Entre estos factores ambientales se pone de manifiesto la influencia de la familia en el desarrollo y curso del desorden alimentario. Por ejemplo, anteriormente se mencionó la influencia de un factor genético, donde se ha observado que la anorexia puede deberse a éste o a factores sociales, puesto que se han realizado investigaciones en esta área, donde no queda clara la influencia de este factor (Strober & Humphrey, 1987).

Por ejemplo, Walter & Kendler (1995), mencionan que los efectos genéticos pueden incrementar la probabilidad de que la anorexia nerviosa se desarrolle a través de su personalidad (ya sea neurótica, preocupación y rigidez obsesiva, intraversión), que se expresan en forma de baja autoestima y miedo a la madurez (lo que incrementa el riesgo de desarrollo de los desordenes alimentarios); es decir, que la predisposición puede originarse en variaciones genéticas influenciadas por el temperamento y la personalidad, sin embargo, la última expresión requiere la presencia agregada de disturbios en las interacciones familiares y en otras presiones socioculturales.

Tomando en cuenta los diferentes aspectos que acompañan a la anorexia nerviosa se ha tratado de dar tratamiento adecuados para lograr la "cura" de este trastorno.

#### **2.2.5. Tratamientos:**

En los primeros tratamientos se enfatizó la importancia de la hospitalización del paciente por dos aspectos principales: 1) retira al enfermo de las condiciones en las que se está manifestando el trastorno (promordialmente la situación familiar) y 2) hace posible que el comportamiento familiar del paciente quede bajo estricta supervisión.

Hay diversos reportes sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa. Bachrach, Erwin & Mohr (1965, en Yates, 1973), realizaron un estudio conductista, en el cual se trataba a una paciente (mujer de 37 años) con una historia de 20 años de anorexia y un peso de 21.5 kg. El tratamiento consistió en el control operante de las contingencias que seguían al comportamiento de comer y de no comer. Los reforzamientos se hacían contingentes primero con el acto de comer y más tarde con el aumento de peso. Al ser dadas de alta la paciente pesaba 30 kg. y posteriormente 40 kg. Este estudio se vió como un tratamiento exitoso.

Sin embargo, no todos los tratamientos dan buenos resultados, por ejemplo, en un estudio mencionado por Hallsten (1965, en Yates, 1973), se utilizó el condicionamiento operante y la técnica de desensibilización, son una niña de 12 años y es éste el resultado no fue exitoso.

Como se puede ver, estos tratamientos se enfocan únicamente a la restauración del peso del paciente y se olvidan de la familia (que como se sabe es importante para el desarrollo de la anorexia nerviosa). Se ha visto además que los pacientes con un tratamiento individual pierden peso nuevamente al darlos de alta del hospital.

La efectividad de los tratamientos puede diferir en los pacientes por ejemplo, se ha observado, que la terapia individual es más efectiva en adultos, debido a que ellos tienen aparentemente una vida más independiente y no están supeditados a la familia. Por otro lado, en otra forma de tratamiento, como lo es la Terapia Familiar hay mayor eficacia en los jóvenes, ya que éstos se encuentran todavía dentro del núcleo familiar. Por último, la Terapia Familiar permite entrevistar a todos los miembros de la familia y observar durante un periodo de tiempo lo suficientemente prolongado cómo interactúan (Selvini, 1990).

Es aquí donde se puede observar que si la familia se muestra cerrada a los cambios y necesidades de sus hijos, es decir que los haga dependientes e inseguros, el adolescente tenderá a buscar una forma de control sobre la situación que está viviendo, desarrollando en algunas veces una enfermedad psicosomática, como en el caso de los trastornos alimentarios.

### **2.3. Instrumentos que evalúan Trastornos Alimentarios.**

Además de considerar los criterios de diagnóstico del DSM-IV, también existen instrumentos que permiten detectar a las personas con anorexia nerviosa o con riesgo de desarrollar la misma.

El inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI de Garner, Olmsted & Polivy, 1983) es uno de ellos, éste es un autorreporte de 64 ítems que se subdividen en ocho subescalas de actitudes pertinentes a los desórdenes alimentarios, además no sólo miden aspectos sintomáticos de éstos (determinados por las subescalas de tendencia a la delgadez, la bulimia y la satisfacción corporal), sino también para la patología fundamental de la personalidad (determinada por las subescalas de ineffectividad, perfeccionismo, disturbios interpersonales, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez). Los individuos con puntajes altos en las subescalas pueden ser de alto riesgo para desarrollar anorexia.

Otro instrumento utilizado para detectar trastornos alimentarios es el Test de Actitudes Alimentarias (EAT), que consta de 40 ítems que miden desórdenes alimentarios (Garner & Garfinkel, 1979).

Un instrumento más para detectar un trastorno alimentario es el Test de Bulimia (BULIT), el cual es un autorreporte de 36 ítems, bajo una escala de elección múltiple que fue desarrollado para conocer este tipo de trastorno. Con el BULIT, los sujetos pueden ser categorizados en base a síntomas particulares, examinando las respuestas de los ítems que guían a factores correspondientes (Smith & Thelen, 1984).

Es importante tomar en cuenta todos los aspectos que se ven involucrados en los trastornos alimentarios para así poder dar un tratamiento más completo para este tipo de padecimientos.

### *Capítulo 3.*

## *La relación entre los Trastornos de la Alimentación y la Familia.*

En la actualidad se ha considerado a los trastornos alimentarios desde un punto de vista multidimensional, de esta manera ha tomado en cuenta al núcleo familiar como participante en la aparición y/o mantenimiento del trastorno alimentario.

De este modo; algunos autores han encontrado relación entre ciertas características de la familia y la presencia de trastornos alimentarios, tal es el caso de Onnis (1990), quien encontró que la obesidad se encuentra mantenida en parte por una dinámica familiar disfuncional, ya que el paciente obeso sirve como mediador entre los padres, en donde los mensajes pasan a través de él y de su síntoma, adquiriendo de esta forma una función específica sobre la comunicación y la relación en el interior de la familia.

Por su parte, Alvarez et al (1992), realizaron una investigación con familias obesas empleando la Técnica de Apreciación de la Interacción Familiar (FIAT), encontraron que la dinámica familiar que se lleva en éstas, en comparación con familias normo-peso, se caracterizan por tener una alta ocurrencia de amalgamamientos, alianzas y coaliciones rígidas, jerarquías disfuncionales y una marcada sobreprotección. Del mismo modo González & López (1995) así como López, Mancilla & González (1995) realizaron una investigación con obesos, enfocada al estudio de las pautas y redes de comunicación, en donde encontraron que en las familias obesas no existen límites generacionales, ya que se presenta una triangulación entre los padres y uno de los hijos (por lo general el hijo obeso), lo que permite que el hijo se convierta en un intermediario de las comunicaciones entre los padres; así mismo, existen constantes interrupciones durante las conversaciones que sostiene la familia e interpretación de los sentimientos de los otros (mixtificación), y mensajes en el que se oculta otro de desagrado o resentimiento (metamensaje). A partir de dichos resultados concluyen que las familias poseen ciertos elementos (tangencialización,

mixtificación, predicción y mandato paradójico) que son comunes en las familias catalogadas como psicósomáticas.

Así, con lo que respecta a los trastornos bulímicos se ha encontrado que éstos se relacionan con sistemas de familias de tipo conflictivo, desorganizado, crítico o amurallado al compararlas con familias normo-peso (Pike & Rodin, 1991). Algunos autores han encontrado que las características de Minuchin (1985) de las familias disfuncionales, descritas en el capítulo 1; corresponden con aspectos de las familias de pacientes bulímicos (Dare & Eisler, 1985), a pesar de ello este tipo de trastorno no ha sido muy investigado dentro de la terapia familiar. Sin embargo, Schwartz, Barrett & Saba (1985) han encontrado tres características más en este tipo de familias, a parte de las mencionadas por Minuchin, que presentan este tipo de familias como son: aislamiento, conciencia de la apariencia y un significado especial que atañen a la comida y a la alimentación, estas características dependen del grado en que la familia sostiene sus valores de identidad. Lo que lleva a destacar la importancia de las creencias familiares en el desarrollo del trastorno.

De igual manera, Root, Fallon & Friedrich (1986, cit. en Wonderlich 1992) delinearon 3 tipos de familias bulímicas: perfectas, sobreprotectoras, y caóticas, sugiriendo que estos tres tipos de familias bulímicas tienen problemas de límites.

Otros autores como Giat-Roberto (1986) colocan un énfasis particular sobre la extrema lealtad del niño en este tipo de familia bulímica, lo cual perturba el crecimiento de autodesarrollo del mismo. La autora sugiere que en la familia, la lealtad es transmitida a través de los legados familiares transgeneracionales, los cuales son considerados como la porción experiencial de los sistemas de creencias familiares; estos sistemas de creencia están profundamente relacionados con la comida y el simbolismo del peso, los cuales se piensa que tienen pertinencia en el desarrollo de los síntomas bulímicos.

Estos trabajos, están basados en observaciones clínicas, y como menciona Wonderlich (1992) son necesarios los exámenes o investigaciones empíricas. Se han realizado diversas investigaciones con las que se pretende determinar las características de las familias con un

trastorno alimentario, en lo que respecta a la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y sus subtipos, por lo que se han realizado trabajos en los que se han utilizado métodos observacionales y de autoreporte, siendo este último el más usado dentro del trabajo empírico.

Es así que diversos autores han usado en sus investigaciones diversos métodos de autoreporte como el FES, el cual al ser usado en el estudio de familias bulímicas, sugieren que los bulímicos de peso normal perciben a sus familias como menos expresivas y cohesivas, pero más conflictivas y orientadas al logro que los control (Johnson & Flach, 1985; Wonderlich, 1992).

En otra investigación realizada por Humphrey (1986, 1987, 1988, en Wonderlich, 1992), en donde usó el Intrex, reportó que los pacientes bulímicos y anoréxicas bulímicas ven a sus padres como culpables, rechazantes y negligentes, así como menos nutricos y confortables que los control.

Por otro lado, en el caso de la Anorexia Nerviosa, Heron & Leheup (1984) encontraron que las personas anoréxicas presentaban una personalidad perfeccionista, pertenecientes a familias con pequeños conflictos abiertos y con poco contacto con el mundo exterior, no permitiendo de esta manera que la adolescente forme sus sentimientos de autonomía e identidad durante la maduración. También se ha visto que pertenecen a una familia estable, sin problemas económicos, con una "aparente" perfecta convivencia, aunque poco espontánea. Bajo esa "aparente" normalidad, se aprecia una excesiva dependencia interpersonal. Una estructura familiar sin fronteras, como si todos sus miembros fueran uno sólo, especialmente el binomio madre-hija.

Del mismo modo Humphrey, Apple & Kirschenbaum (1986) compararon a familias de pacientes anoréxicos-bulímicas con familias normales. Para esto a los participantes se les puso a discutir un tema relacionado con la separación de la hija del núcleo familiar. Las interacciones fueron grabadas y codificadas, de esta forma se encontró que los padres de las hijas anoréxicas mostraron el uso de comunicaciones de doble sentido (metacomunicaciones) las cuales se oponían a que sus hijas tomaran el control de sí mismas, dificultando la adquisición de su autonomía; además las hijas mostraban una ambivalencia en las interacciones con sus padres. A partir de lo anterior, se puede

observar que el uso de una situación que implica un cambio (el alejamiento de la hija) en la familia, permite estudiar la manera en cómo ésta se relaciona a través de la comunicación.

En otro estudio se comparó familias de pacientes con desorden alimentario (anoréxicas restrictivas, anoréxicas bulímicas y bulímicas) y sujetos normales. Los resultados encontrados demuestran que las familias con desorden alimentario presentan una comunicación encubierta, principalmente en las discusiones entre padres e hijos. En el caso particular de las familias anoréxicas, éstas tienen problemas respecto a los límites interpersonales y mayor evitación de conflicto en su forma de interactuar. Por otro lado, las familias de pacientes bulímicas mostraron límites interpersonales fuertes y menos evitación de los desacuerdos (Kog & Vandereycken, 1989). Bajo la luz de estos resultados parece necesario investigar con mayor precisión las características de la comunicación en las familias que tengan algún miembro con un trastorno en la alimentación en específico, lo cual ayudará a caracterizar la dinámica y comunicación dentro de cada una de ellas, lo que nos permitiría proponer una alternativa terapéutica para estos tipos de padecimientos.

A lo largo de los años se han realizado innumerables investigaciones en las que se ha encontrado que las familias anoréxicas presentan entre sus miembros fuertes lazos afectivos, sobreprotección desmedida y una gran rigidez e incapacidad para resolver los problemas o hacer frente a los conflictos (Dare y Eisler, 1985; Lansky, 1981; Ludewig, 1991; Minuchin, 1991; Onnis, 1990; Sargent, Liebman & Silver, 1985; Stierlin & Weber, 1990; Vandereycken, 1995), además de comunicaciones negativas, complejas y contradictorias que permiten que el trastorno se mantenga (Wonderlich & Swift, 1990; Larson, 1991). Así mismo se menciona que en estas familias las hijas suelen estar expuestas a mensajes contradictorios y a establecer una coalición con la madre en contra del padre, al mismo tiempo que se presenta una ausencia de jerarquías claramente definidas y de una estructura de liderazgo (Stierlin & Weber, 1990).

Es así que Garfinkel, Kaplan, Garner & Darby (1983), mediante el Family Assesment Meassure (FAM) comprobaron que las pacientes anoréxicas y sus madres manifestaban tener mayores dificultades en sus familias en cuanto a la realización de tareas, la representación de papeles, de

comunicación y expresión afectiva. También puntuaron menos en las escalas de aceptación social, mientras que en los padres no se encontraron diferencias entre los grupos.

Johnson & Flach (1985) en una investigación realizada emplearon la Escala de Ambiente Familiar (FES) para comparar familias de pacientes bulímicos con familias normales, encontrando que los bulímicos percibían en sus familias un mayor nivel de conflicto así como una mayor facilidad para la expresión de sentimientos y menor cohesión. También refirieron menos interés por actividades sociales, intelectuales y recreativas. Esto es corroborado por lo encontrado por Humphrey (1986) quien utilizó el FES y el FACES (Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar) para evaluar a familias con un miembro con anorexia-bulímica, encontrando que dentro de éstas las hijas experimentaban angustia, la familia era más hostil, despreocupada y caótica, no había sobreprotección ni sobreinvolucramiento entre los miembros, por lo que estos datos contradicen lo expuesto por Minuchin, en cuanto a las características de las familias anoréxicas, adjudicando tales diferencias a la característica bulímica, ya que las pacientes en las que está basada la Teoría de Minuchin eran anoréxicas restrictivas, por lo que se hace importante diferenciar la dinámica y comunicación familiar en cada tipo de desorden alimentario. Cabe señalar que en estos estudios se han empleado instrumentos de autorreporte que evalúan la Dinámica y Comunicación familiar, los cuales ayudan a determinar de una manera indirecta tales aspectos, permitiendo así una mejor comprensión del sintoma dentro del núcleo familiar.

Por otra parte, se han encontrado en algunos estudios realizados que los padres de las pacientes anoréxicas por lo regular (en sus propias familias) eran los hijos más deseosos de cumplir las expectativas de sus padres, y por lo tanto los más influidos por las actitudes y juicios de valores paternos (Stierlin & Weber, 1990). Siendo este aspecto de importancia, ya que nos permite conocer la relación que existe entre las creencias de las familias de origen de los padres y el desorden alimentario.

Así mismo, Dare, Le Grange, Eisler & Rutherford (1994) hicieron un estudio de 26 familias con un paciente que sufre de un desorden alimentario (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa), en el cual

emplean dos formas de evaluación familiar: la Emoción Expresada (EE), que está basada sobre una entrevista con un pariente del paciente; y la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III). Los resultados de la EE, generalmente fueron bajos, aunque los padres fueron clasificados como que son moderadamente cariñosos en la manera en que ellos se relacionan con sus hijos durante la entrevista. Dentro de la EE existe la categoría de Comentarios Críticos en los cuales, los padres presentaron bajos niveles, lo que podría ser tomado para representar la evitación al conflicto. En cuanto al FACES, los pacientes parecen haber percibido a sus familias como no tan cerradas y altamente estructuradas. Los padres describieron a sus familias como más flexibles y cohesivas de lo que lo hacen los pacientes.

Es a partir de lo encontrado en las investigaciones con familias con algún miembro con trastorno alimentario, que se han generado alternativas terapéuticas que ayuda a este tipo de pacientes. A este respecto Ludewig (1991) menciona que dentro de las familias de anoréxicas, las madres (a veces ambos padres) están unidas a las hijas, dispuestas a hacer cualquier cosa para ayudar a la niña y evitarle frustraciones. En dichas familias algunos de los miembros mantienen vínculos más intensos de lo común: comparten los sentimientos de los otros, piensan los pensamientos de los otros y existe una gran dependencia entre sus miembros, por lo que la separación de uno de ellos representará una gran pérdida, originando en la familia una enorme angustia. Debido a esto el autor menciona que la mejor manera de ayudar a este tipo de personas es a través de la terapia familiar, ya que de esta forma la familia no tendrá que pasar por la angustia de la separación y además permitirá observar el contexto en el cual se desarrolla la enfermedad o patología.

Anteriormente la terapia que se daba a los pacientes con trastornos alimentarios estaba enfocada principalmente al tratamiento individual del enfermo, apartándolo de la familia y de su medio ambiente, lo que traía una mejoría temporal, ya que al ser puesto el enfermo en su contexto familiar el padecimiento volvía a resurgir o se presentaba otro, ya sea en el mismo paciente o en otro miembro de la familia.

De esta manera Minuchin en 1970 y Selvini Palazzoli en 1974 (cit. en: Vandereycken, Castro & Vanderlinden, 1995) aplican por primera vez la terapia familiar en un caso de anorexia nerviosa, partiendo de la idea de que la anorexia no es un trastorno mental individual sino que es el reflejo de una disfunción del sistema familiar, en donde el trastorno cumple un papel homeostático y estabilizador. Este tipo de terapia se encuentra encaminada a cambiar los patrones de interacción familiar que impiden el desarrollo de los diferentes miembros de la familia, sobre todo del paciente anoréxico, ayudando a todos a luchar contra la inseguridad del cambio y proporcionándoles directrices para establecer nuevos patrones de relación (Minuchin, 1991; Palazzoli et al, 1991; Hoffman, 1992). Esto es debido a que en la mayoría de las ocasiones los padres de este tipo de familias mantienen cierta rigidez en las creencias, reglas, juicios, tradiciones y actitudes de las relaciones y expresión de sentimientos; que le son heredados a través de generaciones, restringiendo de esta manera a los miembros de la familia a limitados patrones de interacción y provocando en ellos cierta vulnerabilidad para desarrollar una enfermedad psicosomática, como es el caso de la anorexia nerviosa (White, 1983). La existencia implícita de estas creencias varía de familia en familia, así como su grado de rigidez, de tal forma que en las familias donde las creencias son más rígidas e implícitas existen varios problemas, ya que los miembros de la familia restringen sus patrones de relación, no permitiéndoles solucionar de manera adecuada los conflictos a los que se enfrentan día con día.

Minuchin, Rosman & Baker (1978, cit.en: Vandereycken, Castro & Vanderlinden, 1995), evaluaron el resultado de la terapia familiar en 53 pacientes anoréxicas restrictivas mediante un estudio de seguimiento. La evaluación se realizó al inicio del tratamiento y al cabo de un año y medio a siete años de terminada la terapia. Los criterios de evaluación se concretaron en ciertos aspectos médicos y de funcionamiento psicosocial, aunque no de funcionamiento familiar. Los pacientes obtuvieron un 86% de recuperación tanto en los factores médicos como en los psicosociales. Sin embargo, estos hallazgos deben tomarse con cierta precaución, ya que la muestra era sólo de anoréxicas jóvenes, con poco tiempo de evolución del trastorno y pertenecientes a familias intactas (donde viven juntos padre, madre e hijos).

Por otro lado, Szmukler, Eisler, Russell & Dare (1985) llevaron a cabo un estudio controlado sobre factores asociados al abandono del tratamiento en 51 pacientes con trastorno de la alimentación, que fueron aleatoriamente asignados a psicoterapia individual o terapia familiar después de un ingreso de 1 a 3 meses en el hospital. Al inicio fueron evaluados mediante información clínica y social, escala de anorexia, de adaptación social, relaciones familiares, tests psicológicos y una entrevista con los padres. Estas entrevistas eran grabadas en video para evaluar posteriormente las emociones expresadas según cinco componentes (comentarios críticos sobre el paciente, hostilidad hacia el paciente, implicación emocional, afecto, y comentarios positivos sobre el paciente). El 27%, es decir 14 pacientes abandonaron el tratamiento (5 del grupo de terapia individual y 9 del grupo de terapia familiar). Las únicas medidas en las que diferían los pacientes que abandonaron el tratamiento respecto de quienes los siguieron, fueron en las puntuaciones de los padres en comentarios críticos sobre el paciente y en implicación emocional. Además apareció una correlación entre las puntuaciones en comentarios críticos, el tipo de terapia y la sintomatología, por un lado, y el abandono del tratamiento por el otro. También se apreció una asociación significativa entre los comentarios críticos de los padres y el diagnóstico de bulimia. Los pacientes bulímicos, además, abandonaban más la terapia familiar, pero no así la individual. Esto debido tal vez a que en la terapia familiar se confronta a toda la familia a buscar o conocer el por qué del síntoma y cómo cada uno de los miembros han ayudado a que éste se mantenga.

En algunas investigaciones se ha visto que la terapia familiar tiene mayor eficacia en los pacientes que aún se encuentran inmersos dentro del núcleo familiar. Esto se ha comprobado en investigaciones realizadas por gente como Russell, Szmukler, Dare & Eisler (1987), quienes compararon la eficacia de la terapia familiar con respecto a la terapia individual en 90 pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, encontrando que los pacientes tratados con terapia familiar y cuya enfermedad empezó antes de los 19 años presentaron mejores resultados con este tipo de terapias, ya que éstos se encontraban inmersos en la familia y eran más dependientes de la misma. Por el contrario, la terapia individual fue más efectiva en pacientes mayores, ya que su relación familiar aparentemente es menos estrecha. En otro estudio realizado con personas anoréxicas se encontró que cuando los pacientes se sometían a un tratamiento que involucraba Psicoterapia familiar e

individual, la recuperación y el mantenimiento del peso y de la menstruación es más rápida y estable, en comparación con otros tratamientos que no involucran a la familia (Crisp, Norton, Gowers, Haley, Bowyer, Yeidham, Levett & Bhat, 1991).

En lo concerniente a la terapia familiar, Grange, Eisler, Dare & Russell (1991) compararon dos tipos: La terapia familiar conjunta (TFC) y El consejo familiar (CF). En la TFC toda la familia es requerida para asistir a todas las sesiones, lo cual permite al terapeuta observar directamente los patrones de comunicación dentro de la familia. En el CF, se presentan los padres y la hija anoréxica, y en algunas ocasiones la hija sola. El terapeuta provee consulta sobre actitudes anormales respecto a la dieta, en la forma del cuerpo, al peso y sobre el marcado énfasis en la repartición del peso. Al ser comparadas las dos modalidades de terapia familiar en el rubro de medidas familiares utilizando el FACES III, se encontró que no había diferencias entre los grupos. En términos de insatisfacción en los puntajes de Cohesión no había diferencias en los puntajes al comienzo ni a la semana 32 del tratamiento. En cuanto a la insatisfacción en los puntajes de Adaptabilidad, los miembros de la familia estuvieron menos descontentos en la evaluación de la semana 32. En base a dichos resultados, se puede decir que aquel tratamiento que involucre a la familia tiende a tener un mejor resultado que aquéllos que no toman en cuenta al núcleo familiar.

Por su parte, Robin, Siegel, & Maye (1995) examinaron el impacto de la terapia familiar contra la terapia individual sobre interacciones familiares, con autorreportes y medidas observacionales de conflicto y de comunicación negativa concernientes a la alimentación, y no alimentación en pacientes con anorexia nerviosa. Estos autores encontraron que tanto la terapia familiar como la individual impactaron positivamente sobre el índice de masa corporal, la menstruación y las interacciones familiares entre los adolescentes con anorexia nerviosa y sus padres; además hubo reducciones en el conflicto y la comunicación negativa sobre la alimentación. No obstante lo anterior, se notó que los adolescentes en terapia familiar tuvieron una mejor recuperación respecto a los aspectos anteriores que los que asistieron a la terapia individual.

En otro estudio realizado por Shugar & Krueger (1995), se evaluó la comunicación familiar de las familias de pacientes con anorexia nerviosa, enfocado a la confrontación, hostilidad y agresión como un índice de patrón interaccional de familias de anoréxicas. La agresión fue clasificada en 15 ítems que estaban dentro de una de las tres categorías: encubierta, indirecta o abierta. Todos mostraron agresión encubierta al inicio del estudio y conforme fue avanzando, disminuyó ésta y aumentó la comunicación abierta; así se observó que en las familias con menos agresión encubierta e indirecta, las pacientes anoréxicas tuvieron una mayor ganancia de peso, en comparación con las familias con mayor agresión encubierta e indirecta. Finalmente, este estudio sugiere que la conducta anoréxica y el estilo de comunicación familiar son mutuamente interdependientes, además de que las implicaciones terapéuticas, como las de la terapia familiar, son tratamientos claros que cambian los estilos de comunicación familiar.

A partir de todo lo expuesto anteriormente los objetivos de esta investigación son :

1. Conocer la tipología familiar que prevalece en cada uno de los grupos de trastornos alimentarios y el grupo control.
2. Conocer si existe correlación entre los puntajes del EAT-40 y el BULIT con los puntajes de Cohesión y Adaptabilidad que evalúa el FACES II.
3. Conocer las diferencias entre los grupos en Cohesión y Adaptabilidad.

## MÉTODO

### *Determinación de la muestra:*

Se utilizó una muestra de tipo no probabilística ( $n=180$ ) con un rango de edad de 16 a 25 años con una media de edad de  $\bar{X}=18.6$  años, estudiantes de bachillerato y licenciatura, de sexo femenino, solteras y de nivel socioeconómico medio.

### *Procedimiento de selección de las muestras :*

La selección se realizó a partir de una población de 1000 estudiantes, a los cuales se les aplicó, en forma grupal, los Instrumentos que evalúan trastornos alimentarios (EAT-40 y BULIT). A partir de los puntajes alcanzados en los instrumentos se realizó la siguiente selección:

- 1.- Para pertenecer al grupo Control no debía de rebasar los puntos de corte en ninguno de los dos Instrumentos .
2. Para pertenecer al grupo de Riesgo en trastornos alimentarios debía rebasar los puntos de corte de alguno de los dos o de ambos instrumentos.

### CONFORMACIÓN DE LAS MUESTRAS:

El Grupo Control (GC) estuvo conformado por 115 estudiantes con una media de edad de  $\bar{X}=18.6$  años.

El Grupo de Riesgo (GR) estuvo conformado por 65 estudiantes, con una media de edad de  $\bar{X}=18.5$  años. De éstos se conformaron tres grupos más pequeños dependiendo de los puntajes alcanzados en los instrumentos que evalúan trastornos alimentarios.

El Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA), estuvo conformado por 30 jóvenes con una media de edad de  $\bar{X}= 18.0$ , las cuales rebasaron únicamente el punto de corte del EAT-40, que evalúa Anorexia.

*El Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB), estuvo conformado por 20 jóvenes con una media de edad de  $\bar{X}=18.5$ , los cuales rebasaron solamente el punto de corte del BULIT, que evalúa dicho trastorno.*

*El Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulímica (GRAB), estuvo conformado por 15 jóvenes con una media de edad de  $\bar{X}=18.62$ , las cuales rebasaron los puntajes de corte de ambos instrumentos de evaluación.*

### *Escenario:*

*- Todos los instrumentos utilizados fueron aplicados en las aulas de las instituciones a las que pertenecían los miembros de la muestra, así como en las instalaciones del Proyecto de Investigación en Nutrición ubicado en la UIICSE en la ENEP-Iztacala.*

### *Materiales y Aparatos:*

*Se emplearon hojas, lápices, plumas, papel para computadora, computadora e impresora.*

### *Instrumentos:*

*El Test de Actitudes Alimentarias (EAT), el cual es un cuestionario de autorreporte de 40 ítems que mide desórdenes alimentarios (Garner y Garfinkel, 1979). Dicho instrumento ha sido utilizado para detectar casos de anorexia de grupos de alto riesgo para este trastorno y también para identificar entre los estudiantes patrones anormales de ingesta. Este cuestionario ha sido traducido y validado en muestras españolas (Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991).*

*El Test de Bulimia (BULIT) el cual es un cuestionario de autorreporte para detectar Bulimia (Smith y Thelen, 1984). Consiste en 32 ítems que sumados dan una puntuación total y además incluye 4 ítems no sumados, los cuales no distinguen bien entre los grupos pero sí dan información acerca del abuso de laxantes, diuréticos y dismenorrea. El instrumento es efectivo como un*

dispositivo de examinación para identificar casos actuales o incipientes de bulimia antes de que los patrones sean crónicos.

La Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES II) de Olson (1982), el cual consiste de dos dimensiones: Cohesión y Adaptabilidad familiar; cada una de éstas tiene puntajes independientes que permiten ver el grado en el que se presentan estas dos dimensiones. La Cohesión es el grado de vínculo que los miembros de la familia tienen con los otros. La adaptabilidad indica la habilidad de una familia de poder cambiar su estructura, las reglas y los roles ante situaciones estresantes. Estos dos factores conceptuales pueden ser combinados para describir el rango de funcionalidad de la familia, en dos niveles: lo Real y lo Ideal; permitiendo conocer el grado de insatisfacción de cada uno de los miembros de la familia con respecto a la misma. El FACES II, contempla dentro del nivel de Cohesión 8 factores a evaluar: 1) Lazos afectivos; 2) Límites y fronteras; 3) Coaliciones; 4) Tiempo; 5) Espacio; 6) Amigos; 7) Toma de decisiones; y 8) Intereses y diversiones. Mientras que para el nivel de Adaptabilidad se contemplan 6 factores a evaluar: 1) Asertividad; 2) Liderazgo y Control; 3) Disciplina; 4) Negociación; 5) Roles; y 6) Reglas.

### TIPO DE DISEÑO

Se empleó el diseño no experimental transeccional descriptivo, ya que éste tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables en un momento determinado (Hernández, Fernández & Baptista, 1994).

### PROCEDIMIENTO

A las 1000 jóvenes de la población se les aplicaron en forma grupal el EAT y el BULIT para detectar a aquellas que presentaban puntajes altos y que por lo tanto fueran jóvenes con riesgo de padecer un trastorno alimentario.

*Una vez aplicados estos instrumentos y detectadas las jóvenes con riesgo de padecer un trastorno alimentario y se procedió a conformar los grupos. Una vez hecho lo anterior, se les aplicó a las jóvenes que conformaron los grupos el FACES II, para conocer el tipo de familia que rige en cada grupo. Esto se realizó tanto en el plano real como en el plano ideal; es decir, tanto en la forma en que las jóvenes perciben a su familia así como en la forma que desearían que fuera.*

### ANÁLISIS DE RESULTADOS.

*El análisis de los resultados se realizó a partir de un análisis descriptivo en cuanto al porcentaje de ocurrencia de los tipos de familia que se presentan en cada uno de los grupos evaluados, de acuerdo al grado de cohesión y adaptabilidad familiar alcanzados en el FACES, con el fin de conocer cómo se distribuye la tipología familiar. También se aplicó una correlación de Pearson, esto con el fin de conocer si existe asociación entre los puntajes de Cohesión y Adaptabilidad familiar y los puntajes alcanzados en los instrumentos que evalúan trastornos alimentarios. Además se realizó una t de Student para muestras independientes, esto con el fin de realizar comparaciones entre el Grupo Control y el Grupo de Riesgo en cuanto a los factores que evalúan Cohesión y Adaptabilidad familiar, los cuales contempla el FACES II, tanto en el plano Real como en el Ideal. También se aplicó un Análisis de varianza (ANOVA) y una prueba de Duncan para hacer comparaciones entre el Grupo Control, el Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA), el Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB) y el Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulímica (GRAB), tanto en el plano Real como en el Ideal.*

## *Resultados*

Al aplicar la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES II) se calcularon los porcentajes de cada uno de los tipos de familia que se presentaron en los diferentes grupos evaluados, tanto en el plano Real como en el Ideal. Esto con el fin de conocer la manera en que se distribuye la tipología familiar en cada uno de los grupos (Control y el de Riesgo), así como en los grupos en que se dividió al grupo de Riesgo (Anorexia, Bulimia y Anoréxicas-Bulímicas).

### COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS.

#### *Plano Real :*

##### *Familias Funcionales*

En el Grupo Control (GC) (n=115), se encontró que el 39% de las jóvenes presentan una familia de tipo Funcional, según los datos obtenidos en la evaluación, ya que los mayores porcentajes se encontraron dentro del tipo de familia **Estructuralmente Separada** (14%) y en la **Flexiblemente Conectada** (10%). Mientras que el Grupo de Riesgo (GR) presenta un 29% de familia funcional centrándose el porcentaje más alto en la familia **Flexiblemente Conectada** (12%), seguida por la familia **Estructuralmente Separada** (8%). Como se puede observar no existen grandes diferencias entre los porcentajes obtenidos por el GC y por el GR; sin embargo cuando se compara al GC con cada uno de los Grupos de Riesgo se observan cosas interesantes (Ver Tabla 1).

Como se puede observar en la Tabla 1, el Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA) presenta un 24% de familia funcional, menor al obtenido por el GC; obteniendo un porcentaje menor el tipo de familia **Flexiblemente Separada**, quien sólo obtuvo un 3%. En cuanto, al Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB), éste obtuvo un 25% centrándose los mayores porcentajes en el tipo de familia **Flexiblemente Separada** (10%) y la **Flexiblemente Conectada** (10%). Por otro lado, el Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulímica (GRAB) obtuvo un 47%, siendo este el porcentaje más elevado en

comparación con los otros grupos, centrándose el porcentaje más alto en la familia **Estructuralmente Conectada** (27%), la cual obtiene porcentajes bajos en los demás grupos; seguida por el tipo de familia **Estructuralmente Separada** que obtuvo un 13%, un porcentaje muy semejante al del GC.

### *Familias con Funcionalidad Media*

El 27% del GC obtuvo puntajes que las catalogó como una familia con Funcionalidad media, obteniendo el mayor porcentaje en el tipo de familia **Caóticamente Conectada** (12%), mientras que los demás tipos de familia de funcionalidad media presentan porcentajes muy bajos. Por otro lado, el GR presentó un mayor porcentaje en este tipo de familias que el GC, como se observa en la Tabla 1; centrándose los porcentajes más altos en el tipo de familia **Caóticamente Conectada** (15%) y la **Estructuralmente Desvinculada** (12%).

Por otro lado, el Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA) presentó en este tipo de familia un 29%, el cual es muy semejante al del GC, teniendo el tipo de familia **Caóticamente Conectada** el mayor porcentaje (16%). Mientras que el Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB) presentó el 50%, el porcentaje más alto en comparación con todos los grupos, centrándose el mayor porcentaje en el tipo de familia **Estructuralmente Desvinculada** (20%) y la familia **Caóticamente Conectada** (15%). En cuanto al Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulimica (GRAB), éste presentó un 33%, centrándose de la misma forma los mayores porcentajes en los dos tipos de familias que se presentaron en el GRB (Ver Tabla 1).

### *Familias Disfuncionales*

En cuanto al tipo de familia Disfuncional, no se encuentran diferencias entre los porcentajes totales del GC y el GR, ya que ambos presentan un 34% en este tipo de familias, obteniendo la familia **Caóticamente Amalgamada** los porcentajes más altos en estos dos grupos; seguida por la familia **Rígidamente Desvinculada** (Ver Tabla 1).

De la misma manera, se observa en el GRA un porcentaje muy alto en el tipo de familia **Caóticamente Amalgamada** (30%), el cual es mayor en comparación con el GC, el tipo de familia disfuncional que también se presenta en este grupo es la **Rígidamente Deesvinculada** (10%). Mientras que el GRB presentan en este tipo de familias un 25%, teniendo el porcentaje más alto la familia **Rígidamente Desvinculada** (15%), seguida por la **Caóticamente Amalgamada** (10%), al contrario de como se ha visto en los demás grupos, en donde siempre la familia **Caóticamente Amalgamada** es la que presenta el mayor porcentaje. Por otro lado, el GRAB sólo presenta un tipo de familia Disfuncional, a comparación de los demás grupos, siendo este el tipo de familia **Rígidamente Desvinculada** (20%). Cabe hacer mención que el tipo de familia **Rígidamente Amalgamada** no se presenta en ninguno de los grupos (Ver Tabla 1).

| Grupos<br>Categorías            | Grupo control | Grupo de<br>Riesgo | Grupo de riesgo<br>en Anorexia. | Grupo de riesgo<br>en Bulimia | Grupo de riesgo<br>en Anorex.-Bul. |
|---------------------------------|---------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <b>Funcional</b>                |               |                    |                                 |                               |                                    |
| Estruc.-Separada.               | 14 %          | 8 %                | 7 %                             | 5 %                           | 13 %                               |
| Flex.-Separada.                 | 9 %           | 6 %                | 3 %                             | 10 %                          | 7 %                                |
| Estruc.-Conectada.              | 6 %           | 3 %                | 7 %                             | ---                           | 27 %                               |
| Flex.-Conectada.                | 10 %          | 12 %               | 7 %                             | 10 %                          | ---                                |
| Porcentaje total                | 39 %          | 29 %               | 24 %                            | 25 %                          | 47 %                               |
| <b>Funcionalidad<br/>media.</b> |               |                    |                                 |                               |                                    |
| Estruc.-Desvinculada            | 2 %           | 12 %               | 7 %                             | 20 %                          | 13 %                               |
| Estruct.-Amalgamada             | 1 %           | ---                | ---                             | ---                           | ---                                |
| Flexible Desvinculada           | ---           | 4 %                | 3 %                             | 10 %                          | ---                                |
| Flexible Amalgamada             | 4 %           | 2 %                | 3 %                             | ---                           | ---                                |
| Caótica Conectada               | 12 %          | 15 %               | 16 %                            | 15 %                          | 13 %                               |
| Caótica Separada                | 2 %           | ---                | ---                             | ---                           | ---                                |
| Rígida Separada                 | 5 %           | 2 %                | ---                             | 5 %                           | ---                                |
| Rígida Conectada                | 1 %           | 2 %                | ---                             | ---                           | 7 %                                |
| Porcentaje total                | 27 %          | 37 %               | 29 %                            | 50 %                          | 33 %                               |
| <b>Disfuncional</b>             |               |                    |                                 |                               |                                    |
| Caótica Amalgamada              | 23 %          | 17 %               | 30 %                            | 10 %                          | ---                                |
| Caótica Desvinculada            | 1 %           | 3 %                | 7 %                             | ---                           | ---                                |
| Rígida Amalgamada               | ---           | ---                | ---                             | ---                           | ---                                |
| Rígida Desvinculada             | 10 %          | 14 %               | 10 %                            | 15 %                          | 20 %                               |
| Porcentaje total                | 34 %          | 34 %               | 47 %                            | 25 %                          | 20 %                               |

Tabla 1. Muestra los porcentajes en los que se presenta cada una de las tipos de familias en los diferentes grupos que se evaluaron, en el plano Real.

*Plano ideal.*

*Familia Funcional.*

En cuanto al tipo de familia Funcional, se puede observar en la Tabla 2 que este fue elegido como Ideal sólo por el Grupo Control (GC) contando con un 9% de porcentaje total; mientras que ninguno de los Grupos de Riesgo presentan preferencia por estos tipos de familia.

*Familia con Funcionalidad Media*

En cuanto a este tipo de familia, el GC obtuvo un porcentaje total del 38%, centrándose el mayor porcentaje en la **Caóticamente Conectada** con un 23%, siendo ésta la más seleccionada por todos los grupos como familia Ideal. El GR presentó un mayor porcentaje total en comparación con el GC, ya que el GR obtuvo un 47%, siendo más elegida como familia Ideal la **Caóticamente Conectada** con un 30% (Ver Tabla 2).

Como se puede observar en la Tabla 2, los porcentajes más altos en el tipo de familia con funcionalidad media se encuentran en el GRA, GRB y GRAB, siendo la familia **Caóticamente Conectada** la que obtiene los porcentajes más altos.

*Familia Disfuncional*

En este tipo de familias el GC obtuvo un 53% siendo la familia **Caóticamente Amalgamada** la única en presentarse en este grupo como familia Ideal. Mientras que el GR presenta un 53%, en donde también la familia **Caóticamente Amalgamada** es la que obtiene el mayor porcentaje (50%), además en este grupo de presenta la familia **Caóticamente Desvinculada** aunque con un porcentaje muy bajo.

En cuanto al GRA se presenta un 60% de porcentaje total, centrándose el mayor porcentaje en el tipo de familia **Caóticamente Amalgamada** con un 50%. Por otro lado, en el GRB se encuentra que sólo se presenta el tipo de familia **Caóticamente Amalgamada**, al igual que en el GC. Mientras

que el GRAB presenta el menor porcentaje en comparación con los demás grupos, siendo la familia **Caóticamente Amalgamada** la que presenta mayores porcentajes (Ver Tabla 2).

| Grupos                      | Grupo control | Grupo de Riesgo | Grupo de riesgo en Anorexia. | Grupo de riesgo en Bulimia | Grupo de riesgo en Anorex.-Bul. |
|-----------------------------|---------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| <b>Funcional</b>            |               |                 |                              |                            |                                 |
| Estruc.-Separada            | ---           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Flex.-Separada              | 3 %           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Estruc.-Conectada           | 3 %           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Flex.-Conectada             | 3 %           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Porcentaje total            | 9 %           | 0 %             | 0 %                          | 0 %                        | 0 %                             |
| <b>Funcionalidad media.</b> |               |                 |                              |                            |                                 |
| Estruc.-Desvinculada        | 2 %           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Estruct.-Amalgamada         | ---           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Flexible Desvinculada       | ---           | 2 %             | ---                          | ---                        | 7 %                             |
| Flexible Amalgamada         | 7 %           | 2 %             | 3 %                          | ---                        | ---                             |
| Caótica Conectada           | 23 %          | 30 %            | 24 %                         | 35 %                       | 40 %                            |
| Caótica Separada            | 6 %           | 9 %             | 13 %                         | 10 %                       | ---                             |
| Rígida Separada             | ---           | 2 %             | ---                          | 5 %                        | ---                             |
| Rígida Conectada            | ---           | 2 %             | ---                          | ---                        | 7 %                             |
| Porcentaje total            | 38 %          | 47 %            | 40 %                         | 50 %                       | 54 %                            |
| <b>Disfuncional</b>         |               |                 |                              |                            |                                 |
| Caótica Amalgamada          | 53 %          | 50 %            | 57 %                         | 50 %                       | 40 %                            |
| Caótica Desvinculada        | ---           | 3 %             | 3 %                          | ---                        | 6 %                             |
| Rígida Amalgamada           | ---           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Rígida Desvinculada         | ---           | ---             | ---                          | ---                        | ---                             |
| Porcentaje total            | 53 %          | 53 %            | 60 %                         | 50 %                       | 46 %                            |

Tabla 2. Muestra los porcentajes en los que se presenta cada una de los tipos de familias en los diferentes grupos que se evaluaron, en el plano Ideal.

## CORRELACIONES

Se realizó una correlación (Pearson) para conocer el grado de asociación entre las categorías evaluadas del FACES II con los puntajes alcanzados en las escalas que evalúan trastornos alimentarios (EAT-40, BULIT). Las correlaciones hechas fueron: Cohesión Real con EAT-40, Adaptabilidad Real con EAT-40; Cohesión Ideal con BULIT y Adaptabilidad Ideal con BULIT.

Al realizar las correlaciones no se encontró asociación entre los puntajes del FACES y de los Instrumentos. Los resultados se muestran en la Tabla 3.

| Categorías<br>Instrumentos | Adaptabilidad.<br>Real | Adaptabilidad<br>Ideal | Cohesión<br>Real     | Cohesión<br>Ideal.  |
|----------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| BULIT                      | - 0.1102<br>p=0.142    | - 0.0388<br>p=0.607    | - 0.1761<br>p=0.018* | - 0.1045<br>p=0.165 |
| EAT-40                     | - 0.0045<br>p=0.952    | 0.1117<br>p=0.138      | - 0.0241<br>p=0.748  | - 0.0617<br>p=0.413 |

Tabla3. Muestra las correlaciones encontradas en cada uno de los aspectos evaluados.

De haber encontrado asociación entre los puntajes se hubiera podido suponer que el Riesgo de trastorno alimentario está asociado con un determinado tipo de familia; sin embargo esto no sucedió en esta investigación.

## ANALISIS DE LOS FACTORES DEL FACES II

Se realizó un análisis de los factores que evalúa el FACES II, Cohesión y Adaptabilidad. El análisis consistió en conocer las diferencias entre los puntajes de cada uno de los factores, tanto de Cohesión como de Adaptabilidad, entre el Grupo Control y el Grupos de Riesgo. Para lo cual se utilizó una t de student para muestras independientes.

### FACTORES DE COHESION

La Cohesión contempla 8 factores a evaluar: 1) Lazos afectivos ; 2) Límites y Fronteras ; 3) Coaliciones ; 4) Tiempo ; 5) Espacio ; 6) Amigos ; 7) Toma de decisiones ; y 8) Intereses y diversiones.

Los resultados que se muestran en la tabla 4, corresponden a los factores de Cohesión en dos grupos en comparación [Grupo Control (GC) y Grupo de Riesgo (GR)]. En la cual, se puede apreciar que no existen diferencias significativas en los factores de Cohesión entre ambos grupos en el plano Real. De la misma manera, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el plano Ideal, esto tal vez se deba a que en ambos grupos se mostró una mayor tendencia a desear el mismo tipo de familia, o por lo menos la mayoría, tanto en el GC como en el GR.

| Factores                | PLANO<br>Grupo<br>Control | REAL<br>Grupo de<br>Riesgo | PLANO<br>Grupo<br>Control | IDEAL<br>Grupo de<br>Riesgo |
|-------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Lazos afectivos         | 7.88 ± .176               | 7.73 ± .276                | 9.45± .090                | 9.26 ± .163                 |
| Límites y Fronteras     | 4.52 ± .217               | 4.98 ± .301                | 3.83± .212                | 3.82 ± .278                 |
| Coaliciones             | 5.45 ± .196               | 6.0 ± .259                 | 5.77± .203                | 5.68 ± .219                 |
| Tiempo                  | 5.46 ± .187               | 5.30 ± .232                | 6.79± .197                | 6.32 ± .227                 |
| Espacio                 | 5.78 ± .149               | 6.09 ± .213                | 6.18± .154                | 5.84 ± .214                 |
| Amigos                  | 7.49 ± .197               | 7.36 ± .282                | 8.78± .141                | 8.93 ± .185                 |
| Toma de decisiones      | 6.85 ± .193               | 6.96 ± .291                | 8.52± .157                | 8.33 ± .221                 |
| Intereses y diversiones | 5.54 ± .145               | 5.96 ± .213                | 6.05± .144                | 6.46 ± .238                 |

Tabla 4. Muestra las medias  $\pm$  su error de cada uno de los factores de la Cohesión en el plano Real e Ideal, en ambos grupos.

Para realizar la comparación entre los tres subgrupos de Riesgo y el Grupo Control se utilizó un Análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de Duncan.

De esta manera, en la tabla 5 se muestran los puntajes alcanzados por lo GC, el Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA), el grupo de riesgo en Bulimia (GRB) y el grupo de riesgo en Anorexia-bulímica (GRAB) en donde se observan diferencias estadísticamente significativas en el plano Real en el factor de **Toma de Decisiones** ( $F=4.032$   $p< 0.01$ ), en donde la prueba de Duncan indica que el GRA es diferente en este factor a todos los demás grupos, lo cual nos dice que en el GRA todos los miembros de la familia aceptan las decisiones que se toman entre todos, además aceptan que los otros les ayuden a tomar decisiones que debieran ser tomadas de forma individual, a comparación de los otros grupos evaluados. Por otro lado, aunque las diferencias encontradas no fueron significativas se puede observar que el GRA presenta **Lazos afectivos** fuertes en comparación con el resto de los grupos, en cuanto a **Límites y fronteras** el GRB presenta puntajes

más altos, lo cual se refiere a que estas jóvenes no permiten la intromisión de los demás miembros de la familia, de la misma manera se presentan en este tipo de familias más **Coaliciones** que en los demás grupos. En lo que respecta al factor **Tiempo**, se puede observar que el GRA presentan mayores puntajes, lo cual refiere a que pasan más tiempo con su familia. Mientras que en el factor **Espacio** se observa que tanto el GRB y el GRAB presentan los mayores puntajes, siendo el GRAB el que presenta los más altos. En cuanto al factor **Amigos** el GRA presenta mayores puntajes que el resto de los grupos. Finalmente en el factor de **Intereses y diversiones** el GRA comparte más intereses y diversiones con su familia que los demás grupos evaluados.

| Factores                | Grupos | PLANO         |                             |                            | Prueba de Duncan            |                                      |
|-------------------------|--------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
|                         |        | Grupo Control | Grupo de riesgo en Anorexia | Grupo de riesgo en Bulimia | Grupo de riesgo en An.-Bul. |                                      |
| Lazos afectivos         |        | 7.88 ± .176   | 8.43 ± .341                 | 7.18 ± .514                | 7.13 ± .646                 |                                      |
| Límites y Fronteras     |        | 4.52 ± .217   | 4.27 ± .432                 | 5.80 ± .555                | 5.26 ± .565                 |                                      |
| Coaliciones             |        | 5.45 ± .196   | 5.62 ± .401                 | 6.45 ± .444                | 6.13 ± .515                 |                                      |
| Tiempo                  |        | 5.46 ± .187   | 5.70 ± .366                 | 5.20 ± .439                | 4.66 ± .333                 |                                      |
| Espacio                 |        | 5.78 ± .149   | 5.83 ± .349                 | 6.30 ± .282                | 6.33 ± .485                 |                                      |
| Amigos                  |        | 7.49 ± .197   | 7.53 ± .414                 | 7.15 ± .586                | 7.33 ± .485                 |                                      |
| Toma de decisiones      |        | 6.85 ± .193   | 7.93 ± .342                 | 5.95 ± .564                | 6.40 ± .600                 | GRA vs GC, GRB y GRAB. F=4.03 p<0.01 |
| Intereses y diversiones | y      | 5.54 ± .145   | 6.16 ± .343                 | 5.85 ± .418                | 5.73 ± .284                 |                                      |

Tabla 5. Muestra las medias  $\pm$  su error del Grupo Control (GC), Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA), Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB) y Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulímica (GRAB) en el plano Real.

En cuanto al plano *Ideal* no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos; sin embargo, se puede observar que el GC desea mayores **Lazos afectivos** entre los miembros de la familia, seguido por el GRA; mientras que el GRB desean en sus familias más **Límites y fronteras** que los demás grupos. En cuanto al factor de **Coaliciones** el GRB presenta mayores porcentajes. Por otro lado, el GC desea mayor **Tiempo** con la familia que los demás grupos evaluados, seguidos por el GRA, mientras que el GRB y el GRAB no desean compartir mayor tiempo con sus familias. En lo que respecta al factor de **Espacio** el GRAB desea tener mayor espacio, mayor intimidad que los demás grupos evaluados. En el Factor de **Amigos** el GRA desea tener más amigos en comparación con los demás grupos. En cuanto a la **Toma de decisiones** no

se observan grandes diferencias entre los que las jóvenes desean dentro de sus familias. Finalmente en el factor de Intereses y diversiones se observa mayores puntajes en el GRA y en el GRA3, en comparación con el GC y el GRB (Ver tabla 6).

| Factores                | Grupos | PLANO         |                             | IDEAL                      |                             |
|-------------------------|--------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|                         |        | Grupo Control | Grupo de riesgo en Anorexia | Grupo de riesgo en Bulimia | Grupo de riesgo en An.-Bul. |
| Lazos afectivos         |        | 9.45 ± .090   | 9.36 ± .222                 | 9.25 ± .323                | 9.07 ± .366                 |
| Límites y Fronteras     |        | 3.83 ± .212   | 3.53 ± .331                 | 4.80 ± .635                | 3.06 ± .408                 |
| Coaliciones             |        | 5.77 ± .203   | 5.21 ± .306                 | 6.25 ± .458                | 5.80 ± .341                 |
| Tiempo                  |        | 6.79 ± .197   | 6.66 ± .362                 | 6.10 ± .441                | 5.93 ± .267                 |
| Espacio                 |        | 6.18 ± .154   | 5.73 ± .362                 | 5.55 ± .294                | 6.53 ± .386                 |
| Amigos                  |        | 8.78 ± .141   | 9.20 ± .194                 | 8.75 ± .410                | 8.66 ± .444                 |
| Toma de decisiones      |        | 8.52 ± .157   | 8.33 ± .308                 | 8.10 ± .447                | 8.66 ± .444                 |
| Intereses y diversiones |        | 6.05 ± .144   | 6.53 ± .374                 | 6.15 ± .344                | 6.73 ± .547                 |

Tabla 6. Muestra la media  $\pm$  su error de cada uno de los grupos en el plano Ideal.

### FACTORES DE ADAPTABILIDAD.

Para la Adaptabilidad el FACES II evalúa los siguientes factores: 1) Asertividad; 2) Liderazgo y Control; 3) Disciplina; 4) Negociación; 5) Roles; y 6) Reglas.

Para conocer las diferencias entre los puntajes correspondientes a los factores que evalúa la Adaptabilidad familiar en sus dos niveles (Real e Ideal) tanto en el GC como en el GR se utilizó una *t* de student para muestras independientes. Se puede observar en la tabla 7 que tanto en el plano Real no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, en el plano Ideal se encontraron diferencias significativas ( $t=11.32$ ,  $p=0.001$ ), en donde se observa que el GR desea tener mayor control en su familia, en comparación con el GC.

| Factores            | PLANO         |                 | IDEAL         |                 |
|---------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
|                     | Grupo Control | Grupo de riesgo | Grupo Control | Grupo de riesgo |
| Asertividad         | 9.65 ± .178   | 10.06 ± .269    | 10.87 ± .174  | 10.92 ± .244    |
| Liderazgo o Control | 6.35 ± .228   | 6.30 ± .305     | 8.34 ± .175   | 8.91 ± .157*    |
| Disciplina          | 6.81 ± .202   | 6.52 ± .280     | 8.86 ± .136   | 8.67 ± .184     |
| Negociación         | 10.11 ± .274  | 10.20 ± .397    | 13.33 ± .188  | 13.81 ± .232    |
| Roles               | 7.04 ± .221   | 7.09 ± .277     | 9.12 ± .139   | 9.01 ± .202     |
| Reglas              | 4.69 ± .185   | 5.12 ± .309     | 4.18 ± .225   | 4.48 ± .324     |

Tabla 7. Muestra las medias  $\pm$  su error de cada uno de los factores que evalúa la Adaptabilidad Familiar en el plano Real e Ideal, tanto en el Grupo Control como en el Grupo de riesgo. (\*)  $p=0.001$ .

Al comparar todos los grupos se observan diferencias estadísticamente significativas en el plano Real en el factor de **Asertividad** ( $F=3.73$ ,  $p<0.05$ ), donde al aplicar la prueba de Duncan se observa que el GRA difiere de todos los demás grupos evaluados, siendo de esta manera menos asertivo que los demás grupos. En cuanto al factor de **Liderazgo y control** se presentan mayores puntajes en el GRA, lo cual sugiere que en este tipo de familias se presenta mayor control; seguidas por el GC; mientras que el GRB y el GRAB se presentan puntajes más bajos. En cuanto a la **Disciplina** se encontró que los puntajes más altos se observan en el GRA y el GC, lo que nos dice que las familias de estos grupos la disciplina es más flexibles, ya que éstas cambian a medida que cambian las necesidades de los miembros de la familia. En el factor de **Negociación** los puntajes más altos se presentan en el GC y en el GRA, lo cual refiere a que en estas familias existe mayor capacidad de negociación que en el GRB y el GRAB. De la misma manera, en el factor de **Roles** se observa que el GC y el GRA mayores puntajes. Finalmente, en el factor de **Reglas**, se observa mayores puntajes en el GRB y el GRAB, lo cual se refiere a que las reglas que gobiernan a este tipo de familias son más rígidas que en el GC y en el GRA (Ver tabla 8).

| Grupos Factores     | Grupo Control | PLANO<br>Grupo de riesgo en Anorexia. | REAL<br>Grupo de riesgo en Bulimia | Grupo de riesgo en An.-Bul. | Prueba de Duncan      |                  |
|---------------------|---------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------|
| Asertividad         | 9.25 ± .178   | 10.87 ± .380                          | 9.30 ± .503                        | 9.46 ± .456                 | GRA vs GC, GRB y GRAB | F=3.73<br>p<0.05 |
| Liderazgo o Control | 6.35 ± .228   | 6.92 ± .448                           | 5.78 ± .487                        | 5.80 ± .685                 |                       |                  |
| Disciplina          | 6.81 ± .202   | 7.10 ± .376                           | 6.44 ± .519                        | 5.42 ± .590                 |                       |                  |
| Negociación         | 10.11 ± .274  | 11.03 ± .513                          | 9.40 ± .734                        | 9.60 ± .935                 |                       |                  |
| Roles               | 7.04 ± .221   | 7.56 ± .412                           | 6.70 ± .524                        | 6.66 ± .513                 |                       |                  |
| Reglas              | 4.69 ± .185   | 4.80 ± .463                           | 5.05 ± .531                        | 5.86 ± .661                 |                       |                  |

Tabla 8. Muestra las medias  $\pm$  su error, en el plano Real tanto del grupo Control (GC), Grupo de riesgo en Anorexia (GRA), Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB) y Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulímica (GRAB).

En lo que respecta al plano Ideal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, si se puede observar que en el factor de **Asertividad** el GRA presenta mayores puntajes que el resto de los grupos, lo que las lleva a ser menos asertivas que el resto de los grupos evaluados, esto tal vez se deba a que la asertividad involucre saber defender sus derechos, lo que lleva a se vez a enfrentar a veces conflictos entre los miembros de la familia, lo cual el GRA quiere

evitar. En lo que respecta al factor de **Liderazgo y control** se encuentra que el GRA y el GRAB desean tener mayor control dentro de sus familia que el GC y el GRB. En cuanto al factor de **Disciplina** no se encuentra grandes diferencias entre los grupos. Mientras que en el factor de **Negociación** el GRA desea mayor capacidad de negociación entre su familia que los grupos restantes. Por otro lado, en el factor de **Roles** se observa que el GRA presenta mayores puntajes, seguida por el GC quienes desean que en sus familias existan más flexibilidad entre los roles que desempeñan cada miembro de la familia. Finalmente, en el factor de **Reglas** se encuentra mayores puntajes en el GRB, en donde desean tener en sus familias reglas más rígidas, que permita que exista control dentro de la misma (Ver tabla 9).

| Grupos<br>Factores  | Grupo<br>Control | PLANO<br>Grupo de riesgo<br>en Anorexia | IDEAL<br>Grupo de riesgo<br>en Bulimia. | Grupo de riesgo<br>en An.-Bul. |
|---------------------|------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| Asertividad         | 10.87 ± .174     | 11.51 ± .402                            | 10.35 ± .443                            | 10.53 ± .234                   |
| Liderazgo o Control | 8.34 ± .175      | 9.17 ± .193                             | 8.42 ± .318                             | 9.07 ± .339                    |
| Disciplina          | 8.86 ± .136      | 8.62 ± .283                             | 8.83 ± .294                             | 8.57 ± .416                    |
| Negociación         | 13.33 ± .188     | 14.31 ± .244                            | 13.30 ± .503                            | 13.53 ± .533                   |
| Roles               | 9.12 ± .139      | 9.30 ± .215                             | 8.55 ± .495                             | 9.06 ± .371                    |
| Reglas              | 4.18 ± .225      | 3.79 ± .386                             | 5.35 ± .640                             | 4.69 ± .835                    |

Tabla 9. Muestra la media  $\pm$  su error, tanto del Grupo Control (GC), Grupo de Riesgo en Anorexia (GRA), Grupo de Riesgo en Bulimia (GRB) y Grupo de Riesgo en Anorexia-Bulimica (GRAB) en el plano Ideal.

Como pudimos observar, al hacer las comparaciones de los factores de Cohesión y Adaptabilidad de todos los grupos, no se encontraron muchas diferencias en todos los aspectos de la Familia Real como se habría podido suponer. Sin embargo, consideramos que se encontraron dichos resultados debido a que en ambas muestras (13 del GC y 7 del GR) había familias que presentaban divorcios, separaciones o alguno de los padres había fallecido; alcanzando puntajes muy altos por estas familias en el FACES. Un aspecto importante de mencionar aquí es que en el GR las jóvenes que presentaban riesgo de adquirir un trastorno alimentario por lo regular eran las mayores, o las más pequeñas o eran las única que vivían con sus padres, ya que los demás hermanos y hermanas estaban casados o no vivían con ellos; mientras que en el GC estos casos fueron menores. En cuanto al número de integrantes que conformaban las familias de ambos grupos, éstos eran similares.

## *Discusión.*

### *Tipología familiar*

De acuerdo a los resultados se puede observar que las familias del GC tienden más a la **Funcionalidad**, ya que este grupo presentó mayores porcentajes en este tipo de familias que el GR. Sin embargo, se puede ver que ambos grupos presentaron principalmente dos tipos de familias Funcionales. La primera es la **Estructuralmente Separada**, la cual se caracteriza por una Adaptabilidad de moderada a baja, en la cual los miembros de la familia presentan una asertividad constante, el control y la disciplina de la familia se organiza a partir de las necesidades de los miembros de la misma con un líder estable, presentan un alto grado de negociación, las tareas están establecidas dentro de la familia aunque en ocasiones éstas se comparten y las reglas son más explícitas que implícitas. En cuanto a Cohesión ésta se caracteriza por ser de moderada a baja, presentando moderada independencia respecto a los miembros de la familia, los lazos familiares son flexibles tanto para el interior como para el exterior de la familia, comparten tiempo, intereses y diversiones en familia y en ocasiones individuales; se tienen amigos individuales y familiares, la toma de decisiones se hacen tanto a nivel individual como familiar.

El otro tipo de familia Funcional que se presenta es la **Flexiblemente Conectada**, las cuales presentan una Adaptabilidad de moderada a alta, caracterizada por una buena asertividad, el control y la disciplina lo llevan todos los miembros de la familia con consecuencias impredecibles, presentan una buena negociación y solución de los problemas, se comparten roles y a veces existen cambios dramáticos de los mismos, las reglas son implícitas y en ocasiones cambian. En lo que respecta a la Cohesión ésta es de moderada a alta, en la cual se presenta una dependencia moderada entre los miembros de la familia, los lazos afectivos al interior son abiertos y al exterior son semiabiertos, es importante pasar el tiempo en familia, y cuando se tienen intereses individuales el tiempo fuera de la familia es permitido pero con algunas restricciones, se tienen amigos individuales y familiares, la toma de decisiones son tomadas pensando en la familia.

En cuanto a las familias con **Funcionalidad Media** el tipo de familia que prevaleció en ambos grupos fue la **Caóticamente Conectada** obteniendo mayores porcentajes el GR. Este tipo de familia se caracteriza por una Adaptabilidad muy alta presentándose estilos de interacción pasivos-agresivos, en este tipo de familias no existe un líder y por lo tanto hay una falta de control, la disciplina se puede confundir con libertinaje; además existe una pobre resolución de los problemas con drásticos cambios de roles, las reglas son más implícitas que explícitas. Con una Cohesión de moderada a alta que presenta una dependencia moderada entre los miembros de la familia, los lazos afectivos al interior son abiertos y al exterior semiabiertos. Es importante mencionar que este tipo de familia fue el más elegido como familia Ideal dentro de este rubro.

Por otro lado, en el GR también se presentó el tipo de familia **Estructuralmente Desvinculada**, caracterizada por una adaptabilidad de moderada a baja; y por una cohesión muy baja, caracterizada por una alta independencia entre los miembros de la familia, los lazos afectivos dentro de la familia son cerrados y fuera de ésta abiertos, se presentan coaliciones débiles y sólo como escapatoria, el tiempo, los intereses y las diversiones son individuales nunca en familia; se tienen más amigos individuales que familiares, y la toma de decisiones es individual.

En cuanto al tipo de familia **Disfuncional** se observan los mismos tipos de familia en ambos grupos, presentándose la familia **Caóticamente Amalgamada**, la cual se caracteriza por una adaptabilidad y cohesión muy alta, en la cual se presenta una sobreidentificación caracterizada por una alta dependencia familiar, lazos extremos cerrados, fuertes coaliciones padre-hijo, tiempo máximo junto a la familia, existen pocos amigos individuales y la toma de decisiones individuales se hacen en familia. Cabe hacer mención que este tipo de familia en la población mexicana es muy común, dado que el amalgamamiento es sinónimo de "Unión familiar", como lo plantea Espinosa (1992), la cual realizó una investigación con un grupo de familias mexicanas, encontrando que estas son por naturaleza amalgamadas, teniendo la unión familiar un papel fundamental. Por lo que se explica que sea el más solicitado como familia Ideal tanto por el GC como por el GR.

El otro tipo de familia **Disfuncional** que se observa es la **Rígidamente Desvinculada**, la cual presenta una **Adaptabilidad muy baja** caracterizada por estilos de interacción pasivo-agresivo, se presenta un líder autoritario, la disciplina es muy estricta, existe una negociación muy limitada y por lo tanto una pobre resolución de los problemas, los roles son rígidos, y las reglas también, además de que éstas son más explícitas; este tipo de familias presenta una cohesión muy baja, en donde se presentó un alta independencia entre los miembros de la familia, los lazos afectivos dentro de la familia son cerrados y fuera de ésta son abiertos, se presentan coaliciones débiles y sólo como escapatoria; el tiempo, los intereses y diversiones son individuales. Es importante hacer notar aquí que los dos tipos de familias más requeridos en este rubro son de características opuestas; mientras la primera presenta Adaptabilidad y Cohesión altas, la segunda presenta una adaptabilidad y cohesión muy bajas. Por otro lado, el GR presenta un tercer grupo de familia Disfuncional la familia **Caóticamente Desvinculada**, la cual presenta una adaptabilidad muy alta y una cohesión muy baja, caracterizada por estilos de interacción pasivo-agresivos, en este tipo de familia no existe un líder y por lo tanto existe una pobre resolución de los problemas con drásticos cambios de roles; además presentan una alta independencia entre los miembros de la familia, los integrantes de la misma desean estar más tiempo fuera de casa que dentro de ella.

Como se puede observar, no existen grandes diferencias entre los grupos, sólo que el GR presentó más bajos porcentajes en el tipo de familia Funcional, distribuyéndose los mayores porcentajes en los tipos de familias con Funcionalidad Media y Disfuncionales.

Cuando se dividió el GR se pudo observar que en cuanto a familias de tipo funcional en el Grupo de riesgo en Anorexia (GRA) se encontraron los cuatro tipos de familias funcionales, en donde se observa que los porcentajes se distribuyeron de forma parecida, en cuanto al Grupo de riesgo en Bulimia (GRB) y el Grupo de riesgo en Anorexia-Bulímica (GRAB) sólo se observaron tres de los cuatro tipos, encontrando que en el GRB los porcentajes obtenidos en los tipos de familias son semejantes; al contrario del GRAB en donde predominó el tipo de familia **Flexiblemente Conectada** con una adaptabilidad y cohesión de moderada a alta (descrita anteriormente). Es

importante hacer notar aquí que el tipo de familia funcional no fue elegida como Ideal en ninguno de los grupos.

En cuanto al tipo de familia con Funcionalidad Media se encontró que los mayores porcentajes en el GRA y en el GRAB lo obtuvo la familia **Caóticamente Conectada**; mientras que el GRB presenta mayores porcentajes en el tipo de familia **Estructuralmente Desvinculada**, en la cual son generalmente asertivo, un líder y disciplina democráticos, buena negociación, los roles se comparten y se presentan reglas explícitas; existe una alta independencia entre los miembros, se tiene más convivencia con miembros ajenos a la familia, las decisiones son individuales. Esto se corrobora con lo encontrado por Jhonson & Flach (1985) quienes encontraron que las bulímicas perciben a sus familias con menor cohesión y más conflictivas, mientras que Kog & Vandereycken (1989) encontraron que las bulímicas muestran límites interpersonales fuertes y menos evitación de los desacuerdos.

Con lo que respecta a las familias Disfuncionales, se encuentra que en el GRA la familia que obtuvo mayores porcentajes fue la **Caóticamente Amalgamada**, esto se correlaciona con lo encontrado por Minuchin (1985) y Onnis (1990) quienes mencionan que las familias con trastorno alimentario y en especial las Anoréxicas presentan amalgamamientos entre sus miembros, una protección excesiva, y pobre resolución de los problemas. Mientras que el GRB y el GRAB presentaron mayor porcentaje del tipo de familia **Rígidamente Desvinculada** (descrita anteriormente) lo cual corresponde a lo encontrado por Pike & Rodin (1991), quienes observaron que las familias de bulímicos son conflictivas y desorganizadas. De la misma manera, Humphrey (1986) al utilizar el FES y el FACES encontró que las familias de pacientes anoréxicas-bulímicas no presentaron sobreprotección ni sobreinvolucramiento, la familia es más hostil y despreocupada. De igual forma, White (1983) y Giat-Roberto (1986) mencionan que en las familias de pacientes bulímicas, los sistemas de creencias familiares son rígidos y pasan de generación a generación, de tal forma que los miembros de la familia desarrollan limitados patrones de interacción provocando en ellos cierta vulnerabilidad a desarrollar una enfermedad psicosomática.

## Correlaciones

*Al realizar las correlaciones entre los puntajes del FACES y de los Instrumentos que evalúan trastornos alimentarios no se encontró ninguna asociación entre estos, esto tal vez se debió a que en todos los grupos se encontraron, por lo general, los mismos tipos de familia. Sin embargo, se puede observar que los tipos de trastorno alimentario si presentan alguna correspondencia con un tipo particular de familia esto se corrobora con la tipología familiar que presentó cada uno de los grupos.*

## Análisis de Factores.

*Al realizar el análisis de factores que evalúa el FACES y al comparar el GC con el GRA se encontró que en este último se aceptan las decisiones que se toman entre todos y se comparten más intereses y diversiones; además son menos asertivas, esto confirma lo encontrado por Humphrey, Apple & Kirshenbaum (1986) y Kog & Vandereycken (1989) quienes observaron que este tipo de familias presentan una mayor evitación de los conflictos, lo que los lleva a aceptar las decisiones de los demás sin poner ninguna objeción. De esta misma manera, Heron & Leheup (1984) y Martínez-Fornés (1994) encontraron que las familias de pacientes anoréxicos, son familias aparentemente estables y con una convivencia perfecta. En cuanto al plano Ideal se encontró que el GRA desea tener en sus familias un líder que mantenga el control de la familia, asimismo desea una mayor capacidad de negociación.*

*Al comparar el GC con el GRB se observa que el grupo de bulimia presentó más límites y fronteras intrafamiliares, que no permiten el involucramiento de los demás miembros de la familia y cuando se unen se forman coaliciones, lo cual corresponde a lo mencionado por Kog & Vandereycken (1989) y Pike & Rodin (1991), quienes encontraron que las bulímicas perciben en sus familias menor compromiso, cohesión y apoyo familiar. En cuanto al plano Ideal el GC desea tener mayor espacio que su contraparte bulímica.*

*En cuanto al GC y el GRAB se encontró que en el GC la disciplina es flexible ante las necesidades de los miembros de la familia que el GRAB; mientras que el GRAB presenta una*

disciplina más rígida, esto se corrobora con lo observado por Humphrey (1986), quien observó que en las familias de pacientes anoréxicas-bulímicas las jóvenes percibían a sus familias como más hostiles, conflictivas, y más atacantes.

Al comparar el GRA y GRB se encontró que las familias del GRA son más protectoras y amalgamadas, lo cual corresponde a lo mencionado por Minuchin (1985 a,b), Onnis (1990), Stierlin & Weber (1990) y Vandereycken, Castro & Vanderlinder (1995) quienes encontraron que las familias de las pacientes anoréxicas presentan más amalgamamientos y sobreprotecciones, además de existir un sobreinvolucramiento entre los miembros de la familia. Mientras que las Bulímicas presentaron límites más fuertes, por lo que no permiten el involucramiento de los demás miembros de la familia, lo cual corresponde a lo encontrado en otras investigaciones (Humphrey, Apple & Kirshenbaum, 1986; Pike & Rodin, 1991; Szmukler, Eisler, Russell & Dare, 1995). Por otro lado, en cuanto a la toma de decisiones el GRA no toma decisiones individuales sino todas las consulta con el resto de la familia. También se encontró que las Bulímicas son más asertivas que el GRA. Mientras que en el plano Ideal el GRA deseó tener una familia que presente mayor capacidad para solucionar problemas, por otra parte el GRB deseó tener una familia donde existan reglas que gobiernen a la familia.

En cuanto al GRA y el GRAB se encontró que las GRA presentan mayor dependencia en la toma de decisiones, dado que son más amalgamadas y sobreprotectoras (Minuchin, 1985a; Onnis, 1990; Stierlin & Weber, 1990); además de que en este grupo la disciplina tiende a ser más flexible en comparación con el GRAB, esto tal vez se debe a que en el GRA éstas son más disciplinadas por lo que no existe conflicto a este respecto en sus familias, sin embargo las anoréxicas-bulímicas son menos disciplinadas por lo que perciben a sus familias como más conflictivas, ya que tienden a expresar sus sentimientos y emociones (Heron & Leheup, 1984; Humphrey, 1986; Martínez-Fornés, 1994).

El GRB y el GRAB se encuentran diferencias entre ambos en cuanto a espacio, en donde el GRAB desea tener mayor espacio que el GRB en el plano Ideal.

*Es importante mencionar que los grupos con los que se realizó esta investigación son grupos que presentan riesgo de presentar algún trastorno alimentario, por lo que no es una población clínica; siendo quizá por esta razón que no se encontraron grandes diferencias en todos los aspectos esperados, sin embargo si se observaron ciertos rasgos de tipología familiar que están involucrados en el surgimiento y/o mantenimiento de los trastornos alimentarios. Esto se corrobora con otras investigaciones en donde utilizaron población no clínica, no encontrando a nivel cuantitativo grandes diferencias, por lo que sus resultados no eran compatibles con otras investigaciones realizadas. Tal es el caso de Alvarez, Osornio & Vázquez (1992), quienes encontraron que no había diferencias cuantitativas en la ocurrencia de coaliciones en grupos de familias con algún miembro Obeso y grupos de familias normo-peso. Sin embargo, al realizar un análisis cualitativo de dicha categoría se encontró que en el grupo de Obesos, las coaliciones eran rígidas; es decir, siempre eran los mismos miembros involucrados en ellas, por lo general, la madre y el hijo obeso; mientras que en las familias normo-peso las coaliciones eran flexibles.*

*Otro aspecto que se observó en esta investigación era que algunas jóvenes evaluadas pertenecían a familias desestructuradas por lo que presentaban una adaptabilidad y cohesión muy altas, lo que pudo haber influido en que no se hayan encontrado grandes diferencias entre el GC y los GR, tanto en la tipología familiar como en el análisis de los factores.*

*A partir de los datos encontrados no se pueden llegar a conclusiones determinantes, dado que sólo se utilizó un instrumento de autorreporte, el cual tiene mayor confiabilidad cuando se aplica a toda la familia y en esta investigación sólo se aplicó a un miembro de la misma, dado que no se pudo contar con la participación de los demás integrantes de la familia. Por lo que se recomienda que en próximas investigaciones el trabajo realizado se lleve a cabo con todos los miembros de la familia, permitiendo realizar una entrevista que permita el registro de la dinámica familiar y de no ser posible, por lo menos que el instrumento de autorreporte se aplique a todos los integrantes de la misma.*

*Pese a que en esta investigación no se pudo trabajar con toda la familia, si se pueden realizar ciertas observaciones:*

*1. Las jóvenes del GC y del GR no presentaron grandes diferencias, pero cabe hacer notar que el GR no es población clínica por lo que el trastorno, aunque esta latente no ha llegado a un grado de peligro y por lo tanto la familia esta organizada o es percibida de manera distinta en comparación con población que tiene años con el trastorno alimentario. Sin embargo, si se encontraron en los subgrupos de Riesgo ciertas características que ya se habían encontrado en otras investigaciones.*

*2. Las jóvenes que pertenecían al GRA si presentaron en sus familias amalgamamientos, sobreprotecciones y una gran dependencia a comparación de las jóvenes del GRB, quienes presentaron límites interpersonales fuertes, no presentaban sobreprotección ni amalgamamientos; además el GRAB presenta en sus familias tanto características de las familias anoréxicas como de las bulímicas.*

*3. Se tiene que tener muy en cuenta con que población se está trabajando, ya que como observamos la familia Caóticamente amalgamada es la más solicitada como familia ideal, siendo ésta de tipo disfuncional y no por eso podríamos suponer que todas las familias quieren ser disfuncionales; sino que en la familia mexicana "caótica" parece ser sinónimo de igualdad, ya que todos comparten las tareas y los roles aunque llevada a un nivel muy rígido traería problemas; y "amalgamamiento" parece ser sinónimo de unión familiar, la cual es de importancia fundamental en esta población.*

*A partir de estos puntos podemos decir que aunque la familia juega un papel importante, no es fundamental para que los trastornos alimentarios aparezcan y/o se mantengan, ya que si bien se ha dicho, que mediante la familia sus miembros aprenden a relacionarse con los demás, a enfrentarse a los problemas de determinada manera no se puede dejar a un lado otros factores que influyen en el surgimiento del trastorno, como son los de personalidad, sociales y culturales, entre otros.*

*Los resultados encontrados dan pauta en el tratamiento temprano de los trastornos alimentarios, ya que conociendo el alto riesgo que presentan las jóvenes de adquirir algún tipo de trastorno alimentario y el tipo de dinámica familiar que prevalece en las familias de éstas jóvenes, se puede prever quien tiene más posibilidades de desarrollar un trastorno alimentario y así poder ofrecer un tratamiento en los inicios del trastorno y no esperar a que éste llegue a un nivel máximo que ponga en riesgo la vida de la joven.*

## ***Bibliografía.***

- American Psychiatric Association. A.P.A. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Alvarez, R. G., Osornio, C.L. & Vázquez, A.R. (1992). Determinación del perfil psicológico en obesos. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.
- Andolfi, M. (1985). Terapia familiar, grupos e instituciones. México: Paidós.
- Andolfi, M. (1994). Terapia familiar. México: Paidós.
- Bateson, G. (1987). La nueva comunicación. Barcelona: Kairos
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1993). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Berger, M.M. (Ed.). Más allá del doble vínculo. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G. & Ruesch, J. (1984). Comunicación. La matriz social de la psiquiatría. México: Paidós.
- Bertalanffy, von L. (1968). Teoría General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bozormenyi-Nagy, I. & Framo, L.J. (1982). Terapia familiar intensiva. México: Trillas.
- Browman, R. (1985). Farmacología: Bases bioquímicas y patológicas. Aplicaciones químicas. México: Interamericana.

- Casper, R.C. (1990). Personality feature of women with good outcome from Restricting Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine, 52, 156-170.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation on the spanish version. Psychological Assessment, 2, 175-190.
- Cole, D.A., & Jordan A.E. (1989). Assesment of family cohesion and adaptability in component family dyads : a question convergent in discriminant validity. Journal of Counselin Psychiatry, 36 (4), 456-463.
- Copeland, P.M. Sacks, N.R. & Herzog, D.B. (1995). Longitudinal follow-up of Amenorrhea in eating disorders. Psychosomatic Medicine, 57, 121-126.
- Crisp, A.H., Norton, K., Gowers, S., Haley, S., Bowyer, D., Yeidham, D., Levett, G. & Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in Anorexia Nervosa. British Journal of Psychiatry, 159, 325-333
- Dare, C. & Eisler, I. (1985). Family therapy and eating disorders. En: Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.) Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York : Guildford Press.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I. & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family Process of 26 eating disorder families. International Journal of Eating Disorders, 16(3), 211-226.
- Eguiluz, L. L. (1991). El cambio epistemológico y la investigación en la terapia familiar sistémica. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas. México.

- Espinosa, R. (1992). *El ciclo vital de familias mexicana: características culturales y estructura familiar*. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas. México.
- Feinstein, S.C. & Sorosky, A.D. (1988). *Trastornos de la alimentación*. Buenos Aires : Nueva Visión.
- Ferrandiz, A. (1985). *Terapia Familiar: el enfoque sistémico*. Revista de Psicología General y Aplicada, 40, 485-510.
- Garfinkel, P.E., Kaplan, A.S., Garner, D.M. & Darby, P.L. (1983). The differentiation of vomiting/weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 140, 1019-1022.
- Garner, D.M. & Garfinkel, D.E. (1979). The Eating Attitudes Test and index of symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-280.
- Garner, D.M. & Garfinkel, D.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications. International Journal of Psychiatry Medicine, 11, 263-284.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.
- Gita-Roberto, L. (1986). Bulimia: The transgenerational view. Journal of Marital and Family Therapy, 12, 231-240.
- Goldenberg, I. & Herbert (1991). Family Therapy. California: Books/Cole Publishing Company Pacific Grove.

- González, V.A. & López, A.X. (1995). Evaluación de los patrones de comunicación en familias obesas. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.
- Grange, D., Eisler, I., Dare, C. & Darby, P.L. (1991). Evaluation of family treatments in adolescent. Anorexia Nervosa: A pilot study. International Journal of Eating Disorders, 12(4), 347-357.
- Green, R.G., Harris, R.N., Forte, J.A. & Robinson, M. (1991). Evaluating FACES III and the circumplex model: 2440 families. Family Process, 30, 55-73.
- Greenfel, D., Mickley, D., Quinlan, D.M. & Roloff, P. (1995). Hypokalemia in outpatients with eating disorders. American Journal of Psychiatry, 152, 60-63.
- Gwirstman, H.E. (1993) Bulimic disorders: pharmacoterapeutic and biological studies. Psychopharmacological bulletin, 29, 109-114.
- Hernández, V. A. (1993). Técnicas del lenguaje terapéutico en terapia sistémica. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Campus Iztacala. UNAM.
- Hernández, S. R., Fernández, C.C. & Baptista, L.P. (1994). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- Heron, M.J. & Leheup, F.R. (1984). Happy Families?. British Journal of Psychiatry, 145, 136-138.
- Hoffman, L. (1992). Fundamentos de la Terapia Familiar. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hsu, M.J. & Lee, S. (1993). Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa?. American Journal of Psychiatry, 150, 1466-1471.

- Humphrey, L.L. (1986). *Family relations in Bulimic-Anorexic and nondistressed families*. International Journal of Eating Disorders, 2(5), 223-232.
- Humphrey, L.L., Apple, F.R. & Kirschenbaum, S.D. (1986). Differentiating bulimic-anorexic from normal families using Interpersonal and Behavioral Observational Systems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 190-195.
- Johnson, C. & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142, 1321-1324.
- Kaplan, A. & Sandock, (1994). Synopsis of Psychiatry. USA : Williams and Wilkins. pp. 689-698.
- Knapp, L.M. (1994). La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. México: Paidós.
- Kinzi, J.F., Traweger, C., Guenther, V. & Biebl, W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. American Journal of Psychiatry, 15, 1127-1131
- Kog, E. & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorders and normal controls. International Journal of Eating Disorder, 8, 11-23.
- Kornblit, A. (1984). Somática Familiar : Enfermedad orgánica y familia. España : Gedisa.
- Lansky, R. M. (1981). Family Therapy and Major Psychopathology. New York: Grune & Stratton.
- Larson, J.B. (1991). Relationship of family communication patterns to eating disorder inventory score in adolescent girls. Journal of the American Dietetic Association, 91(9), 1065-1067.

- Le Grange, D., Eisler, I. Dare, C. & Russell, G.F.M. (1992). Evaluation of family treatment in adolescents with anorexia nervosa: a pilot study. International Journal of Eating Disorder, 12, 347-357.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: Un enfoque sistémico del problema psicosomático, ejemplificado en la anorexia nerviosa juvenil. Estudios Psicológicos, 1, 1-21.
- López, A.X., Mancilla, D.J.M. & González, V.A. (1995). Evaluación de los patrones de comunicación en familias obesas. Revista Mexicana de Psicología, 12, 199-210.
- Maturana, R.H. & Varela, F. (1990). El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano. España: Debate.
- Martínez-Fornés, S. (1994). La obsesión por adelgazar: Bulimia y Anorexia. México: Espasa Calpe.
- Mathis, R.D. & Tanner, A. (1991). Cohesion, adaptability, and satisfaction of family systems in later life. Family Therapy, 18(1), 47-59.
- McBride, P.A., Anderson, G.M., Khaith, V.D., Sunday, S.R. & Halmi, K.A. (1991). Serotonergic responsivity in eating disorders. Psychopharmacological Bulletin, 27(3), 365-372.
- Meléndez, C. G. C. (1994). El adulto joven en busca de su autonomía. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Campus Iztacala. UNAM.
- Minuchin, S. (1985a). Familias y Terapia familiar. España: Gedisa.
- Minuchin, S. (1985b). Calidoscopio Familiar. México: Paidós.

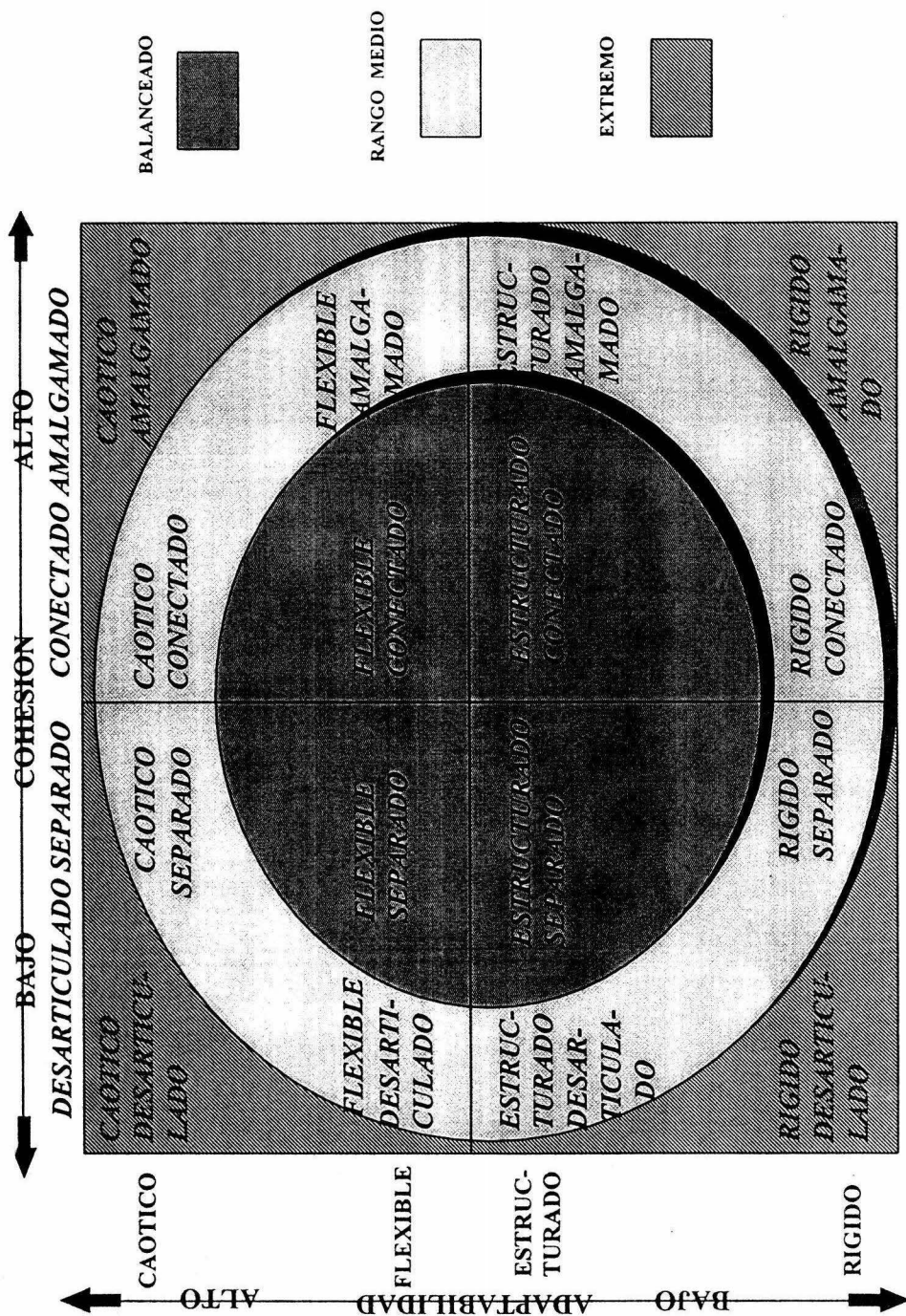
- Minuchin, S. & Fishman, CH. H. (1989). Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós.
- Mora, J.J.E. (1992). Análisis de la Cohesión Familiar, según el FACES II, aplicado a adolescentes.  
Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.
- Nardone & Watzlawick (1992). El arte del cambio. Barcelona : Herder.
- Olson., D.H. (1982). FACES II. Family adaptability and cohesion evaluation scales. Family social : St Paul University of Minnessota.
- Olson, D., Spemle, D. & Rusell, C. (1979). Circumplex model of marital and family sistems: I cohetion and adaptability dimensions family types and clinical aplications. Family Process, 8, 3-28.
- Onnis, L. (1990). Terapia Familiar de los Trastornos Psicossomáticos. España : Paidós.
- Palazzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Patra, G. (1991). Paradoja y contraparadoja. México : Gedisa.
- Pike, K. & Rodin, J. (1991). Mother, daughters, and disordered eating. Journal of Abnormal Psychology, 100, 198-204.
- Robin, A.L., Siegel, P.T. & Maye, A. (1995). Family versus individual for anorexia. Impact of family conflict. International Journal of Eating Disorder, 17(4), 313- 322.
- Rodríguez, D. & Arnold, M. (1993). Sociedad y teoría de sistemas. Chile: Universitaria.
- Russell, G.F., Szmukler, G.I., Dare, C. & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, 44 (12), 1047-1056.

- Sargent, J., Liebman, R. & Silver, M. (1985). *Family therapy for anorexia nervosa*. En: Garner D.M. & Garfinkel P.E. (Eds.) Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York : Guildford Press.
- Schütze, G. (1983). Anorexia Mental. Barcelona: Herder.
- Schwartz, R.C. Barrett, M.J. & Saba, G. (1995). *Family therapy for bulimia*. En Garner D.M. & Garfinkel P.E. (Eds.) Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York : Guildford Press.
- Selvini, M. (1990). Crónica de una investigación en la obra de Mara Selvini Palazzoli. España: Paidós.
- Shugar, G. & Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. International Journal of eating disorder, 17, 23-71.
- Smith, M.C. & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of Test for bulimia. Journal of Counseling Psychology, 52(5), 863-872.
- Smuzkier, G.I., Eisler, I., Russell, G.F.M. & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental "expressed emotion" and dropping out treatment. British Journal of Psychiatry, 147, 265-271.
- Stierlin, H. & Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la familia?. Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa. Barcelona: Gedisa.
- Strober, M. & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 654-659.

- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G.E. & Schübler, G. (1995). Obsessive compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia. American Journal of Psychiatry, 152, 72-75.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. España: Martínez Roca.
- Vandereycken, W. (1995). The family of patients with an eating disorder. En Garfinkel P.E. (Ed.) Eating disorder and obesity : A comprehensive handbook. USA: Guildford Press.
- Vandereycken, W., Castro, J. & Vanderlinder, J. (1995). Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. España: Martínez Roca.
- Vanderlinden, J., Norré, S. & Vandereycken, W. (1992) A practical guide to the treatment of bulimia nervosa New York : Brunner/Mazel.
- Vázquez, A.R. & Alvarez, R.G.L. (1994). Una aproximación sistémica de la obesidad. Revista Cubana Alimentaria de Nutrición, 8 (1-2), 33-38.
- Waller, G., Slade, P. & Calam, R. (1990). Who Knows Best? Family interaction and eating disorders. British Journal of Psychiatry, 156, 546-550.
- Walter, E.E. & Kendler, K. (1995). Anorexia nervosa and anorexia-like syndroms in a population based female twin sample. American Journal of Psychiatry, 152, 64-71.
- Watzlawick, P., Beavin, B.J. & Jackson, D. (1991). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona : Herder.
- White, M. (1993). Anorexia nervosa a transgenerational system perspective. Family Process, 22, 255-273.

- Wilson, T.G. & Walsh, B.T. (1991). *Eating disorders in the DSM-IV*. Journal of the Abnormal Psychology, 100(3), 362-365.
- Wonderlich, S.A. (1992). *Relationship of family and personality factors in bulimia*. En: Crowther J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S.E. & Stephens, M.A.P. (Eds.) The etiology of Bulimia nervosa : the individual and familial context. USA : Hemisphere Publishing Corporation.
- Wonderlich, S.A. & Swift, W.J. (1990). *Perceptions of parental relationships in the eating disorders: The relevance of depressed mood*. Journal of Abnormal Psychology, 99, 353-360.
- Yates, A.J. (1973) Terapia del comportamiento. México: Trillas. pp. 208-210.

## ANEXOS



ANEXO 1

## ANEXO 2

### *Dimensiones de Adaptabilidad* - Conceptos Interrelacionados -

| ADAPTABILIDAD      | CAOTICA<br>Muy alta                                           | FLEXIBLE<br>Moderada a alta                                  | ESTRUCTURADA<br>Moderada a baja                     | RIGIDA<br>Muy baja                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <i>Asertividad</i> | <i>Estilos pasivo-agresivos</i>                               | <i>Solamente asertivo</i>                                    | <i>Generalmente asertivo</i>                        | <i>Estilo pasivo o agresivo.</i>                                       |
| <i>Control</i>     | <i>No existe lider</i>                                        | <i>Igualitaria con cambios fluidos</i>                       | <i>Democrática con lider estable</i>                | <i>Lider autoritario.</i>                                              |
| <i>Disciplina</i>  | <i>Laissez-Faire</i>                                          | <i>Democráticas con consecuencias impredecibles</i>          | <i>Democrática con consecuencias predecibles.</i>   | <i>Autocrítica demasiado estricta.</i>                                 |
| <i>Negociación</i> | <i>Negociación sin fin<br/>Pobre resolución de problemas.</i> | <i>Buena negociación.<br/>Buena resolución de problemas.</i> | <i>Negociación estructurada</i>                     | <i>Negociación limitada. Pobre resolución de problemas.</i>            |
| <i>Roles</i>       | <i>Cambio dramáticos de roles.</i>                            | <i>Se comparten roles. Cambio dramático de roles.</i>        | <i>Se comparten algunos roles.</i>                  | <i>Rigidez de roles y estereotipo de éstos.</i>                        |
| <i>Reglas</i>      | <i>Muchas reglas implícitas y pocas explícitas.</i>           | <i>Algunas reglas cambian. Más reglas implícitas.</i>        | <i>Pocas reglas cambian. Más reglas explícitas.</i> | <i>Reglas rígidas. Demasiado reglas explícitas y pocas implícitas.</i> |

Fuente: Cárdenas, O.A.. Efecto del rompimiento matrimonial en los hijos. Universidad de las Américas, A.C. Tesis Profesional. México, 1987, pp.48-49.

**ANEXO 3**  
**Dimensión de Cohesión.**  
**- Conceptos Interrelacionados -**

| <b>COHESION</b>                  | <b>AMALGAMADA</b><br><i>Muy alta</i>                                                               | <b>CONECTADA</b><br><i>Moderada a alta</i>                                                              | <b>SEPARADA</b><br><i>Moderada a baja</i>                                                    | <b>DESVINCULADA</b><br><i>Muy baja</i>                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Independencia</i>             | <i>Alta dependencia de los miembros de la familia.</i>                                             | <i>Moderada dependencia de los miembros de la familia.</i>                                              | <i>Moderada independencia de los miembros de la familia.</i>                                 | <i>Muy alta independencia de los miembros de la familia.</i>                                  |
| <i>Lazos familiares.</i>         | <i>Lazos externos cerrados.</i>                                                                    | <i>Lazos externos semiabiertos internos, y generacionales abiertos y claros.</i>                        | <i>Lazos internos y externos semiabiertos, generacionales claros.</i>                        | <i>Lazos externos abiertos; internos cerrados; generacionales rígidos.</i>                    |
| <i>Coaliciones</i>               | <i>Coalición Madre-hijo.</i>                                                                       | <i>Coalición marital fuerte.</i>                                                                        | <i>Coalición marital clara.</i>                                                              | <i>Coaliciones débiles usadas como escapatoria.</i>                                           |
| <i>Tiempos</i>                   | <i>Tiempo juntos a su máximo. Tiempo separados está permitido al mínimo.</i>                       | <i>Tiempo juntos es importante, tiempo separado está permitido por razones probadas.</i>                | <i>El tiempo separado y juntos es importante.</i>                                            | <i>Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente).</i>                   |
| <i>Espacio</i>                   | <i>Poco o ningún espacio privado en casa.</i>                                                      | <i>Espacio familiar al máximo, espacio privado al mínimo.</i>                                           | <i>Espacio separado se mantiene algún espacio familiar.</i>                                  | <i>Espacio separado es exacerado tanto física como emocionalmente.</i>                        |
| <i>Amigos.</i>                   | <i>Amigos individuales limitados. Se ve a la pareja y a los amigos juntos con toda la familia.</i> | <i>Algunos amigos individuales, algunas actividades con pareja y amigos familiares.</i>                 | <i>Algunos amigos individuales, algunos amigos familiares.</i>                               | <i>Amigos individuales. Pocos amigos familiares</i>                                           |
| <i>Toma de Decisiones</i>        | <i>Todas las decisiones personales y de relación se deben hacer junto con la familia.</i>          | <i>Se comparten las decisiones individuales. Mayoría de decisiones tomadas pensando en la familia.</i>  | <i>Mayoría de decisiones se toman individuales. Las menos en forma familiar.</i>             | <i>Decisiones individuales.</i>                                                               |
| <i>Intereses y Recreaciones.</i> | <i>La mayoría o todas de las deben de hacerse en familia.</i>                                      | <i>Algunas actividades familiares en horario. La familia involucrada en los intereses individuales.</i> | <i>Algunas actividades familiares espontáneas. Se soportan las actividades individuales.</i> | <i>Principales actividades individuales. No se involucra a la familia en las actividades.</i> |

Fuente: Cárdenas, O.A. Efectos del rompimiento matrimonial en los hijos. Universidad de las Américas, A.C., Tesis Profesional, México, 1987. pp.48-49.

## ANEXO 4

### FACES II

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual familiar : \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Composición de la familia con quien vive

| Nombre       | Edad  | Ocupación | Escolaridad | Edo. civil. |
|--------------|-------|-----------|-------------|-------------|
| Padre: _____ | _____ | _____     | _____       | _____       |
| Madre: _____ | _____ | _____     | _____       | _____       |
| Hijos: _____ | _____ | _____     | _____       | _____       |
| _____        | _____ | _____     | _____       | _____       |
| _____        | _____ | _____     | _____       | _____       |
| _____        | _____ | _____     | _____       | _____       |
| Otros: _____ | _____ | _____     | _____       | _____       |

Conteste las siguientes preguntas que se refieren a cómo describiría su familia, utilizando la escala que aparece a continuación:

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 1.- Casi nunca.       | 4.- Frecuentemente. |
| 2.- De vez en cuando. | 5.- Casi siempre.   |
| 3.- Algunas veces.    |                     |

|                                                                                                                | REAL | IDEAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| 1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles.                                   | ( )  | ( )   |
| 2.- En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.                                           | ( )  | ( )   |
| 3.- Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia que con los miembros de la misma familia. | ( )  | ( )   |
| 4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones importantes de la familia.                 | ( )  | ( )   |
| 5.- Nuestra familia acostumbra a reunirse en el mismo cuarto.                                                  | ( )  | ( )   |
| 6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina.                                              | ( )  | ( )   |

|                                                                                                                 | REAL | IDEAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| 7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.                                                   | ( )  | ( )   |
| 8.- Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones.               | ( )  | ( )   |
| 9.- En nuestra familia cada quien escoge su propio camino.                                                      | ( )  | ( )   |
| 10.- Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia                              | ( )  | ( )   |
| 11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los miembros de la familia. | ( )  | ( )   |
| 12.- Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.                                   | ( )  | ( )   |
| 13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar.       | ( )  | ( )   |
| 14.- Los miembros de la familia dicen lo que quieren.                                                           | ( )  | ( )   |
| 15.- Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades.                                      | ( )  | ( )   |
| 16.- Cuando hay que resolver problemas aceptamos las sugerencias de los niños.                                  | ( )  | ( )   |
| 17.- Los miembros de la familia se sienten más cercanos unos a otros.                                           | ( )  | ( )   |
| 18.- La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.                                                     | ( )  | ( )   |
| 19.- Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros.      | ( )  | ( )   |
| 20.- Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.                                     | ( )  | ( )   |
| 21.- Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer.                                         | ( )  | ( )   |
| 22.- En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades.                                                   | ( )  | ( )   |
| 23.- Los miembros de la familia acostumbran a compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma.     | ( )  | ( )   |
| 24.- Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia.                                         | ( )  | ( )   |
| 25.- Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa                                     | ( )  | ( )   |
| 26.- Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.                                       | ( )  | ( )   |
| 27.- Aprobamos a los amigos de cada quien.                                                                      | ( )  | ( )   |
| 28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos, es decir lo que piensan                        | ( )  | ( )   |
| 29.- En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total.                                      | ( )  | ( )   |
| 30.- Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros.                               | ( )  | ( )   |