

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PRESENTA: MARIO ORTIZ AMEZOLA

SEDE: INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

[Firma de Alejandro Caballero Romo]

[Firma]

TUTOR TEORICO: DR. ALEJANDRO CABALLERO ROMO

TUTOR METODOLÓGICO: DR. CARLOS BENDANEA CISNEROS



PSICOLOGIA MEDICA DEPTO. DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL U. N. A. M.

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2000

No. 30.

[Firma de Alejandro Díaz] Dr. Alejandro Díaz



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD
EN LAS FAMILIAS DE PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

INDICE

ANTECEDENTES	1
ANOREXIA	6
Factores socioculturales	11
Definición	13
Criterios diagnósticos. DSM IV	14
Criterios diagnósticos. ICD 10	15
Personalidad y anorexia	17
Tratamiento	19
BULIMIA	22
Diagnóstico	25
Criterios diagnósticos. DSM IV	27
Criterios diagnósticos. ICD 10	28
Tratamiento	29
JUSTIFICACIÓN	33
HIPOTESIS	33
OBJETIVO GENERAL	34
Objetivos específicos	34
MATERIAL Y METODO	
Diseño del estudio	35
Variables	35
Población y muestra	35
Procedimiento	36
Criterios de inclusión y exclusión	36
Indices clinimétricos	37
Análisis estadístico	38
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	48
ANEXOS	
Anexo I. Instrumento	49
Anexo II. Tablas	53
Anexo III. Escala FACES II	61
BIBLIOGRAFÍA	63

ANTECEDENTES

La familia desempeña un papel crucial en el desarrollo de los trastornos de la alimentación por lo que el estudio de la misma debe abarcar aspectos tales como hábitos alimenticios, dinámica familiar y actitudes de los padres hacia el peso de sus hijas ⁽¹⁾. Vázquez y Raich encontraron en una muestra de 16 familias españolas que hasta el 42.8% de las pacientes con trastorno de alimentación (TA) habían tenido que dejar sus estudios o actividades a consecuencia de la enfermedad; las pacientes con TA mostraron una alta vulnerabilidad a los valores culturales con respecto al modelo estético corporal. Del mismo modo, sus padres también mostraron un interés significativamente mayor en su visión sobre los valores culturales y sobre la estética del cuerpo. Con respecto a la dinámica familiar se encontró que ambos padres consideran a los miembros de su familia con menor autonomía de lo que pueden pensar sus hijas; las pacientes con anorexia mostraron conductas obsesivas de orden y limpieza que dejaban ver un esquema familiar estricto en ese sentido aunque con la clara intención, en los padres, de calificarse como armónicos ⁽¹⁾.

La FES (Family Environment Scale) mostró en sus diversas subescalas una mayor *cohesión* en las familias de pacientes anoréxicas; Las madres fueron el elemento familiar más interesado en resaltar la *expresividad* como algo importante en su dinámica familiar, aunque bajo el análisis cualitativo de los autores se evidenció que sólo se enfrascaron en aspectos positivos o no polémicos de la convivencia. Al evaluar lo referente a las *actividades sociales*, se observó un acuerdo en las familias al concluir en la existencia de poca vida social. Las familias estudiadas mencionaron que el *conflicto* era la menor de sus características, aunque con la sospecha de una probable negación de esta situación. En lo referente a los hábitos alimenticios, se encontró que los padres fueron menos restrictivos que las madres y las hijas en el almuerzo y la merienda; la influencia del estado de ánimo no fue significativa al relacionarla con la ingestión o restricción alimentaria. Por otro lado, las madres mostraron un

mayor control ante los estímulos externos para no aumentar su ingestión cuando se sentían llenas. El estado de ánimo ansioso fue el que predominó en su determinación por continuar con la ingestión o restringirse de alimentos.

Los puntos más importantes del estudio se observaron en las similitudes que las madres y las hijas tuvieron para apreciar su interacción familiar así como en sus hábitos alimenticios, específicamente en las conductas restrictivas; la excesiva atención que la madre presta a los anuncios publicitarios y su influencia en sus hijas, además de la influencia paterna en la orientación a los logros y la organización.

Calam y Waller diseñaron un estudio en dos fases encaminado a demostrar que los factores psicosociales (baja autoestima y disfunción familiar) en adolescentes, podrían llevar al desarrollo de TA y que eso podría ser también continuo para el TA a lo largo del tiempo. Las adolescentes completaron en la primera fase un cuestionario sobre la psicopatología alimentaria (Eating Attitudes Test "EAT-26" y el Symptom scale of Bulimic Investigatory Test "BITE") y otro de autoestima y perfeccionismo. La apreciación de la funcionalidad familiar fue evaluada por las madres mediante un cuestionario diseñado para ello (Family Assessment Device "FAD"). En la segunda fase las pacientes respondieron el cuestionario de psicopatología alimentaria. Dentro de las variables psicosociales, la autoestima y el perfeccionismo en las jóvenes adolescentes, no resultaron predictores de confianza para desarrollo de psicopatología alimentaria en la vida adulta temprana. Un segundo predictor psicosocial evaluado en este estudio fue el funcionamiento familiar. El punto más importante fue la diferenciación anormal entre las actividades y roles familiares y las características alimenticias insanas. La pobre comunicación dentro de la familia fue también asociada con actitudes alimentarias en la vida adulta temprana, particularmente con conductas restrictivas. Este estudio demostró que el desarrollo de actitudes y conductas alimentarias anormales en la edad adulta temprana pueden predecirse a partir de las características de la adolescencia ⁽²⁾. Un estudio previo de los mismos

autores en el que compararon la opinión de las pacientes (anoréxicas y bulímicas) con la de sus padres respecto a la dinámica familiar, utilizando el mismo instrumento (FAD), mostró una percepción muy diferente entre los miembros de la familia en su habilidad para predecir la presencia o ausencia de trastornos de la alimentación en las hijas. Por otro lado, la apreciación de las pacientes sobre su familia, el compromiso y la sensibilidad emocional, la resolución de problemas y el control del comportamiento resultaron poderosos predictores de trastornos de alimentación ⁽³⁾.

Un estudio enfocado a la evaluación de conductas alimentarias y rasgos psicopatológicos familiares con el respectivo efecto transgeneracional, dio resultados interesantes en su interpretación. Sugirió que los resultados podrían ser parsimoniosamente descritos en tres dimensiones: 1. ECS (síntomas y conductas alimentarias) referentes a la imagen corporal, actitudes alimentarias maladaptativas y comportamiento alimentario problemático; 2. DET (rasgos errático-dramáticos) manifestados en la necesidad de atención y aprobación, fluctuaciones en el estado de ánimo, intolerancia a terceros y búsqueda de estímulos; y 3. OCT (rasgos obsesivo compulsivos) reflejando el control, las reglas, la precaución y la represión emocional. El efecto transgeneracional observado abarcó a las hijas y sus padres en lo referente a los rasgos psicopatológicos y entre las madres y las hijas en las costumbres alimentarias, aunque esto no fue identificado solamente en las familias de las pacientes con TA ⁽⁴⁾.

Al estudiar a 918 mujeres adolescentes de ocho escuelas de grado medio superior evaluando factores familiares, problemas de autoestima y autoimagen así como síntomas psiquiátricos de tipo alimentario y en general, se encontró una probable relación en los mecanismos por los cuales las relaciones familiares disfuncionales y las preocupaciones por el peso pueden llegar a predisponerlas a patología alimentaria ⁽⁵⁾. El funcionamiento familiar general fue obtenido al utilizar la escala número III para evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar

(FACES III). El estudio evalúa un proceso dual de modelo familiar. Por un lado, la preocupación familiar por el peso y la apariencia contribuyen directamente al desarrollo de la insatisfacción corporal y directa e indirectamente a los síntomas alimentarios. Por otro lado, las relaciones disfuncionales contribuyen directamente al desarrollo de baja autoestima e indirectamente terminando en síntomas alimentarios y síntomas psiquiátricos ⁽⁵⁾.

Un nuevo tipo de trastorno de alimentación se ha descrito en los últimos tiempos, los "Comedores Compulsivos". Del mismo modo que con otros trastornos, las características familiares de estos pacientes también se han evaluado. Las familias de pacientes con este trastorno mostraron limitaciones de sus miembros en su capacidad de independencia, mayor aislamiento y sedentarismo en comparación de otras con diferente trastorno de alimentación. Estas familias tuvieron las puntuaciones más bajas en orientación cultural e intelectual, logros y en subescalas morales y religiosas. Además mostraron una menor cohesión y expresividad que altos niveles de conflicto. Agregando, estas familias mostraron menor énfasis en sus actividades sociales y recreativas que las familias normales ⁽⁶⁾.

Olson, Rusell y Sprenkle definieron la *cohesión* familiar como "*los lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros*". Visto de otra manera es el grado en el cual los miembros de la familia se encuentra ligados o separados afectivamente entre sí. Se considera a la cohesión en una dimensión curvilínea, medida en cuatro niveles: Disgregada (bajo nivel de cohesión), separada (nivel de cohesión de bajo a moderado), conectada (nivel de cohesión de moderado a alto), y muy conectada o amalgamada (alto nivel de cohesión). La baja cohesión familiar se caracteriza por la escasa vinculación entre sus miembros, así como por un alto nivel de independencia de éstos. Los niveles intermedios representan un grado balanceado de cohesión familiar que favorecen un efectivo funcionamiento del núcleo, así como un desarrollo individual óptimo. En una familia con alta cohesión, sus miembros manifiestan

una sobreidentificación, es decir, una ligazón extrema que trae como consecuencia una escasa independencia.

Los mecanismos reguladores de la adaptabilidad son los circuitos de retroalimentación positivos y negativos. En el caso de los circuitos negativos, el estado de una estructura en determinado momento se mantiene (morfofostasis). Cuando se trata de retroalimentación positiva, se crean nuevas estructuras dentro del sistema y se produce el cambio (morfogénesis). De acuerdo con esto, las retroalimentaciones positivas llevan a producir cambios de segundo orden, lo cual favorece a un ambiente familiar en el que existe adaptabilidad ⁽⁷⁾.

La adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante y una situación excesivamente estable. Olson Sprenkle y Rusell definen a la *adaptabilidad* como *"la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés circunstancial o del desarrollo"*. También la adaptabilidad es una dimensión curvilínea, que se mide a lo largo de un continuo de cuatro niveles: Rígida (baja adaptabilidad), estructurada (baja a moderada adaptabilidad), flexible (moderada a alta adaptabilidad), y muy flexible o caótica (alta adaptabilidad).

Las familias rígidas son aquellas que permanecen casi sin cambio a pesar de las crisis y de las modificaciones propias del desarrollo. Los tipos de familias estructuradas y flexibles mantienen niveles de adaptación medios o moderados y pueden manejarse más adecuadamente ante la crisis y el cambio. Las familias caóticas con adaptabilidad alta o exagerada, son las que se mantienen en un constante cambio, lo que no les permite estabilidad o constancia en sus patrones de interacción. De lo anterior se deduce que un sistema adaptativo es el que presenta un balance entre la morfogénesis (cambio) y la morfofostasis (estabilidad) ⁽⁸⁾.

ANOREXIA

De la edad media datan algunos relatos sobre una "misteriosa enfermedad" que transformaba a la persona que la padecía y que se caracterizaba por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta. Hacia el siglo XIV, algunos lugares de Europa adoptaron a Santa Wilgefortis como protectora de mujeres que deseaban evitar la atención masculina. Cuenta Lacey que cuando esta mujer era adolescente ayunó y "rogó a Dios" que le "arrebatará su belleza" para ahuyentar la atención de los hombres. El régimen que adoptó se basó en plegarias, ascetismo y dieta de inanición.

La primera descripción clínica de la anorexia se atribuye a R. Morton en 1694, aunque el término de Anorexia Nervosa fue acuñado por Sir William Gull en 1874. Las observaciones de Gull destacan el inicio en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, la preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención profesional especializada ⁽⁹⁾.

Lasegue describió el cuadro como anorexia histérica, ilustrando bien las distorsiones cognitivas, negación y trastorno de la imagen corporal: ... *Un optimismo inagotable, frente al cual las súplicas y las amenazas son inútiles: "puesto que no sufro, debo hallarme bien..." ... Cuando se le dice que es imposible que subsista ingiriendo alimento que sería insuficiente para un bebé, responde que la nutre en modo suficiente a ella, agregando que no se siente ni cambiada ni más delgada.*

Dentro de las teorías de causalidad psicológica, surgidas alrededor de 1940, se aseguraba que la anorexia nervosa simbolizaba repudio a la sexualidad con predominancia de fantasías de embarazo oral.

Hilde Bruch destacó en sus aportaciones el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales como es, el estar consciente de la necesidad nutricional. Describe también una sensación paralizante de ineficacia atribuida al fracaso de los padres por favorecer la expresión de sí mismo. Bruch hace la analogía del "gorrión en una jaula de oro" al percatarse de la falta de autonomía en estas pacientes y la sensación de que nunca van a colmar las altas expectativas de sus padres ⁽⁹⁾.

En lo que respecta al tipo de familias, Minuchin y colaboradores postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción en los cuales los síntomas de la afectada desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar ⁽¹⁰⁾.

Crisp propone en su teoría la vinculación entre el aspecto psicológico y biológico. Según él, la evitación de alimentos con carbohidratos y la consiguiente pérdida de peso llevan a interferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación, y así a una forma de regresión que elude los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad.

El hecho de que sólo algunas personas sufran de determinada patología a pesar de estar expuestas, nos remite a la idea de susceptibilidad, predisposición, dotación genética, incidencia del estrés, ambiente físico y psicosocial, coyunturas, etc. la anorexia nervosa no se puede comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina que dibuja el clínico ni a hipotéticas relaciones objetales vividas en una primera época de la vida que nadie ha observado y algunos pueden intentar reconstruir con las inevitables distorsiones del caso.

Muchos factores de riesgo han sido implicados en el desarrollo de la anorexia nervosa. Entre ellos se incluyen la historia familiar de anorexia y la obesidad, intereses sobre el peso y la alimentación, trastornos afectivos, abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, exposición a situaciones adversas y la presencia de ciertos rasgos como el perfeccionismo, obsesividad, excesivo conformismo y baja autoestima ⁽¹¹⁾.

En un estudio de casos y controles que abarcó a 67 mujeres con anorexia nervosa, se encontraron características significativamente diferentes, en el sentido de que estas pacientes compartían rasgos de baja autoestima, perfeccionismo y falta de amistades importantes, en comparación al grupo control.

La frecuencia de trastorno depresivo mayor, como patología psiquiátrica premórbida, fue mayor en este grupo de pacientes, lo mismo que en la historia familiar. Situaciones como la excesiva crítica, pocas muestras de afecto y un menor involucramiento fueron más frecuentes en la actitud de los padres de estas pacientes en comparación con los controles ⁽¹¹⁾.

Un estudio encaminado a diagnosticar TA y comorbilidad en 466,590 varones de hospitales para veteranos dio como resultado 98 pacientes detectados. De éstos, 25 cumplieron con criterios para diagnóstico de anorexia nervosa. Los trastornos psiquiátricos comórbidos para esta entidad fueron los del humor, el abuso y dependencia a sustancias además de la esquizofrenia y algunos otros trastornos psicóticos (12).

Con base en lo anterior podemos afirmar que no existen factores precipitantes únicos y, en muchos casos, tampoco se logran identificar algunos en particular. El evento desencadenante puede ir desde una pérdida o separación hasta una fractura en el equilibrio familiar, pasando por la aparición de nuevas demandas dentro del contexto o alguna enfermedad física previa.

0

Algunas características en el perfil psicológico han sido identificadas en pacientes anoréxicos, como son el intenso temor respecto a la comida y el aumento de peso, la distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre. Esto los hace diferentes de los efectos exclusivos que la inanición ejerce sobre cualquier persona que la padezca: irritabilidad, ansiedad, problemas para la concentración, introversión, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas, disminución del interés sexual y alteraciones del dormir.

Desde el punto de vista de la cronicidad, algunos de los efectos más serios de la inanición son aquellos vinculados con el funcionamiento social e interpersonal. El efecto sobre la autoestima se vuelve catastrófico al grado de que el anoréxico busca el autocontrol a través de la dieta, perpetuando el problema.

Los vómitos inciden sobre el síndrome ya que representan una solución al problema, al permitirles comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgados. La reducción en la ingestión de alimento se relaciona con la alteración de la fisiología gastrointestinal en donde el retardo en el vaciamiento gástrico y la constipación crónica, brindan una sensación de saciedad ⁽⁹⁾.

Las características cognitivas en estos pacientes también guardan cierta particularidad, se tornan egocéntricos, concretos y dicotómicos. El peso funciona como eje fundamental de la autoestima y la sensación de bienestar. La pérdida de peso funciona como refuerzo positivo y la evitación de las comidas favorecen su aislamiento. Entre los trastornos del pensamiento descritos para estos pacientes tenemos:

- ✓ Abstracción selectiva. Consiste en basar una conclusión en detalles aislados ignorando evidencia contradictoria.

- ✓ Sobregeneralización. Por medio de la cual se extrae una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones disímiles.
- ✓ Magnificación de estímulos. Es notable la exagerada connotación hacia las cosas.
- ✓ Razonamiento dicotómico. Consiste en el pensar en términos extremos y absolutos.
- ✓ Personalización y autorreferencia. Existe una interpretación egocéntrica de hechos impersonales.
- ✓ Pensamiento supersticioso. Creen en la relación causa efecto de hechos no contingentes.

Con la finalidad de evitar los efectos devastadores de la inanición, la intervención debe ser *precoz*, ya que las consecuencias sobre la función orgánica y psicológica son determinantes. Debe ser *integral y especializada*, mediante un abordaje médico y terapéutico familiar ⁽⁹⁾.

Emborg en un estudio danés que abarcó de 1970 a 1993 encontró que las cuatro principales causas de muerte en 231 pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa fueron, el suicidio (7.4%), las causas no especificadas (5.2%), el infarto agudo al miocardio (4.8%) y la cirrosis hepática no alcohólica (4.3%) ⁽¹³⁾.

Factores socioculturales

A diferencia de épocas anteriores, en donde los alimentos estaban a disposición de las clases poderosas y la obesidad denotaba poder económico y social, nuestro tiempo se caracteriza por el mejor acceso de las personas a los alimentos, sobre todo de alta densidad calórica, lo que provoca que el sobrepeso sea ahora característico de las clases bajas. Sin embargo el impacto de las modas y las dietas sobre toda la población, independientemente de su condición social provocan mayor preocupación por el peso, la apariencia y la figura, sobre todo entre el sexo femenino. Se considera como ideal un cuerpo esbelto y hay la creencia prevaleciente de que la gordura es mala. Una frase atribuida a la duquesa de Windsor resulta fuertemente enraizada en la sociedad actual: *"Ninguna mujer nunca es demasiado rica ni está demasiado delgada"*.

Desde la década de los 40 se observó que en los Estados Unidos la aceptación de los alimentos y la resistencia a ellos se constituían en términos de moralidad; la gente suele pensar que debería comer lo que es bueno y no lo que es apetitoso e, inversamente, que la comida que es sana no es sabrosa. La difusión masiva sobre pautas novedosas de alimentación debería acompañarse siempre de una advertencia sobre sus riesgos y complicaciones.

Las dudas acerca de porqué solo un porcentaje de jóvenes que hacen dietas se vuelven anoréxicos nos llevan a pensar en el tipo de situaciones que deben darse para que esto ocurra. El no poder interrumpir una dieta y dejarse emaciar requiere una organización de relaciones particular. Los padres estrictos influyen en la imagen del adolescente y éste, al percatarse de un método infalible para subordinar a sus progenitores, toma la actitud de incapacidad para la ingestión desencadenando con ello un juego fatídico con movimientos preestablecidos de cada uno de los miembros ⁽⁹⁾.

A pesar de la revolución sexual y del feminismo las mujeres siguen siendo más controladas por sus padres que los varones y, cuando descubren el recurso poderoso de una huelga de hambre silenciosa, puede instalarse la anorexia.

Las influencias socioculturales son tan evidentes que no puede reducirse la comprensión de ésta enfermedad al análisis de variables intrapsíquicas. Se trata en realidad de un crisol en el que confluyen la biología, la cultura, la persona y las relaciones problemáticas ⁽⁹⁾.

Serpell y cols. en un estudio que evaluaba las actitudes positivas y negativas de las pacientes hacia la anorexia nervosa, encontraron algunas características que consideraron como probables factores para la perpetuación de la enfermedad. El punto más favorable que las pacientes veían en la anorexia fue sentirla como su "guardián": *mi amiga... tú eres la base de mi seguridad*. Otro de los atractivos fue el de mejorar su capacidad de relación con el sexo masculino y brindar sentido de seguridad y mejor autoestima: *siento que más hombres se interesan en mí... tú me haces sentir especial por poseer algo que ninguno de mis amigos o mi familia tienen*. También se pusieron en evidencia ventajas de la amenorrea: *tú detienes mis periodos y me salvas de esos días con malestares y dolor*.

Por otro lado, en las pacientes con diagnóstico de anorexia compulsivo purgativa pudo observarse el descontento al percatarse que las actitudes bulímicas finalmente no las conducían a nada. Tu pretendes ser mi amiga... pero no consigo nada contigo. Un segundo factor en contra tenía que ver con el deterioro social que esto le acarrea: *te odio por todo lo que me has hecho... arruinas mis relaciones de amistad y mis planes*. Al conocer las ventajas que las pacientes observaron en su enfermedad, los investigadores consideraron éstos puntos como claves en la resistencia para el tratamiento. Las inconveniencias y molestias expresadas por las pacientes, podrían tomarse como recursos terapéuticos potenciales que mejoraran el pronóstico de la enfermedad ⁽¹⁴⁾.

Definición

La anorexia nervosa se caracteriza por una gran preocupación por la imagen corporal y un intenso deseo de delgadez, a menudo hasta el punto de llegar a la inanición.

Es un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, aunque también a prepúberes y mujeres mayores, en menor grado a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos; provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el hombre. La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada y la emaciación se hace evidente o cuando aparece la amenorrea ⁽¹⁵⁾.

En el pasado el diagnóstico de esta enfermedad se realizaba descartando toda enfermedad clínica capaz de provocar pérdida de peso, así como trastornos psíquicos que pudieran acompañarse de inapetencia. Russell en 1970 establece una característica positiva en el sentido de que el reconocimiento de los criterios por él propuestos permite hacer el diagnóstico de la enfermedad.

- ✓ La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso pronunciada.
- ✓ Hay un trastorno endocrino que se manifiesta clínicamente por interrupción de la menstruación (pérdida de apetito sexual en los varones).
- ✓ Existe una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar ⁽¹⁶⁾.

En la actualidad los criterios se han modificado y quedan vigentes los mencionados en el DSM-IV y la ICD-10.

Criterios diagnósticos. Anorexia nervosa. DSM IV

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo considerando la edad y la talla (p. ej, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales (p. ej. , estrógenos).

Especificación del tipo:

- ✓ Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nervosa el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- ✓ Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de anorexia nervosa el individuo regularmente recurre a atracones o purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) ⁽¹⁶⁾.

Criterios diagnósticos. Anorexia nervosa. ICD 10

- a) Pérdida significativa de peso índice de masa corporal o de Quetelet* de menos de 17.5. Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de evitar el consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes; 1) vómitos autoprovocados; 2) purgas intestinales autoprovocadas; 3) ejercicio excesivo; 4) consumo de fármacos anorexigénicos o diuréticos.
- c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia con el carácter de idea sobrevalorada intrusa; de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales; de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, en el varón como una pérdida del interés y en la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso ésta se detiene (cesa el

* índice de masa corporal de Quetelet = peso (kg) / altura (m)²

crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas, presentan amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarca es tardía ⁽¹⁷⁾.

Como se menciona en las clasificaciones, la anorexia puede ser restrictiva cuando el descenso en el peso se logra evitando la ingestión al máximo y anorexia bulímica o compulsivo/purgativa en donde los pacientes logran su objetivo provocándose el vómito o recurren al uso de laxantes y/o diuréticos.

El término anorexia implica pérdida del apetito, y esto en realidad no ocurre a los pacientes sino hasta que alcanzan un estado de desnutrición severa y ayunos muy prolongados. La mayoría de los pacientes reconocen tener hambre, sin embargo expresan miedo a perder el control sobre la ingestión si toman un bocado más de lo que se habían propuesto. El hecho de ingerir grandes cantidades de líquido les permite paliar la sensación de hambre aunque hay pacientes que se autocomplacen de controlar, incluso, la sed volviéndose restrictivos para alimentos sólidos y líquidos. También la saciedad es percibida en forma distorsionada. Refieren distensión, plenitud y náusea. Por la poca alimentación y la desnutrición, son pacientes con constipación crónica aumentando con ello la sensación de plenitud y de "guardarse la comida", lo que provoca el empleo de purgantes. Podría interpretarse el uso de laxantes como la "expiación del pecado de haber comido" y posterior a esto sentirse "limpios por dentro" ⁽⁹⁾.

Personalidad y anorexia

Entre los estudiosos de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra Bruch, quien insiste en que uno de los factores etiológicos críticos para el desarrollo de la anorexia nervosa es la personalidad premórbida de los individuos con este trastorno. Los describe como "niños perfectos", complacientes y con apariencia de estar especialmente dotados y quienes se volvían expertos en lo que se refiere a observar y gratificar a los padres. Como consecuencia estos niños no fueron preparados para la experiencia de separación e individuación, propia de la adolescencia.

Bruch destaca tres rasgos esenciales:

- ✓ Fracaso en desarrollar autonomía de las figuras parentales, especialmente de la madre.
- ✓ Intrusividad y exceso de control de parte de los adultos.
- ✓ Desarrollo de una persona social muy dócil y bien orquestada, logrando sustraerse a enfrentamientos parentales.

Otro factor a considerar en la influencia modificadora o patoplástica de la personalidad sobre la manera como se expresan los trastornos psicológicos. De este modo, la personalidad no es considerada un factor etiológico o predisponente para el trastorno, sino que sería el elemento que tiñe la forma en que se manifiesta. De acuerdo con esto, Garfinkel y Garner concluyen que el peor pronóstico de la anorexia nervosa está asociado con rasgos de personalidad inestables y neuróticos con síntomas bulímicos y con un incremento en la caracterización somática y obsesiva.

Strober en 1980 encontró que estos pacientes tenían más ansiedad neurótica, conformidad social, control de la emocionalidad y evitación de estímulos en comparación con dos grupos control. Concluyó que una estructura de carácter rígida, obsesiva, con rasgos de excesiva conformidad, conducta regimentada e inhibición de la emotividad son típicos del paciente anoréxico joven. Años más tarde asoció que la introversión, depresión y tendencia a obsesionar son factores perpetuadores, vinculados a la desnutrición y a la condición del paciente ⁽⁹⁾.

Tratamiento

Las situaciones que con mayor frecuencia se ha relacionado la anorexia nervosa son:

- ✓ Tendencias obsesivas y compulsivas vinculadas a preocupaciones acerca del peso y en respuesta a presiones sociales y de pares vinculadas a cambios en los roles de género y patrones de belleza.
- ✓ Fantasías respecto del temor al embarazo oral.
- ✓ Infantilización y haber sido tratado como un objeto del sí mismo parental, que trae aparejada la emergencia de un sí mismo frágil.
- ✓ Conflictos acerca de la madurez del desarrollo.
- ✓ Estar inmerso en un sistema familiar que tiende a eludir la expresión abierta de conflictos, dando lugar a que uno de los padres se sobreinvolucre con un hijo/a vulnerable.

Es evidente la complejidad de esta patología; algunas de estas formulaciones han encontrado sustento en observaciones clínicas, lo que ha permitido la formulación de intervenciones terapéuticas, que van desde atender sólo a la recuperación de peso, con total desestimación de los aspectos psicológicos, hasta el psicoanálisis que se extiende a lo largo de años, haciendo caso omiso del bajo peso. Abundando en el tema, encontramos la corriente que habla del trastorno psicológico vinculado a déficit básicos en el sentido del sí mismo, de la identidad y del funcionamiento autónomo. Así, esta psicoterapia se orienta hacia lo que llama los antecedentes de la enfermedad que tendría como corolario un trastorno del desarrollo.

El enfoque cognitivo conductual relaciona pensamientos, emoción y comportamiento manifiesto, teniendo como objetivo primordial el hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos más frecuentes en estos pacientes (abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso), son examinados cuidadosamente, definidos y luego cada uno es sistemáticamente cuestionado a fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos.

Minuchin propone la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia con el objetivo de modificar la estructura familiar disfuncional, que organiza las transacciones de sus miembros (aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, evitación del conflicto o el involucrar al hijo en el conflicto parental). Las intervenciones se hacen en forma estratégica a lo largo de la terapia para lograr el objetivo de permitir el desarrollo de cada uno de los integrantes ⁽¹⁰⁾.

Vandereycken y Vanderlinder en un estudio de seguimiento sobre una población de treinta casos, observaron que los pacientes que se habían separado de su familia de origen y comenzaron a vivir en forma autónoma o bien en hogares sustitutos, o bien con una pareja, estaban funcionando razonablemente un año después del alta. Proponen que el terapeuta debe bloquear la batalla acerca de la comida dándole toda la responsabilidad por el peso y la alimentación al paciente. Posteriormente la terapia debe centrarse en la separación de la familia de origen para que el paciente designado logre desarrollar la autonomía e independencia.

Hall alerta sobre la terapia de grupo y observa una serie de dificultades en estos pacientes. Señala que a pesar de la recuperación de peso, los pacientes anoréxicos pueden continuar ansiosos, retraídos, rígidos y preocupados por los alimentos y su respectiva ingestión, lo que trae como consecuencia una dificultad en la expresión de los sentimientos. A pesar de todo, son pacientes

limitados en su capacidad de establecer relaciones socialmente competentes y al estar tan limitados en su capacidad de establecer relaciones sociales significativas, no consiguen integrarse a un grupo terapéutico. Factores como la baja autoestima y la hipersensibilidad a la crítica generan gran ansiedad dentro del grupo. Otra consecuencia observada es que al tener como único tema el peso y la comida, se enfrasquen en una competencia nefasta para lograr la máxima delgadez.

Con respecto a los grupos para padres de pacientes con anorexia se ha visto que éstos ofrecen un marco de seguridad y catarsis, además de obtener guía y consejos tanto del terapeuta como de otros padres afectados ⁽⁹⁾.

BULIMIA

La bulimia nervosa consiste en episodios recurrentes de ingestión de gran cantidad de alimentos (atracones), acompañados de la sensación de pérdida de control. La interrupción social o el malestar físico (dolor abdominal o náusea) pone fin a este episodio que va seguido de sentimientos de culpa, depresión o autodesprecio. La persona también efectúa conductas compensatorias de forma recurrente (vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos y/o ejercicio excesivo) para prevenir el aumento de peso ⁽¹⁵⁾.

Los episodios periódicos de sobrealimentación han sido denominados *binge eating* que en el español puede traducirse como atracón. La presencia del *binge* es justamente lo que define a la enfermedad.

Existen situaciones emocionales, sociales y clínicas en las que se producen episodios de ingestión exagerada y que no se tratan de bulimia. Por ejemplo frente al estrés, en enfermedades como el hipertiroidismo, la diabetes mellitus o los tumores hipotalámicos; el desarrollo puberal, especialmente en los varones, quienes llegan a alimentarse copiosamente ⁽¹⁶⁾.

Factores como el abuso sexual, psicológico o emocional fueron tomados en cuenta por Kent y colaboradores en un estudio para predecir psicopatología alimentaria. Los hallazgos se centraron en tres puntos principales. Con excepción del abuso sexual en la infancia, todas las otras formas de abuso (psicológico y emocional) se relacionaron independientemente con psicopatología alimentaria. Sin embargo, el abuso emocional en la infancia mostró ser el principal factor para el origen de actitudes y conductas alimentarias anormales. Los síntomas disociativos y ansiosos mediaban la estrecha relación entre el abuso emocional y la forma de alimentarse. Al definir el abuso emocional como aquellas conductas que los padres toman para ridiculizar, insultar, amenazar, culpar o desconcertar a los niños se percataron que este tipo

de trauma era el más claramente relacionado con el origen de la psicopatología alimentaria ⁽¹⁸⁾.

La conducta de atracones alimentarios exagerados seguida de sensaciones diversas, generalmente placenteras, y de vómitos autoinducidos para continuar comiendo, nos remonta a la antigua Roma. Las clases sociales privilegiadas realizaban este tipo de actos que denotaban poder y status. Fue hasta 1979 cuando Russell publica la primera descripción clínica exacta de la enfermedad.

Al hablar de etiología debemos considerar una serie de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales implicados. Muchos pacientes bulímicos empezaron su enfermedad al seguir una dieta en forma inadecuada; esto, sumado a la creciente presión social y su avidez por la figura esbelta resultan ser factores desencadenantes y de perpetuación de las conductas bulímicas. La bulimia nervosa es más frecuente que la anorexia. Las estimaciones realizadas sobre este trastorno oscilan entre el 1% y 3% de la población juvenil femenina. La bulimia es significativamente más común entre las mujeres que entre los hombres, pero suele iniciarse más tarde ⁽¹⁹⁾.

Las mujeres a menudo se perciben obesas, sin serlo, con mucho más frecuencia que los varones. Muestran gran confusión respecto a la silueta normal. En cuanto al ejercicio, los hombres generalmente realizan deportes por diversión o para mejorar la salud. La mujer, en cambio, recurre a los ejercicios físicos con la finalidad de mejorar su silueta y/o perder peso. Schwartz y cols. reportaron que las mujeres estaban más sujetas a comentarios sobre la imagen corporal y sus cuidados que los hombres y fueron los padres de las pacientes quienes insistieron más en ello ⁽²⁰⁾. La presión por alcanzar la delgadez es indiscutible. Muchas mujeres bulímicas comenzaron su enfermedad luchando contra la obesidad. Muchas obesas son bulímicas y muchas mujeres con normopeso siguen dietas porque se perciben a sí mismas como obesas.

Se han asociado los ciclos de sobreingestión y purga con diferentes neurotransmisores (serotonina, y noradrenalina), los niveles plasmáticos de endorfinas se encuentran elevados en algunos de los pacientes que vomitan, sugiriendo la posibilidad de que la sensación de bienestar experimentada por algunos tras este evento, puede estar mediada por el incremento en los niveles de estas sustancias ⁽²⁰⁾.

Al estudiar grupos específicos para medir la prevalencia de TA en familias de pacientes, Woodside y colaboradores encontraron índices hasta de 4.3% de prevalencia para bulimia y 5.1% para anorexia. Hubo un menor índice en los parientes de segundo grado (abuelos, tíos y tías) en comparación con los parientes de tercer grado (primos). De toda la muestra (93 pacientes), 16% padecían sólo de anorexia nervosa, 39% eran bulímicas y 45% tenían historia de ambos padecimientos. No se reclutaron varones en la muestra ⁽²¹⁾.

En un estudio encaminado a detectar TCA en las madres y hermanas de 47 pacientes con diagnóstico de bulimia nervosa, pero sin antecedente de anorexia, Stein y colaboradores encontraron que el 43% de las hermanas y el 26% de las madres tenían un índice significativamente alto de TCA no especificado en comparación con el grupo de mujeres control. Destacan la posibilidad de una gran vulnerabilidad en estas familias para la transmisión de la enfermedad y sugieren estudios genéticos como los realizados en familias de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar ⁽²²⁾.

En un estudio que abarcó una muestra de casi medio millón de personas, hombres y mujeres recluidos en casas para veteranos, fueron detectados 161 sujetos con diagnóstico de TCA. Los varones con diagnóstico de bulimia nervosa mostraron elevados índices de comorbilidad en lo que respecta a abuso de sustancias, trastornos afectivos y trastornos de personalidad, coincidiendo con los hallazgos para las mujeres ⁽²³⁾.

Diagnóstico

Al hablar de bulimia nos referimos a una forma particular de ingestión excesiva que va acompañada del riesgo esencial de la anorexia nervosa, es decir el temor a engordar. El sufrimiento de los pacientes no se debe a los temores que suscitan los atracones imaginarios, sino que éstos son reales y concluyen o bien a causa de malestar físico o por una interrupción social. El remordimiento y los intentos de anular las acciones, son inevitables.

Con relación al atracón es típico que sea secreto, con gran vergüenza de parte del paciente si es descubierto. La comida es tragada rápidamente sin dar tiempo a saborearla. Los alimentos consumidos son por lo general carbohidratos y grasas de fácil ingestión. Con el tiempo el atracón se generaliza como recurso para aliviar transitoriamente el malestar emocional de cualquier naturaleza.

La paradoja es que el ciclo de hacer una dieta, atracarse y purgarse, lejos de solucionar un problema, contribuye a perpetuarlo. El rasgo esencial del paciente bulímico es que los atracones los vive como ajenos y repugnantes, pero se siente incapaz de controlarlos.

Para 1980, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en el DSM-III formula como uno de los criterios diagnósticos para la bulimia el que los episodios bulímicos no se deban a anorexia nervosa o a ningún trastorno físico conocido.

Russell propone también sus criterios diagnósticos para la bulimia nervosa:

- ✓ Preocupación por la comida, ansias irresistibles por el alimento y repetidos episodios de ingestión excesiva.
- ✓ Recursos destinados a contrarrestar los efectos "engordantes" de la comida.

- ✓ Una psicopatología que se asemeja a la de la clásica anorexia nervosa.
- ✓ Un episodio previo o *críptico* de anorexia nervosa.

Russell define el término *críptico* diciendo que una pérdida de peso de 3 a 5 kg, aunque sea transitoria, y la ausencia de tres periodos menstruales puede ser indicador suficiente de una sensibilidad previa al tamaño corporal. Asimismo, otros rasgos que evidenciarían una relación con anorexia nervosa serían periodos prolongados de pérdida de peso significativos en el transcurso de una enfermedad, o bien un patrón alimentario perturbado con prolongada restricción de la ingestión alimentaria entre los accesos bulímicos ⁽⁹⁾.

Criterios diagnósticos. Bulimia nervosa. DSM IV

- a) La presencia de atracones recurrentes que se caracterizan por:
- ✓ Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - ✓ Sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (p. ej, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la anorexia nervosa.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa ⁽¹⁶⁾.

Criterios diagnósticos. Bulimia nervosa. ICD 10

- a) Preocupación continua por la comida con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea ⁽¹⁷⁾.

Tratamiento

En la mayoría de los casos, los pacientes con bulimia pueden ser tratados en forma ambulatoria, reservándose el internamiento para aquellos en los que el riesgo de suicidio es elevado o que las complicaciones médicas sean prioritarias.

Los tratamientos psicológicos para este tipo de pacientes van desde el enfoque cognitivo – conductual en su modalidad individual o grupal, hasta el enfoque de tipo psicoeducacional, sistémico de terapia individual o familiar.

Un entrevistador neutro suele ser interpretado como un provocador o ignorante del tema. Las entrevistas abiertas les hace sentir inadecuados y fuera de control. Generalmente requieren de una modalidad terapéutica que los contenga y les brinda la posibilidad de encontrar una estructura.

Entre las técnicas terapéuticas más empleadas está el establecimiento de objetivos concretos, registro de la ingestión, reestructuramiento cognitivo, explicar la psicología y fisiología de los trastornos de la alimentación, así como diversas técnicas conductuales.

El enfoque cognitivo – conductual propuesto por Fairburn consiste en tres etapas.

- ✓ Primera etapa. Consiste en que el paciente pueda controlar su ingestión (se le indica un programa alimentario fijo junto con técnicas conductuales tales como evitar las situaciones de estrés o contextos de hábito o de tentación, que generalmente precipitan los atracones).
- ✓ Segunda etapa. Reestructuración cognitiva (intentar modificar las creencias desajustadas e irracionales que mantienen y refuerzan los patrones bulímicos).

- ✓ Tercera etapa. Mantener los logros de las etapas anteriores y prevenir recaídas (preparar al paciente para que enfrente situaciones de estrés que en el pasado contribuían a los atracones) ⁽⁹⁾.

Fairburn sostiene que al modificar las creencias y valores que los pacientes, tanto anoréxicos como bulímicos, tienen sobre su peso y la forma de sus cuerpos, se logra el requisito para la recuperación.

Con relación a ésta propuesta, Ogden y Thomas encontraron que el efecto del nivel socioeconómico sobre los cuidados en el peso, van en relación con la escala de valores aplicables para cada estrato. Los resultados demuestran niveles significativamente altos de restricción alimentaria, insatisfacción y trastornos de la autoimagen en las mujeres de nivel socioeconómico alto. Las mujeres de nivel socioeconómico bajo dieron más importancia al hecho de tener una familia sobre cualquier otra posibilidad ⁽²⁴⁾.

Leitenberg y Rosen proponen un modelo al que denominan "tratamiento para la bulimia nervosa con exposición y prevención de la respuesta". La hipótesis se basa en la premisa de que, en la bulimia, vomitar es una conducta reductora de ansiedad y la que mantiene el atracón, y no viceversa. Así el atracón y el vómito están unidos por la ansiedad en un círculo vicioso. Argumentan que las bulímicas restringirían su ingestión y no se atracarían, ni tampoco comerían grandes cantidades de alimentos con alto contenido calórico, si no pensarán en vomitar después. El atracón ocurriría generalmente sólo cuando el individuo anticipa el vómito, volviéndose tanto más severo a medida que aumenta su frecuencia.

El programa terapéutico consiste en:

- ✓ exposición del paciente al estímulo temido, en presencia del terapeuta.
- ✓ prevención de la respuesta habitual de fuga, es decir, el vómito.

La idea es exponer al paciente a situaciones repetidas de ingesta que son productoras de ansiedad. Al bloquearse la posibilidad de vomitar, el paciente se verá forzado a enfrentar su ansiedad vinculada a la ingesta. Esta irá disminuyendo a medida que el paciente verifica que las consecuencias temidas no ocurren o bien, que es posible controlar estos sentimientos sin el recurso de vomitar.

El tratamiento grupal diseñado por Mitchell en la Universidad de Minnesota es conocido como "tratamiento intensivo grupal ambulatorio para la bulimia". Tiene como sustento el modelo de tratamiento de Alcohólicos Anónimos que establece la abstinencia como meta del programa. El tratamiento se centra básicamente en la conducta alimentaria, destacando tres aspectos fundamentales:

- ✓ Los pacientes deben mantener un peso estable para poder regularizar sus patrones alimentarios.
- ✓ Cada sujeto debe hacer tres comidas balanceadas por día.
- ✓ Las comidas deben planearse con anticipación, utilizando técnicas especificadas.

Los promotores de esta técnica reconocen las limitaciones en lo psicoterapéutico ya que su objetivo es solucionar únicamente el trastorno alimentario.

Garner y colaboradores describieron el enfoque psicoeducacional como apoyo y complemento de los abordajes psicológicos y biológicos. Hacen una prolija revisión de los temas que desarrollan con el fin de que, tanto los pacientes como los profesionales dedicados a esto, los conozcan y puedan utilizarlos para guiar los tratamientos.

Para darle un contexto a las consecuencias que acarrearán los trastornos de la conducta alimentaria, estos autores describen y denuncian los factores culturales como generadores de presión destructiva; hablan de cómo el organismo tiende a mantener un peso fisiológicamente determinado, independientemente de las presiones estéticas, lo que constituye el "peso señalado" o *set point*⁹; describen los efectos de la inanición como una complicación de las dietas y mencionan a éstas como recursos ineficaces para mantener el *set point*; hablan de la posibilidad de que la bulimia esté vinculada a la restricción alimentaria crónica, constituyendo, junto con el vómito un círculo vicioso autoperpetuante, puesto que permite comer sin temer a las consecuencias calóricas. Finalmente brindan sugerencias acerca de cómo determinar el peso apropiado y recomendaciones para evitar los atracones y los vómitos⁽⁹⁾.

La evaluación de la familia permitirá, en cada caso, decidir en qué forma ésta participará en el tratamiento. Es importante investigar sobre historia de enfermedades, especialmente trastornos de la conducta alimentaria, adicciones, posición de cada integrante respecto del problema del paciente, expectativas y conductas frente al comportamiento del enfermo, así como recursos disponibles para ayudar en la recuperación. También se debe detectar la hostilidad que con frecuencia sienten los familiares hacia la conducta transgresora del paciente.

⁹ peso en el que el organismo se reconoce adaptado biológicamente, funcionando en forma adecuada.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo, se han realizado diversos trabajos encaminados al estudio de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología y evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Las características familiares de estos pacientes han sido descritas por diversos autores.

La evaluación de familias de acuerdo con los parámetros de cohesión y adaptabilidad, permitirá conocer el impacto de una patología psiquiátrica en la capacidad de respuesta ante un conflicto.

Es factible que los resultados obtenidos permitan diseñar planes terapéuticos que abarquen puntos específicos y mejoren el pronóstico de la enfermedad.

HIPÓTESIS

Las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, presentan características de cohesión y adaptabilidad que influyen en su funcionamiento y afectan su capacidad de respuesta a la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo, se han realizado diversos trabajos encaminados al estudio de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología y evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Las características familiares de estos pacientes han sido descritas por diversos autores.

La evaluación de familias de acuerdo con los parámetros de cohesión y adaptabilidad, permitirá conocer el impacto de una patología psiquiátrica en la capacidad de respuesta ante un conflicto.

Es factible que los resultados obtenidos permitan diseñar planes terapéuticos que abarquen puntos específicos y mejoren el pronóstico de la enfermedad.

HIPÓTESIS

Las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, presentan características de cohesión y adaptabilidad que influyen en su funcionamiento y afectan su capacidad de respuesta a la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo, se han realizado diversos trabajos encaminados al estudio de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología y evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Las características familiares de estos pacientes han sido descritas por diversos autores.

La evaluación de familias de acuerdo con los parámetros de cohesión y adaptabilidad, permitirá conocer el impacto de una patología psiquiátrica en la capacidad de respuesta ante un conflicto.

Es factible que los resultados obtenidos permitan diseñar planes terapéuticos que abarquen puntos específicos y mejoren el pronóstico de la enfermedad.

HIPÓTESIS

Las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, presentan características de cohesión y adaptabilidad que influyen en su funcionamiento y afectan su capacidad de respuesta a la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

El estudio es de tipo descriptivo con una medición de corte transversal.

Variables

Las variables empleadas son el grado de cohesión y adaptabilidad, la combinación entre ellos para conocer el tipo de familia, y los diagnósticos que abarca el capítulo de trastornos de la conducta alimentaria en el DSM IV.

Variable	Tipo de variable	Método clinimétrico
Cohesión	Ordinal	FACES II
Adaptabilidad	Ordinal	FACES II
Tipo de familia	Ordinal	FACES II
Trastorno de la conducta alimentaria	Categorica	Criterios diagnósticos del DSM IV

Población y muestra

La muestra se obtuvo de los pacientes que acuden a la Clínica de los trastornos de la conducta alimentaria en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Se estudiaron a 25 pacientes y sus familiares a quienes se les proporcionó el instrumento autoaplicable FACES II.

Procedimiento

Cada familia se evaluó en una sesión no mayor de una hora, donde el investigador supervisó la realización. El análisis de los resultados se hizo de acuerdo con las especificaciones de la escala al tomar en cuenta la opinión de cada uno de los miembros de la familia. En el caso de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, la aplicación de la escala no interfirió con el tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico prescrito.

Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria según los criterios del DSM IV, que acudieron al Instituto Mexicano de Psiquiatría y aceptaron participar en el estudio.
- ✓ Disponibilidad por parte de los padres o dos miembros de la familia directa que convivan en el mismo domicilio.
- ✓ En caso de comorbilidad, el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria deberá ser el principal.

Criterios de exclusión

- ✓ Presencia de otro trastorno psiquiátrico como diagnóstico principal.
- ✓ Incapacidad o negación del paciente o los familiares para colaborar en el estudio.
- ✓ Pacientes analfabetas o ajenos al Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Índices clinimétricos

Para la evaluación de las características familiares se utilizó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES II) validada en español y con características autoaplicables.

El instrumento consta de 16 reactivos correspondientes a la dimensión de cohesión, divididos en ocho factores (lazos familiares, límites, coaliciones/alianzas, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreación) con dos ítems para cada uno de ellos. Así como 14 reactivos para la adaptabilidad, divididos en seis categorías (asertividad, control, disciplina, negociación, roles y reglas), formado de dos o tres ítems por cada uno de ellos.

Cada uno de los integrantes de la familia respondió el instrumento en forma individual. Cada uno decidió las respuestas según su juicio y apreciación, de acuerdo a los puntos considerados por la escala. Ésta comprende: 1 (casi nunca), 2 (de vez en cuando), 3 (algunas veces), 4 (frecuentemente), 5 (casi siempre).

La calificación del instrumento se realizó ajustándose a las características de la muestra y de acuerdo con los lineamientos de los autores.

Análisis estadístico

Para obtener los datos sociodemográficos se realizó un análisis de distribución de frecuencias simples utilizando el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS). El *compute* se adaptó a las características originales del instrumento para lograr obtener el nivel de cohesión y adaptabilidad de cada familia, así como también para hacer el ajuste de los rangos y conocer el tipo de familia en cada uno de los diagnósticos.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 25 familias donde había un paciente con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria; encontramos que solo uno de los pacientes era del sexo masculino (4%) mientras que 24 eran del sexo femenino (96%) (tabla 1). La media de edad entre los pacientes fue de 20.1 años con una desviación estándar de 4.7 (tabla 2).

El grado escolar predominante en la muestra fue bachillerato (60%), mientras que estudios de secundaria y licenciatura abarcaron cinco pacientes (20%) cada uno. ($\xi = 3$; $ds = 0.64$) (tabla 3).

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) fue el más frecuente, con un total de 10 pacientes (40%), seguido de la anorexia nervosa restrictiva (ANR) con cinco pacientes (20%); la anorexia compulsivo purgativa (ANCP) y la bulimia purgativa (BP) con cuatro cada una (16%) y finalmente la bulimia nervosa no purgativa (BNNP) con dos pacientes (8%) (tabla 4).

En lo que concierne al *nivel de adaptabilidad familiar*, se observó que la de tipo *flexible* fue la más frecuente con 10 (40%); *estructurada* con siete familias (28%); seis de tipo *rígido* (24%); dos *muy flexibles* (8%); ($\xi = 4.4$; $ds = 1.7$) (tabla 5).

En cuanto al *nivel de cohesión*, los resultados mostraron a las familias de tipo *separado* como las más frecuentes con 11 (44%); nueve de las familias fueron disgregadas (36%); familias de tipo *conectado* con tres (12%) y dos del tipo *muy conectado* (8%) ($\xi = 3.6$; $ds = 1.6$) (tabla 6).

Se realizó el mismo análisis para cada uno de los diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria, encontrando lo siguiente: La *dimensión de adaptabilidad familiar* para la anorexia nervosa mostró tres familias con

funcionamiento *rígido* (33.3%); dos para ANR y una para ANCP. Solo dos familias de pacientes con diagnóstico de ANCP fueron de tipo *estructurado*; cuatro familias eran *flexibles* (44.4%); tres en pacientes con ANR y una con ANCP. No se encontraron familias con la característica de *muy flexibles* (tabla 7).

La *dimensión de cohesión* en las familias de pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa mostró tres familias de tipo *disgregado* (33.3%); dos en el diagnóstico de ANR y una en ANCP. Cuatro familias fueron de tipo *separado* (44.4%); dos para cada tipo de anorexia. Una familia en el diagnóstico de ANCP fue de tipo *conectado* (11.1%); una familia *muy conectada* se observó para un paciente con diagnóstico de ANR (11.1%) (Tabla 8).

La combinación de *ambas dimensiones* nos mostró el tipo de familias a las que estos pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa, pertenecen. Tres de las familias se consideraron *extremas* (33.3%); dos en ANR y una en ANCP. Dos de las familias de pacientes con diagnóstico de ANCP (22.2%) se situaron en el *rango medio* mientras que tres se clasificaron como *moderadamente balanceadas* (33.3%); dos en ANR y una en ANCP. Una familia *balanceada* se observó en una paciente con diagnóstico de ANR (11.1%) (Tabla 9).

Los resultados en las familias de pacientes con diagnóstico de bulimia nervosa (BN) en la *dimensión de adaptabilidad* mostraron una de tipo *rígido* (16.7%) específicamente para la bulimia no purgativa (BNNP). Cuatro familias mostraron ser de tipo *flexible* (66%); tres en la bulimia nervosa purgativa (BNP); una en la BNNP. Solo una de las familias de pacientes con diagnóstico de BNP fue *muy flexible* (16.7%). No se encontraron familias *estructuradas* (tabla 10).

Para la *dimensión de cohesión*, una de las familias con diagnóstico de BNNP se consideró *disgregada* (16.7%); dos familias fueron de tipo *separado* (33.3%); una con el diagnóstico de BNP y otra con BNNP. Dos familias de

pacientes con BNP (33.3%) cumplieron con las características para familias de tipo *conectado* y una con el mismo diagnóstico fue *muy conectada* (16.7%) (tabla 11).

La combinación de *ambas dimensiones* permitió ver que una de las familias en las que el sujeto tenía el diagnóstico de BNNP era del tipo de familia *extrema* (16.7%); una familia con diagnóstico de BNP se ubicó en el *rango medio* (16.7%). Tres familias fueron del tipo *moderadamente balanceado* (50%); dos relacionadas al diagnóstico de BNP y una BNNP. Una familia de paciente con diagnóstico de BNP se consideró *balanceada* (tabla 12).

Con relación al trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) la *adaptabilidad* mostró a dos familias de tipo *rígido* (22.2%); cinco *estructuradas* (55.5%); dos familias de tipo *flexible* (22.2%); una de características *muy flexibles* (11.1%) (tabla 13).

La *dimensión de cohesión* para el mismo tipo de patología alimentaria dio como resultado cinco familias *disgregadas* y cinco *separadas* (50% respectivamente). Los resultados no mostraron familias *conectadas* ni *muy conectadas* (tabla 14).

El resultado al combinar la *dimensión de cohesión* y la de *adaptabilidad* en el TANE mostró dos familias de tipo *extremo* (22.2%); cuatro dentro del *rango medio* (44.4%); tres *moderadamente balanceadas* (33.3%). No hubo familias *balanceadas*. (tabla 15).

DISCUSION

El presente trabajo tuvo como objetivo estudiar el nivel de cohesión y adaptabilidad que las familias con una patología psiquiátrica en particular presentan. Las características encontradas pretenden poner en evidencia el tipo de familia en las que los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria se desarrollan y cómo esto pudiera llegar a influir en la enfermedad.

Los resultados sociodemográficos mostraron una frecuencia menor de TA en el sexo masculino en comparación con el femenino. Sólomente un paciente varón fue captado para la muestra (4%). Los estudios en pacientes del sexo masculino relacionados con TA indican frecuencias de 5 a 10% en anorexia y de 10 a 15% para la bulimia, (relación hombre mujer 1:10). A pesar de las aparentes diferencias en el número de casos, son muchas las similitudes reportadas por diversos autores, por ejemplo la edad de inicio, actitudes y patrones de conducta alimentaria, además de la comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos ⁽²⁸⁾.

Al observar la media de edad de la muestra (20.1 años) y el grado escolar predominante de los pacientes (bachillerato), podemos apreciar la relación que existe entre estos resultados. Es durante el proceso de individuación, en la adolescencia temprana, cuando surgen las preocupaciones por la imagen y el peso corporales. La creación de estereotipos sociales favorecen que el adolescente se sienta vulnerable a la crítica que otras personas hagan sobre su apariencia. Además de la vulnerabilidad biogenética de los individuos afectados, autores como Callam y Waller hablan de un periodo que va desde los 12 y hasta los 19 años para la aparición de un trastorno alimentario, influido por factores externos como la familia, los rasgos de personalidad y los patrones de alimentación ⁽²⁾.

El 40% de los pacientes reunieron los criterios para el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) mientras que sólo el 8% los reunió para el de bulimia no purgativa. Un estudio de prevalencia llevado a cabo por el departamento de psicología en la universidad sueca de Uppsala, mostró que a lo largo de la vida, las mujeres entre los 18 y los 30 años llegaban a sufrir de algún trastorno de la conducta alimentaria. Los resultados variaron desde el 2.4% para los TANE y 2.8% para la bulimia. El diagnóstico de anorexia fue el de menor frecuencia entre la población (0.86%) ⁽²⁹⁾. Sin olvidar el sesgo natural del presente estudio la anorexia nervosa ocupó el 36% de los diagnósticos colocándose entre los más frecuentes.

El término adaptabilidad se refiere a la habilidad de un sistema para preocuparse y ocuparse de situaciones problemáticas y cambiar los roles y las estrategias en términos de evaluaciones nuevas y modificadas. Desde luego que un sistema familiar necesita de estabilidad en su funcionamiento para poder responder a los diversos conflictos que pudieran surgir ⁽³⁰⁾. El 40% de las familias dieron muestra de ser flexibles en la adaptabilidad; esto es que por lo general, sus miembros se comportan democráticamente en la disciplina, llegan a acuerdos fácilmente en grupo, los roles son compartidos y reconocidos mientras que las reglas se imponen de acuerdo a las circunstancias sin llegar a ser drásticas.

De características un tanto similares a las anteriores, resultaron siete familias de la muestra total (28%). El calificativo de estructuradas las coloca como sistemas en donde existe una imagen fuerte de autoridad, donde los padres son los que toman las principales decisiones y los roles generalmente no cambian. Las reglas se imponen por la familia en conjunto y no es frecuente que cambien. Seis de las familias (24%) dieron muestra de un funcionamiento rígido donde los padres son autoritarios y controladores; la disciplina y las sanciones las decide una figura de autoridad estricta que se impone sobre el resto de los integrantes; no hay forma de modificación de los roles establecidos.

En contraposición dos de las familias (8%) se catalogaron de muy flexibles, dejando ver lo caótico de su funcionamiento. Este tipo de familias no cuenta con una figura de autoridad clara, la disciplina es errática o ineficaz, además de existir extrema indulgencia para sus miembros. Generalmente la toma de decisiones son impulsivas; no hay claridad o incluso inversión en los roles; las reglas son poco claras y no se imponen ⁽²⁵⁾.

Al hablar de los lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros nos referimos a la cohesión. A esto se agrega el grado de autonomía que una persona experimenta en su sistema familiar. Los resultados arrojados en el presente estudio mostraron que la mayoría de los sistemas familiares de pacientes con TA se agruparon como familias separadas (44%) o disgregadas (36%).

En las familias separadas sus miembros mantienen moderada independencia, los límites que se tienen hacia adentro y hacia fuera del sistema son claros y abiertos parcialmente; las coaliciones entre ellos son claras y el tiempo dedicado a la convivencia lo califican de importante aunque prevalecen los tiempos dedicados a actividades individuales. En pocas ocasiones los integrantes comparten a sus amigos con el resto de la familia y del mismo modo las decisiones que toman también son individuales; las actividades en conjunto pueden llegar a darse, aunque no es lo más frecuente.

Las familias disgregadas se caracterizan por una elevada independencia e individualidad de sus miembros, sin límites externos, pero con dificultad para romper los internos así como los generacionales; no se observan con frecuencia las coaliciones y cuando las hay son débiles. Acostumbran canalizar sus conflictos hacia uno de los integrantes, considerándolo un "chivo expiatorio"; es extraño verlos en convivencia por lo que las amistades nunca se comparten y cada uno de los miembros tiene sus intereses particulares.

En menor porcentaje se encontraron familias conectadas (12%) y muy conectadas (8%), teniendo las primeras la característica de una moderada dependencia entre sus miembros, dejando en claro la abertura de los límites internos; los límites generacionales también son claros y poco rígidos. Existen coaliciones fuertes entre sus miembros y consideran que el tiempo de convivencia familiar es prioritario por lo que el ausentarse llega a generar conflicto; son familias que respetan los espacios privados y comparten a los amigos de cada uno de sus miembros; las decisiones se toman en función de las reglas familiares y predominan las actividades en conjunto sobre las individuales.

La esencia de los sistemas familiares muy conectados radica en la falta de individuación y el predominante amalgamamiento de sus integrantes. Son familias con alta dependencia interna, donde los límites externos se cierran y los internos se tornan confusos, al igual que los generacionales, lo que provoca predominio de las coaliciones entre padre e hijos; no hay lugar para las actividades individuales y el tiempo en que la familia convive se maximiza. Los amigos deben compartirse con todos y prácticamente no existen amistades individuales; todas las decisiones, aun las más triviales, deben tomarse en familia y las actividades individuales se consideran una falta a la lealtad ⁽²⁵⁾.

Al observar la gran cantidad de posibilidades que existen para que una familia funcione, puede hacerse una relación con lo expresado por Minuchin en el sentido de que la concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes roles familiares. Si existe apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del rol. Si, en cambio, existe desapego es posible que aquellos estén aislados y faltos de apoyo. Opiniones más drásticas son las expresadas por Ashley Montagu quien define a la familia como una "institución destinada a la producción sistemática de afecciones físicas y mentales en sus miembros" o

Susan Sontag quien considera a la familia nuclear moderna como un "desastre psicológico y moral" (30).

Al conocer las características que cada familia guarda en lo relacionado a la cohesión y la adaptabilidad, entonces es posible adaptarlas al modelo circunflejo, propuesto por Olson Sprenkle y Rusell en donde se pretende describir en gran medida la dinámica familiar y/o marital de un sistema. La medición de ambas dimensiones da lugar a la conformación de 16 tipos de familias, agrupados en tres grupos principales, siguiendo un modelo cualitativo lineal: Balanceado, Rango medio y Extremo. Un sistema familiar balanceado es estable en ambas dimensiones de cohesión y adaptabilidad; un sistema intermedio es moderado en solo una dimensión mientras que las familias extremas son excesivas en ambas dimensiones.

Lo más notable al conocer los tipos de familia en la muestra de pacientes con anorexia nervosa fue el observar solo una de tipo balanceado, mientras que el resto se agruparon en tipos extremos y de rango medio. No existe un tipo de familia ideal, sin embargo los cuatro tipos que abarcan a las familias balanceadas al centro del modelo circunflejo, sí son las más funcionales (7).

Lo mismo ocurrió al evaluar los tipos de familias en pacientes con diagnóstico de bulimia nervosa. Predominaron las familias moderadamente balanceadas, que aunque aparentan situarse cercanas a los tipos balanceados, la realidad es que se alejan del centro del modelo circunflejo, perdiendo su capacidad para reaccionar a los cambios de segundo orden*. Todos los tipos de familia en el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado se situaron a partir del rango medio y hacia afuera del modelo. Incluso no se cuantificaron familias de tipo balanceado. La ventaja que este modelo tridimensional proporciona en el aspecto clínico va con relación a la posibilidad de ver claramente cómo los diferentes tipos de familias responden de forma

* Son los cambios que se dan en las familias al modificarse las reglas que rigen su estructura y orden.

dinámica a los cambios de segundo orden. Esto es que las familias extremas tienen muy poca habilidad para sobrellevar estos cambios; mientras que las familias de rangos intermedios los sobrellevan más fácilmente. Sin embargo, como ya se había mencionado, son las familias balanceadas las que presentan mayor habilidad para incorporarlos y asimilarlos ⁽³¹⁾.

Dentro de las limitaciones del estudio, hay que recordar que la muestra se redujo a estudiar pacientes y familias de la clínica de trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Mexicano de Psiquiatría. La tarea de convencimiento hacia los familiares de los pacientes resultó ser el principal obstáculo para que la muestra no fuera mayor de 25 familias. Sin embargo se logró abarcar todas las variantes diagnósticas consideradas en el DSM-IV. La propuesta hacia el futuro será la de poder utilizar este tipo de instrumentos diagnósticos para conocer más del ambiente familiar de los pacientes y mejorar tanto los planes de tratamiento como el pronóstico.

CONCLUSIONES

Las familias de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria mostraron particularidades en su forma de interactuar, permitiendo al investigador plantear un juicio preliminar sobre la probable dinámica y cómo ésta podría influir en el pronóstico, tanto del paciente como de la familia.

Los planes terapéuticos diseñados para el abordaje familiar podrían tomar como base al modelo circunflejo y a los diferentes rubros que conforman la cohesión y la adaptabilidad, para incidir sobre los puntos críticos que afecten a un sistema familiar en determinado momento.

El modelo circunflejo no es estático, su concepto tridimensional provoca que las familias puedan ir desplazándose de un nivel a otro por lo que es factible observar los resultados de una intervención, ya sea que la familia mejore o no.

Con este modelo podemos describir clara y directamente las propiedades que el grupo mantiene en determinado momento; identificar dinámicamente la manera como el sistema familiar se adapta al estrés y lo más importante, nos provee de una estructura que puede ser aplicada a la clínica para una intervención terapéutica adecuada

ANEXO I

INSTRUMENTO

(Family Adaptability and Cohesion Scale II)

Los tests para familias, son procedimientos estandarizados que permiten evaluar los procesos de relación familiar. La apreciación que cada uno de los miembros de éste núcleo tiene hacia su relación familiar puede conocerse fácilmente con estos instrumentos. Se clasifican de acuerdo con el método que utilicen en la evaluación:

- ✓ Observación directa de la interacción.

- ✓ Datos proporcionados por cada uno de los miembros de la familia con sus respectivas inferencias. (Objetivo de la FACES II).

El modelo de Olson, Rusell y Sprenkle propone el uso de dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad, las cuales aparecen inmersas en una tercera, la comunicación; ésta última se considera necesaria para el buen desempeño en los otros dos constructos, por lo cual, al ser facilitadora, no se mide.

El instrumento FACES II se desarrolló en 1981 para proporcionar una "apreciación interna" del funcionamiento familiar de acuerdo con la opinión de cada uno de sus miembros. Los resultados obtenidos conducían a que el terapeuta tuviera una "apreciación externa" del funcionamiento familiar y, con ello, la formulación de estrategias de intervención y tratamiento.

Los autores definieron el concepto de cohesión familiar como los "lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros". Por otro lado, la adaptabilidad se ha entendido como la capacidad de un sistema para sobrevivir y mantener su coherencia ante condiciones internas y externas

cambiantes. Los autores la definen específicamente como "la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés circunstancial o del desarrollo" ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾.

La Cohesión y la Adaptabilidad pueden considerarse variables de tipo ordinal por no tomar en cuenta jerarquías, sin embargo conllevan un matiz cuasidimensional al incluir respuestas hasta cierto punto jerarquizadas (casi nunca, de vez en cuando, algunas veces, frecuentemente o casi siempre).

Estudios de confiabilidad

Fase I. 464 adultos con un promedio de edad = 30.5 años. 90 reactivos por evaluar divididos en 15 áreas con seis ítems por cada una de ellas. Se redujo a 50 ítems con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.91 para la cohesión y 0.80 para la adaptabilidad.

Fase II. 2412 personas de una muestra nacional. Se redujo de 50 a 30 reactivos, con dos a tres ítems por cada una de las áreas comprendidas. El instrumento al final quedó constituido por 30 preguntas (16 para cohesión y 14 para adaptabilidad). Ambas variables se dividieron a su vez categorías:

- ✓ Cohesión (8 categorías). Lazos familiares, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses.
- ✓ Adaptabilidad (6 categorías). Asertividad, control, disciplina, negociación, roles, reglas.

Consistencia interna.

Se dividió la muestra en dos grupos iguales. La alfa de Cronbach para cada uno de los grupos fue:

	MUESTRA TOTAL	SUBGRUPO 1	SUBGRUPO 2
COHESION	0.87	0.88	0.86
ADAPTABILIDAD	0.78	0.78	0.79
ESCALA TOTAL	0.90	0.90	0.90

El *test-retest* para la Consistencia Externa con ésta versión de 50 preguntas se realizó cinco semanas después con una población de estudiantes universitarios y de bachillerato, en un promedio de edad = 19.2 años.

La correlación *test-retest* para la FACES II de 50 reactivos fue de 0.84; con 0.83 para la cohesión y 0.80 para la adaptabilidad ⁽²⁷⁾.

Calificación de la prueba

El instrumento se aplica individualmente a cada uno de los miembros de la familia; éstos responden de acuerdo con su apreciación sobre lo más frecuente en la convivencia familiar. Puede ser necesario obtener la media familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La intención del instrumento es captar integralmente la opinión del sistema familiar, sin descubrir el componente individual, al evaluar las posibles diferencias que existen entre los distintos miembros de la familia.

Dado que puede existir discrepancia entre los miembros de la familia, la puntuación media puede encaminarse a distorsionar la veracidad de la calificación. Debido a esto, es importante considerar el uso de una puntuación de discrepancia conjuntamente con las medias obtenidas previamente ⁽²⁸⁾.

Obtención de la puntuación

Cohesión:

1. Sumar los resultados de los ítems 3, 9, 15, 25 y 29.
2. Restar el resultado de a 36.
3. Sumar los resultados de todos los ítems nones más el ítem 30.
4. La puntuación individual final se obtiene al sumar los resultados de los pasos 2 y 3.

Adaptabilidad:

1. Sumar los ítems 24 y 28.
2. Restar el resultado a 12.
3. Sumar los resultados de todos los ítems pares, excepto el ítem 30.
4. La puntuación individual final se obtiene al sumar los pasos 2 y 3.

La puntuación para cada una de las dimensiones va de 1 a 8; al obtener el resultado se coloca en una tabla de "interpretación en medida de longitud". Para conocer el tipo de familia se deben sumar los resultados de cohesión y adaptabilidad, dividirlo entre dos y situar el cociente en la tabla de interpretación dentro del rango que va también de 1 a 8 ⁽²⁶⁾.

$$\text{Media familiar} = \frac{PC \text{ ó } A + MC \text{ ó } A + HC \text{ ó } A}{\text{No. Familiares.}}$$

No. Familiares.

P= padre M= madre

H= hijo C ó A= cohesión o adaptabilidad.

DIMENSION DE COHESION FAMILIAR.

FAMILIA / VARIABLE	DISGREGADA	SEPARADA	CONECTADA	MUY CONECTADA
INDEPENDENCIA	Alta independencia de los miembros.	Moderada independencia de los miembros	Moderada dependencia de los miembros	Alta dependencia de los miembros entre sí.
LIMITES FAMILIARES	Límites externos abiertos. Límites internos cerrados. Límites generacionales rígidos.	Límites externos e internos semiabiertos. Límites generacionales claros	Límites externos semiabiertos. Límites internos abiertos. Límites generacionales claros	Límites externos cerrados. Límites internos confusos. Límites generacionales confusos.
COALICIONES	Coaliciones débiles. Usualmente un familiar acaparado (chivo expiatorio).	Coaliciones maritales claras.	Coaliciones maritales fuertes.	Coaliciones padres - hijos.
TIEMPO	No se comparte tiempo físico y emocional. Rara vez se los ve juntos.	El tiempo para compartir y estar juntos es importante.	El tiempo para estar y compartir es prioritario. Se permite ausentarse solo con justificación.	Tiempo para compartir maximizado. Sin tiempo para estar solo.
ESPACIO	Se necesitan espacios separados además de preferirse.	Se prefieren los espacios separados. Se dan algunos espacios para la familia.	Respeto del espacio privado. Se comparten espacios familiares.	Existen pocos o ningún espacios privados en casa.

AMIGOS	Los amigos son individuales. No se comparten las amistades.	Los amigos individuales rara vez se comparten con la familia.	Los amigos individuales se comparten con la familia.	Amigos compartidos por toda la familia. pocos individuales.
TOMA DE DECISIONES	Intereses diferentes. Cada quien toma sus decisiones.	La mayoría de las decisiones se toman individualmente. Las menos, en forma familiar.	Se comparten las decisiones en función de la familia.	Todo tipo de decisiones deben tomarse en familia.
INTERESES Y PASATIEMPOS.	Actividades individuales sin la intervención de la familia.	Más actividades individuales que en familia. aunque ocasionalmente surgen espontáneamente.	Más actividades compartidas que individuales.	Las actividades individuales se consideran como una falta de lealtad a la familia.

DIMENSIÓN DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

VARIABLE / FAMILIA	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA
DIRECCION (MANDO)	Autoritarismo. Padres altamente controladores.	Autoritaria en principio aunque con equidad.	Mando igualitario con cambios constantes	Control limitado y/o errático de los padres que resulta ineficiente y refutable.
CONTROL Y DISCIPLINA	Estricta. Autocrática. Nada indulgentes	Líder estable. Democrática con consecuencias predecibles. Rara vez indulgentes	Normalmente democrática. Consecuencias producto de la negociación. Algo indulgentes.	Sin líder. Sumamente indulgentes.
NEGOCIACIÓN	Limitación en las negociaciones. Las decisiones son impuestas por los padres.	Negociaciones estructuradas. Las decisiones son realizadas por los padres.	Acuerdos flexibles. Decisiones acordadas por el grupo.	Acuerdos de último momento. Decisiones impulsivas.
ROLES	Repertorio limitado. Roles definidos estrictamente. Rutinas inamovibles.	Roles establecidos. Algunos son viables de intercambio.	Roles compartidos y planeados. Fluidez en los cambios.	Falta de claridad en los roles. Inversión de roles. Rutinas limitadas.
REGLAS	Reglas inflexibles. Imposición estricta de las mismas.	Poco cambio en las reglas. Imposición familiar de las reglas.	Algunas reglas pueden cambiar. Flexibilidad en la imposición de las mismas.	Cambio frecuente de reglas. Imposición inconstante de las mismas.

BAJA ← **COHESION** → ALTA

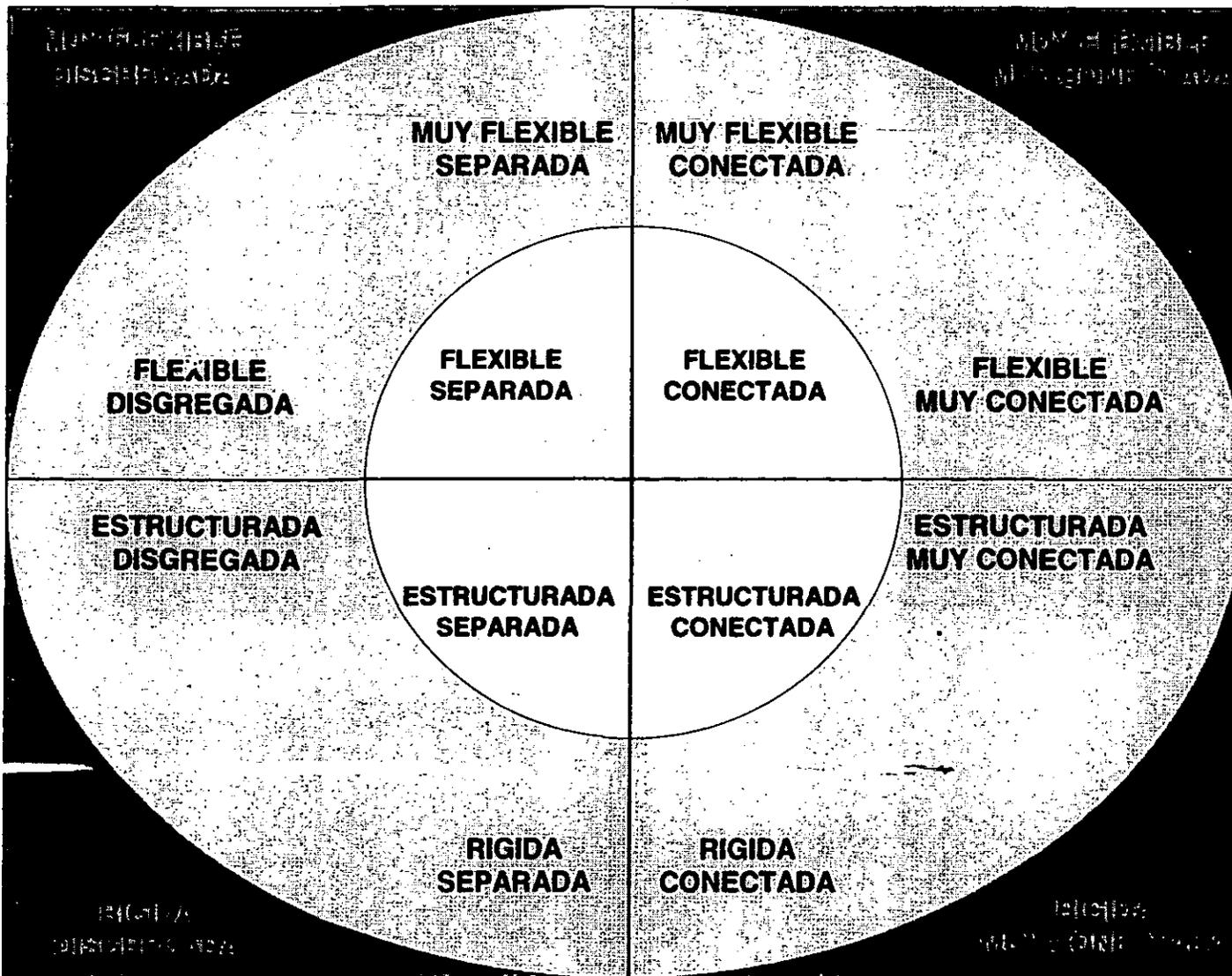
DISGREGADA SEPARADA CONECTADA MUY CONECTADA

ALTA

↑
A D A P T A B I L I D A D
↓

BAJA

MUY FLEXIBLE
FLEXIBLE
ESTRUCTURADA
RIGIDA



MODELO CIRCUNFLEJO

ANEXO II

Tabla 1.

Total de pacientes de acuerdo al sexo.

n=25

Sexo	n	%
Hombres	1	4
Mujeres	24	96
Total	25	100

Tabla 2.

Media de edad en los pacientes.

n=25

Variable	Media	Dsv
Edad	20.1	4.7

Tabla 3.

Grado escolar en los pacientes.

n=25

Grado escolar	n	%
Secundaria	5	20
Bachillerato	15	60
Licenciatura	5	20
Total	25	100

Tabla 4.
Tipos de diagnóstico.
n=25

Diagnóstico	n	%
Anorexia restrictiva	5	20
Anorexia compulsivo purgativa	4	16
Bulimia purgativa	4	16
Bulimia no purgativa	2	8
Trastorno alimentario no especificado	10	40
Total	25	100

Tabla 5.
Adaptabilidad general.
n=25

Adaptabilidad	n	%
Rígida	6	24
Estructurada	7	28
Flexible	10	40
Muy flexible	2	8
Total	25	100

$\xi = 4.4$; $ds = 1.7$

Tabla 6.
Cohesión general.
n=25

Cohesión	n	%
Disgregada	9	36
Separada	11	44
Conectada	3	12
Muy conectada	2	8
Total	25	100

$\xi = 3.6$; $ds = 1.6$

Tabla 7.
Adaptabilidad
Anorexia Nervosa
n = 9

Adaptabilidad:	Anorexia restrictiva:	Anorexia compulsivo- purgativa:	n (*)	%
Rígida:	2	1	3	33.3
Estructurada:	0	2	2	22.2
Flexible:	3	1	4	44.4
Total:	5	4	9	100

(*) = número de familias.

Tabla 8.
Cohesión
Anorexia nervosa.
n=9

Cohesión	Anorexia restrictiva	Anorexia compulsivo-purgativa	n(*)	%
Disgregada	2	1	3	33.3
Separada	2	2	4	44.4
Conectada	0	1	1	11.1
Muy conectada	1	0	1	11.1
Total	5	4	9	100

(*) = número de familias.

Tabla 9.
Tipos de familia
Anorexia nervosa
n=9

Tipo de familia	Anorexia restrictiva	Anorexia compulsivo-purgativa	n (*)	%
Extrema	2	1	3	33.3
Rango medio	0	2	2	22.2
Moderadamente balanceada	2	1	3	33.3
Balanceada	1	0	1	11.1
Total	5	4	9	100

(*) = número de familias.

Tabla 10.
Adaptabilidad
Bulimia Nervosa.
n=6

Adaptabilidad	Bulimia purgativa	Bulimia no purgativa	n (*)	%
Rígida	0	1	1	16.7%
Flexible	3	1	4	66.6%
Muy flexible	1	0	1	16.7
Total	4	2	6	100

(*) = número de familias

Tabla 11.
Cohesión
Bulimia Nervosa
n=6

Cohesión	Bulimia purgativa	Bulimia no purgativa	n (*)	%
Disgreagada	0	1	1	16.7
Separada	1	1	2	33.3
Conectada	2	0	2	33.3
Muy conectada	1	0	1	16.7
total	4	2	6	100

(*) = número de familias.

Tabla 12.
Tipos de familia
Bulimia Nervosa
n=6

Tipo de familia	Bulimia purgativa	Bulimia no purgativa	n (**)	%
Extrema	0	1	1	16.7
Rango medio	1	0	1	16.7
Moderadamen te balanceada	2	1	3	50.0
Balanceada	1	0	1	16.7%
total	4	2	6	100

(*) = número de familias.

Tabla 13.
 Adaptabilidad
 TCA no especificado
 n=10

Adaptabilidad	TANE	n/(*)	%
Rígida	2	2	22.2
Estructurada	5	5	55.5
Flexible	2	2	22.2
Muy flexible	1	1	11.1
total	10	10	100

(*) = número de familias.

Tabla 14.
 Cohesión
 TCA no especificado
 n=10

Cohesión	TANE	n/(*)	%
Disgregada	5	5	50
Separada	5	5	50
total	10	10	100

(*) = número de familias.

**ESTA TESTS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Tabla 15
Tipos de familia
TCA no especificado
n=10

Tipo de familia	TANE	n(*)	%
Extrema	3	3	33.3
Rango medio	4	4	44.4
Moderadamente balanceada	3	3	33.3
total	10	10	100

(*) número de familias.

ANEXO III

ESCALA DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR. (FACES II).

Esta escala está diseñada para evaluar la forma de interacción familiar de acuerdo a la apreciación de cada uno de los miembros.

Le sugerimos leer con cuidado las preguntas y responder qué es lo que observa con mayor frecuencia en su familia.

- 1. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 2. En nuestra familia a cada quien es fácil exponer sus opiniones.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 3. Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con los miembros de la misma familia.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 4. Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 5. Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto.**
(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 6. Los niños tiene voz y voto en cuanto a su propia disciplina.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 8. Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 9. En nuestra familia cada quien escoge su propio camino.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 10. Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre).
- 11. Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre).
- 12. Es difícil saber cuales son las reglas que siguen en nuestra familia.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 13. Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 14. Los miembros de la familia dicen lo que quieren.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)

15. Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
16. Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
17. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
18. La disciplina es justa y razonable en nuestra familia.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
19. Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
20. Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
21. Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
22. En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
23. Los miembros de la familia acostumbran hacer actividades en conjunto.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
24. Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
25. Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
26. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
27. Aprobamos a los amigos de cada quien.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
28. Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
29. En nuestra familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
30. Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos los unos con los otros.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)

BIBLIOGRAFIA

1. Vazquez R, Raich R. El papel de las familias en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*. 1997; 5: 391 – 407.
2. Calam R. Are eating and psychosocial characteristics in early teenages years useful predictors of eating caharacteristics in early adulthood? A 7 – years longitudinal study. *Int. J. Eat. Disord*. 1998; 24: 351 – 362.
3. Waller G, Slade P, Calam R. Who knows best? Family interaction and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 156: 546 – 550.
4. Steiger H, Stotland S, Trittier J, Ghadirian A. Familial eating concerns and psychopathologicaln traits: Causal implications of transgenerational effects. *Int. J. Eat. Disord*. 1996; 19: 147 – 157.
5. Leug F, Schwartzman A, Steiger H. Testing a dual – process family model in undertanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *Int. J. Eat. Disord*. 1996; 20: 367 – 375.
6. Hodges E, Cochrane C, Brewerton D. Family characteristics of binge – eating disorder patients. *Int. J. Eat. Disord*. 1998; 23: 145 – 151.
7. Olson D, Sprenkle D, Russell C. Model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*. 1979; 18: 3 – 28.
8. Olson D. Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. *Research on normal family processes*. The Gilford press, New York. 1993; chap 3: 104 – 137.
9. Rausch C, Bay L. Anorexia nerviosa y bulimia, amenazas a la autonomía. Paidós. 1997.
10. Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. 1978; Cambridge, MAS, Harvard University Press.
11. Fairburn C, Cooper Z, Doll H, Welch S. Risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 468 – 476.
12. Striegel R, Garvin V, Dohm F, Rosenheck R. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: A national study of hospitalized veterans. *Int. J. of Eat. Disord*. 1999; 25: 399 – 404.

13. Emborg C. Mortality and causes of death in eating disorders in Denmark 1970 – 1993: A case register study. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 243 – 251.
14. Serpell L, Treasure J, Teasdale J, Sullivan V. Anorexia nervosa: Friend or foe?. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 177 – 186.
15. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Trastornos de la conducta alimentaria. *Sinopsis de psiquiatría.* 1996; cap 22: 705-715.
16. Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry.* 1995 ; chap. 22: 1361 – 1372.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE – 10, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1992; 217-224.
18. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting of disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 159 – 167.
19. Walsh B, Devlin M. Eating disorders: progress and problems. *Science.* 1998; 280: 1387-1390.
20. Schwartz D, Phares V, Tantleff-Dunn S, Thompson K. Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *Int. J. eat. Disord.* 1999; 25: 339 – 343.
21. Blake D, Leigh L, Garfinkel P, Heinmaa M. Specificity of eating disorders in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry.* 1998; 39: 261 – 264.
22. Stein D, Lilenfeld L, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Kaye W. Familial aggregation of eating disorders: Results from a controlled family study of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 26: 211 – 215.
23. Striegel-Morre R, garvin V, Dohm F, Rosenheck R. Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: detection rates and psychiatric comorbidity. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 405 – 414.
24. Ogden J, Thomas D. The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 273–279.
25. Olson D, *Clinical rating scale (CRS) for the circumplex model of marital and family systems.* Family Social Science. University of Minnesota. 1993.

26. Olson D. Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle. Family Social Sciences. University of Minnesota. 1992.
27. Beavers W, Voeller M. Family models: comparing and contrasting the Olson circumplex model with the Beavers's system model. Family Process. 1983; 21: 250 – 260.
28. Braun D, Sunday S, Huang A, Halmi K. More males seek treatment for eating disorders. Int. J. Eat. Disord. 1999; 25: 415-424.
29. Ghaderi A, Scott B. Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 years in the general population. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 99: 261 – 266.
30. Minuchin S, Fishman H. Técnicas de terapia familiar. Paidós. 1996.
31. Cluff R, Hicks M, Madsen Ch. Beyond the circumplex model: I. A moratorium on curvilinearity. Family Process. 1994; 33: 455-470.

