

DINÁMICA FAMILIAR Y VÍNCULO PARENTAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

FAMILY DYNAMICS AND PARENTAL BONDING IN EATING DISORDERS

Carlota López, Olga Herrero y Luis Botella

Universitat Ramon Llull. FPCEE Blanquerna

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López, C., Herrero, O., Y Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 69-81.

Resumen

El principal objetivo de este estudio es comparar la percepción subjetiva del vínculo y la dinámica familiar en pacientes diagnosticados con diferentes tipos de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Se compararon distintos grupos de pacientes: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y, finalmente, personas sin trastorno de la conducta alimentaria. Las variables «percepción subjetiva del vínculo» y «dinámica familiar» fueron evaluadas mediante los cuestionario Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling y Brown, 1979) y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (Olson, Portner y Lavee, 1985) respectivamente. Los resultados muestran una tendencia al vínculo de control sin afecto en pacientes con TCA, variación en la vinculación parental entre el padre y la madre y diferencias entre los distintos subtipos de trastorno alimentario.

Palabras clave: *Dinámica familiar, vínculo parental, TCA*

Abstract

The main goal of this study is to compare the subjective perception of the bond and family dynamics in patients diagnosed with different types of disordered eating behavior. Different groups of patients were compared: anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, and finally people without any disorder of eating behavior. The variables «subjective perception of bond» and «family dynamics» were assessed by means of the Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling & Brown, 1979) and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (Olson, Portner & Lavee, 1985) respectively. The results show a tendency to link disaffected control in patients with TCA, variation in parental bonding between father and mother and differences among the different subtypes of eating disorder.

Keywords: *Family dynamics, parental bonding, eating disorders.*

Fecha de recepción v1: 09/09/14. Fecha de recepción v2: 26/10/14. Fecha de aceptación: 27/10/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: olgah@blanquerna.url.edu

Dirección postal: Olga Herrero. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. C/ Císter, 34. 08022 Barcelona

© 2014 Revista de Psicoterapia



En la sociedad occidental un elevado número de personas tiene una relación disfuncional con la comida, con su cuerpo y con su imagen corporal. Hoy en día los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en los países desarrollados. En todo el mundo el 1% de la población sufre anorexia nerviosa, el 3% bulimia nerviosa, el 26,3% obesidad y el 3,5% otros tipos de trastorno alimentario (OMS, 2008). En España los TCA afectan a casi un 5% de la población femenina joven y el 11,5% de chicas está en riesgo de padecerlos. Aparte de su incidencia y prevalencia, y si bien hay tratamientos específicos para ellos, la tasa de recaída sigue siendo muy alta. Por otra parte el riesgo de mortalidad por ejemplo de la anorexia nerviosa es considerable -aproximadamente de un 10% (OMS, 2008).

Por lo que respecta a la clínica, los TCA son fenómenos muy complejos y su etiología es multicausal, abarcando desde lo biológico a lo social y pasando por lo psicológico y relacional/familiar. De entre todos los factores implicados en los TCA nuestro interés en este estudio radica en uno en concreto: el funcionamiento familiar.

En cuanto al grupo de pacientes objeto de estudio, nos proponemos estudiar de forma específica el funcionamiento familiar en cada subgrupo de TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Concretamente, uno de los grupos que más nos interesa es el de los pacientes que sufren obesidad ya que son la población menos estudiada hasta el momento a pesar de la gran cantidad de personas que la padecen. El año 2008 la OMS estimó que 1.400 millones de adultos tenían sobrepeso y que, de entre ellos, 500 millones sufrían obesidad. A la vista de los datos, la OMS ya define la obesidad como una epidemia mundial y estima que el año 2015 serán 2,3 billones de adultos los que tendrán sobrepeso en todo el mundo y más de 700 millones serán obesos. En España el porcentaje de población obesa y/o con sobrepeso también se ha incrementado notablemente en los últimos años. En 2003 un 48,4% de los españoles tenían sobrepeso y/u obesidad, mientras que en el año 2009 este porcentaje había aumentado hasta el 53,6%. Por tanto, la obesidad (si bien aún no se considera un subtipo de TCA siguiendo criterios diagnósticos del DSM-5) es un tema de interés social y sanitario relevante digno de ser estudiado en profundidad.

En resumen, el gran número de personas que sufren un TCA y las graves consecuencias individuales, familiares y sociales que tiene esta patología hace que el estudio de su funcionamiento relacional y las implicaciones del mismo sea útil de cara a favorecer procesos psicoterapéuticos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. El estudio de la dinámica familiar y el vínculo parental en pacientes que sufren un TCA puede ayudarnos a comprender cómo funcionan los distintos subgrupos y qué similitudes y diferencias comparten, así como a derivar de ello implicaciones para la intervención con estos pacientes y sus familiares. De esta forma, la investigación y la práctica profesional se benefician la una de la otra, y nos permiten profundizar y hacer avanzar los modelos teóricos

sobre los que se sustentan.

Los estudios clásicos de Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1970) ya advertían de problemas en el funcionamiento y la estructura de las familias de los pacientes que sufrían un TCA. Estos trabajos indicaban que las familias de pacientes que sufrían TCA tendían a la aglutinación y a un nivel elevado de cohesión (Minuchin 1978). Por otro lado, en cuanto al «juego familiar» que establecían las familias con un hijo con TCA se identificaron dos posibles funciones del síntoma: (a) como expresión del sentimiento de desvalorización que experimenta la paciente, y (b) como expresión de una enorme capacidad de control sobre el ambiente, adquirida a través de la consecutiva restricción alimentaria y la pérdida de peso (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

La relación entre TCA y dinámica familiar problemática se hace evidente también en el hecho de que más de un tercio de los pacientes diagnosticados de TCA destacan la disfunción familiar como un factor contribuyente al desarrollo de su trastorno (Tozzi, Sullivan, Fear, Makenzie y Bulik, 2003). Concretamente, achacan sus dificultades a la privación parental, el exceso de control, la poca relación con el padre, la tensión familiar y el maltrato psicológico vividos todos como factores que les llevaban a sufrir un elevado nivel de estrés y frustración.

En este mismo sentido, estudios cualitativos como el de Cruzat et al. (2010) demuestran que los pacientes explican que viven en un ambiente familiar conflictivo y muy exigente que los presiona a ser perfectos. Además, según estos autores, las madres tienden a dar mucha importancia al aspecto físico y al peso.

Por otro lado, Dallos y Denford (2008), destacan como propios de la vivencia de las relaciones familiares en estos pacientes los problemas de comunicación, las dificultades para expresar sus sentimientos, los conflictos familiares con tendencia a la evitación, la falta de seguridad y atención, las vivencias de triangulación y finalmente el deseo de tener relaciones familiares más cálidas y afectivas.

Más recientemente se empiezan a publicar estudios sobre las posibles diferencias en el funcionamiento familiar según la tipología de TCA (por ejemplo, Botta y Dumlao, 2002; Moreno, Selby, Aved y Besse, 2000); Ochoa de Alda, Espina y Ortego, 2006 y Ruiz-Lázaro, 2003).

Botta y Dumlao (2002) apuntan que las familias de las pacientes que sufren anorexia nerviosa suelen tener altos niveles de cohesión y un bajo nivel de expresividad y conflictividad. En cambio, las pacientes que sufren bulimia nerviosa tienden a vivir en un ambiente familiar desorganizado, en el que los niveles de conflictividad y hostilidad suelen ser altos.

En el caso de pacientes con trastorno por atracón se ha observado que tienen poca cohesión familiar y un alto interés en expresar honestamente sus sentimientos. Además, suelen tener un nivel de conflicto y rigidez familiar más altos que el resto de subgrupos de TCA (Chávez, 2007).

Por su parte, Moreno et al. (2000), estudiaron a pacientes con obesidad y observaron que tienden a una dinámica familiar muy parecida a la de los pacientes

con bulimia nerviosa: sobreprotección y déficit de sensibilidad de la madre limitando así el movimiento del hijo (también comprobado por Tognarelli, 2012); familias muy sobreprotectoras con actitudes posesivas que impiden la independencia del niño (confirmado por Trombini, Baldaro, Bertaccini, Montebanocci y Rossi, 2003); tendencia a presentarse como padres perfectos y sacrificados que no pueden ser criticados por los hijos, a utilizar la comida para aplacar cualquier molestia, premiar o castigar, remplazar el afecto y como estrategia de resolución de conflictos (también descrito por Kiesewetter et al., 2010).

Si bien la mayoría de investigaciones se centran en las relaciones entre los subsistemas parental y filial, Onnis, Mulè y Vietri (2004), afirman que generalmente en estas familias los padres tienen una relación conyugal conflictiva que los lleva a involucrar a los hijos en sus desacuerdos. Por eso, según Bay y Rausch (1993) el hijo puede ser utilizado para desviar los conflictos conyugales, con el objetivo de conseguir mantener el equilibrio en el subsistema conyugal.

Esta dinámica de triangulación ya fue anticipada por Minuchin (1978) y Selvini (1970) que afirmaban que generalmente uno de los padres, mayoritariamente la madre, está muy implicada en la vida del hijo y en su trastorno, siendo el padre quien tiene un rol más periférico. De forma complementaria, Botta y Dumlao (2002), Dominy, Johnson y Koch (2000) y Miller-Day y Marks (2006), consideran que es la relación con la figura paterna la que tiene un papel fundamental en el desarrollo del TCA, dándose una falta de calor afectivo y aceptación en la relación con el padre y, además, mayor agresividad y negligencia en comparación con la relación con la madre. Más recientemente, Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery y Zalsman (2014) han observado que las pacientes con TCA tienden a tener una visión más negativa del padre que la población normal. Concretamente, tienden a percibirlos como más punitivos y sobreprotectores y el 62% de la muestra hace explícita la evitación de la relación.

En cuanto a los estilos de apego en pacientes diagnosticados de TCA encontramos distintas perspectivas. En primer lugar, autores como Swanson et al. (2010) apuntan que las pacientes con anorexia nerviosa tienden al vínculo ausente o débil ya que en su estudio observaron un bajo nivel tanto de afecto como de control. Por otro lado, otros autores apuntan una tendencia hacia el vínculo ambivalente ya que han observado que a veces las pacientes buscan la proximidad y otras rechazan la figura de apego (Greenberg, 2001; Rhodes y Kroger, 1992).

Los estudios comentados en el párrafo anterior coinciden parcialmente con los de Noe (2001) y Ward, Ramsay y Treasure (2000) que sugieren que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa tiende a un patrón de vinculación insegura mientras que el grupo que sufre bulimia nerviosa tiende a un patrón de vinculación ambivalente.

Por otro lado, aunque se han hecho muy pocos estudios sobre el apego en población con sobrepeso y obesidad algunos autores han encontrado que estas personas tienden a un vínculo inseguro (Baldaro et al., 2003; Tognarelli, 2012 y

Trombini et al., 2003). Anderson, Rachel, Lemeshow y Whitaker (2012) han confirmado estos resultados y concluyen que el vínculo inseguro está correlacionado con el hecho de sufrir obesidad a partir de la adolescencia. Turner, Rose y Cooper (2005) encontraron que las personas con un alto sobrepeso tienden a un vínculo de control sin afecto y a un funcionamiento familiar conflictivo con una alta sobreprotección materna y una relación disfuncional con el padre.

Lo que resulta evidente es que, tradicionalmente, se ha considerado a los pacientes diagnosticados de TCA como individuos de difícil vinculación, resistentes al cambio, y que la familia de origen de estos pacientes -su funcionamiento y forma de vincularse- juega un papel importante en el desarrollo de un TCA en uno de sus miembros. Tal y como afirman Grau y Sánchez (2014), es frecuente que el profesional que trabaja con estos pacientes identifique dificultades en el establecimiento del vínculo debido, entre otras cuestiones, a los evidentes déficits interpersonales en los TCA.

Los estudios sintetizados hasta este punto se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1

Resumen de las investigaciones sobre TCA y dinámica familiar

Patología	Dinámica Parental, Conyugal, Familiar o Vincular Disfuncional
TCA en general	aglutinación nivel elevado de cohesión sentimiento de desvalorización privación parental exceso de control poca relación con el padre tensión familiar maltrato psicológico ambiente familiar conflictivo ambiente familiar muy exigente las madres tienden a dar mucha importancia al aspecto físico y al peso problemas de comunicación conflictos familiares con tendencia a la evitación falta de seguridad y atención vivencias de triangulación deseo de tener relaciones familiares más cálidas y afectivas falta de calor afectivo y aceptación en la relación con el padre relación conyugal conflictiva que los lleva a involucrar a los hijos en sus desacuerdos
Anorexia Nerviosa	altos niveles de cohesión bajo nivel de expresividad y conflictividad vínculo de apego inseguro: ausente, débil o ambivalente
Bulimia Nerviosa	ambiente familiar desorganizado niveles de conflictividad y hostilidad altos vínculo de apego ambivalente

Trastorno por atracón	poca cohesión familiar nivel de conflicto y rigidez familiar más altos que el resto de subgrupos de TCA
Obesidad	sobreprotección y déficit de sensibilidad de la madre limitando así el movimiento del hijo familias muy sobreprotectoras con actitudes posesivas que impiden la independencia del niño tendencia a presentarse como padres perfectos y sacrificados que no pueden ser criticados por los hijos tendencia a utilizar la comida para aplacar cualquier molestia, premiar o castigar, remplazar el afecto y como estrategia de resolución de conflictos vínculo de control sin afecto alta sobreprotección materna relación disfuncional con el padre

Llegados a este punto, el objetivo de este trabajo se concreta en estudiar y analizar el funcionamiento familiar de las personas que sufren un TCA así como las similitudes y diferencias del funcionamiento familiar entre los distintos tipos de TCA.

Teniendo en cuenta la literatura revisada nos planteamos las siguientes hipótesis genéricas:

1. Existen diferencias significativas entre el grupo clínico (TCA) y el grupo control en cuanto al funcionamiento familiar (peor dinámica familiar y vínculo parental en el grupo de TCA).
2. Los pacientes con TCA tienden a un vínculo de control sin afecto.
3. Los pacientes diagnosticados de bulimia son los que tienen mayores dificultades a nivel familiar.
4. Los pacientes con obesidad tienen más similitudes con los pacientes con bulimia nerviosa que con los pacientes con anorexia nerviosa.

Método

Participantes

Este estudio se compone de un total de 60 participantes: 30 para el grupo clínico y 30 para el grupo control.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que nos dirigimos a un grupo específico de población, en este caso pacientes con un TCA que seguían su tratamiento en alguno de los centros del Instituto de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Catalunya (ITA).

Los criterios de inclusión de la muestra clínica, fueron los siguientes: (a) pacientes diagnosticados de TCA, (b) cuyos padres estén casados o convivan y (c) en el caso de haber recibido o estar recibiendo tratamiento que no haga más de 6 meses que se haya iniciado.

El 93,3% de las participantes del grupo clínico eran mujeres y el 6,7% restante hombres. La media de edad fue de 31 años (DT=10). En relación al diagnóstico un 33,33% estaba diagnosticado de anorexia restrictiva, un 20% de anorexia purgativa, un 6,7% de bulimia purgativa, un 3,3% de bulimia no purgativa y finalmente el 36,7% restante de obesidad

El grupo control estaba formado por 30 participantes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico aleatorio accidental de entre una muestra de estudiantes universitarios voluntarios. En cuanto a los participantes del grupo control, el 10% eran hombres y el 90% eran mujeres con una media de edad de 22 años (DT=2).

Material

Utilizamos los siguientes cuestionarios: el *Parental Bonding Instrument* (PBI) y el *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* (FACES III), ambos en su versión española.

El PBI (adaptación española de Ballús, 1991) en su versión original (Parker et al., 1979) consta de 25 ítems a los que se contesta mediante una escala tipo Likert autoaplicada para cada uno de los padres.

Este cuestionario se compone de dos escalas, una de sobreprotección y otra de cuidado, que miden la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación al hijo hasta los 16 años de edad y tiene como objetivo detectar el tipo de vínculo parental.

Teniendo en cuenta estos dos factores, las puntuaciones del PBI permiten construir una tipología de vínculos parentales percibidos: 1. Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección); 2. Ausente o débil (bajo cuidado, baja sobreprotección); 3. Constreñido (alto cuidado, alta sobreprotección); 4. Control sin afecto (bajo cuidado, alta sobreprotección).

La *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* (adaptación española de Gómez et al. 1999) en su versión original (Olson, Bell y Portner, 1978) constaba de 111 ítems y ha sido modificada en varias ocasiones para mejorar sus propiedades psicométricas. La versión española del FACES III consta de 20 ítems a los que se contesta mediante una escala tipo Likert de forma autoaplicada. El cuestionario consta de dos escalas: una de cohesión y otra de adaptabilidad familiar, que miden la percepción del hijo respecto a la dinámica de la familia.

En función de si el grado de cohesión es bajo, moderado o alto, la escala tipifica a las familias en (a) desligadas, (b) separadas, (c) conectadas, o (d) aglutinadas. En función de si el grado de adaptabilidad es bajo, moderado o alto, la escala tipifica a las familias en (a) rígidas, (b) estructuradas, (c) flexibles, o (d) caóticas.

Procedimiento

En primer lugar se seleccionaron los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para la muestra. Después se contactó con los participantes seleccionados con el objetivo de plantearles la investigación y pedir su participación volun-

taria en el estudio. En el caso de estar de acuerdo en participar se propuso una fecha para administrar los cuestionarios y se entregó a cada participante una hoja de consentimiento informado.

Se administraron los cuestionarios tanto al grupo clínico como al grupo control, respetando también los criterios de inclusión fijados para este último grupo. Los participantes del grupo clínico respondieron los cuestionarios en el centro ITA mientras que, en el caso del grupo control, los cuestionarios fueron respondidos en los domicilios particulares y devueltos en un sobre cerrado para garantizar así su confidencialidad.

Resultados

Percepción subjetiva del vínculo parental

Por lo que respecta a la percepción subjetiva del vínculo parental en el grupo clínico, un 53,3% de los padres obtienen una puntuación de cuidados baja (vs. un 46,7% alta). La distribución en el grupo control es del 50% alta y 50% baja.

En cuanto a las madres, un 93,3% obtienen una puntuación de cuidados baja en el grupo clínico (vs. un 6,7% alta). La distribución en el grupo control es del 23,3% alta y 76,7% baja.

Combinando padres y madres, la aplicación de la prueba t de Student para la comparación de la significación de la diferencia entre las puntuaciones del grupo clínico (M=10,75; DT=6,5) y el grupo control (M=17,45; DT=9,5) reveló que dichas diferencias en cuidados eran estadísticamente significativas; $t(58)=2,39$, $p=0,031$.

En cuanto a sobreprotección, en el grupo clínico, un 53,3% de los padres obtienen una puntuación alta (vs. un 46,7% baja). La distribución en el grupo control es del 23,3% alta y 76,7% baja.

En cuanto a las madres, un 60% obtienen una puntuación de sobreprotección baja en el grupo clínico (vs. un 40% alta). La distribución en el grupo control es del 86,7% alta y 13,3% baja.

Dichas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Por lo que respecta a la tipología de vínculos parentales percibidos calculada a partir de las puntuaciones del PBI, en el grupo clínico los padres puntúan más alto en el vínculo parental de control sin afecto; en cambio, en el grupo control tienden al vínculo débil o ausente. Por otro lado, las madres del grupo clínico muestran un alto porcentaje en el vínculo de control sin afecto al igual que en el grupo control (véanse Tablas 2 y 3).

A pesar de las aparentes diferencias a nivel descriptivo, la comparación estadística entre ambos grupos no reveló que ninguna de ellas fuese estadísticamente significativa.

Tabla 2
Porcentajes de vínculo parental paterno según grupo

	Constreñido	Óptimo	Control sin afecto	Ausente
Clínico	23,3%	23,3%	30%	23,3%
Control	33,3%	16,7%	13,3%	36,7%

Tabla 3
Porcentajes de vínculo parental materno según grupo

	Constreñido	Óptimo	Control sin afecto	Ausente
Clínico	0%	6,7%	60%	33,3%
Control	16,7%	10%	66,7%	6,7%

En cuanto al vínculo parental en los distintos subgrupos de TCA observamos que la figura paterna muestra la puntuación más baja de cuidados en el subgrupo de obesidad (14,5) y el nivel más alto de sobreprotección en el subgrupo de bulimia nerviosa no purgativa (20). Las madres, por su parte, muestran la puntuación más baja de cuidados en el subgrupo de bulimia nerviosa purgativa (17) y la más alta de sobreprotección en el subgrupo de bulimia nerviosa no purgativa (27) (véase Tabla 4). El reducido número de participantes por subgrupo hace imposible el contraste de la significación estadística de tales diferencias.

Tabla 4
Medias del constructo vínculo parental para las escalas cuidados y sobreprotección en los distintos subgrupos de TCA y según figura parental

	Padre		Madre	
	Cuidados	Sobreprotección	Cuidados	Sobreprotección
Anorexia Restrictiva	25,9	8,3	31,8	13,7
Anorexia Purgativa	23,3	11,8	29,3	13,3
Bulimia Purgativa	16,5	19	17	22
Bulimia No Purgativa	15	20	33	27
Obesidad	14,5	18,6	20,1	16,8

Dinámica Familiar

Por lo que respecta a la dinámica familiar, nuestros resultados indicaron, en primer lugar que en el grupo clínico, por lo que respecta a cohesión, predominan las familias desligadas (36,7%) y por lo que respecta a adaptabilidad las flexibles (30%) o caóticas (30%). En el grupo control predominan, por lo que respecta a cohesión, las familias separadas (36,7%) y conectadas (36,7%) y por lo que respecta a adaptabilidad las estructuradas (40%) -véanse Tablas 5 y 6.

De nuevo, y a pesar de las aparentes diferencias a nivel descriptivo, la comparación estadística entre ambos grupos no reveló que ninguna de ellas fuese estadísticamente significativa.

Tabla 5
Porcentajes de cohesión familiar según grupo

	Desligada	Separada	Conectada	Agglutinada
Clínico	36,7%	33,3%	26,7%	3,3%
Control	23,3%	36,7%	36,7%	3,3%

Tabla 6
Porcentajes de adaptabilidad familiar según grupo

	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Clínico	20%	20%	30%	30%
Control	6,7%	40%	26,7%	26,7%

Al profundizar en el análisis entre los grupos diagnósticos por lo que respecta a la dinámica familiar observamos que el subgrupo de bulimia nerviosa no purgativa es el que tiene una puntuación de cohesión más alta (42). Por otro lado, el subgrupo de obesidad es el que obtiene un puntuación de adaptabilidad más baja (20,8) (véase Tabla 7). El reducido número de participantes por subgrupo hace imposible el contraste de la significación estadística de tales diferencias.

Tabla 7
Medias del constructo dinámica familiar para las escalas de cohesión y adaptabilidad en los distintos subgrupos de TCA

	Cohesión	Adaptabilidad
Anorexia Restrictiva	39,2	29
Anorexia Purgativa	35,5	24,8
Bulimia Purgativa	31	28
Bulimia No Purgativa	42	27
Obesidad	31,2	20,8

Discusión

En relación a nuestra primera hipótesis, los datos indican que se dan diferencias significativas entre las familias de personas afectadas por un TCA y las familias de población normal en relación al vínculo parental -se observan diferencias en la escala de cuidados pero no en sobreprotección. Sin embargo no encontramos diferencias entre ambos grupos en cuanto a la dinámica familiar.

Este resultado parece sugerir que las diferencias entre ambos grupos se deben especialmente a la función parental, no necesariamente al funcionamiento conjunto como sistema familiar. Incorporar este dato a la terapia aconseja hacer especial hincapié en optimizar los aspectos estructurales y funcionales de las relaciones paterno-filiales en las sesiones, no a expensas de los patrones sistémicos más amplios pero sí con especial relevancia.

En relación a nuestra segunda hipótesis, los resultados obtenidos no permiten confirmarla de forma estadísticamente significativa, si bien la distribución de los

porcentajes de tipologías de vínculos parentales percibidos calculada a partir de las puntuaciones del PBI sugieren que las personas afectadas por un TCA tienden a un vínculo de control sin afecto sobre todo con sus madres –pero este mismo resultado aparece en el grupo control, lo cual pone en duda que se trate de un fenómeno exclusivo de la población con TCA.

Por lo que respecta a la tercera hipótesis, el subgrupo de bulimia (combinando purgativa y no purgativa) es el que muestra mayor nivel de cohesión y sobreprotección y a la vez los cuidados más bajos por parte de la figura materna, aunque de nuevo los resultados no son estadísticamente contrastables debido al tamaño de la muestra.

Por último, en relación a la última hipótesis planteada, podemos ver que a diferencia del grupo de bulimia nerviosa, el subgrupo de obesidad destaca por una baja adaptabilidad y a la vez los cuidados más bajos por parte de la figura paterna. Es decir, podemos pensar que se asemejan en relación al vínculo parental y se diferencian en cuanto al funcionamiento familiar. El subgrupo de anorexia muestra también un nivel alto de cohesión familiar pero es el grupo que tiene una mayor adaptabilidad. Además, es el grupo que parece recibir más cuidados por parte del padre con una sobreprotección más baja tanto por parte de la madre como del padre. Dados estos resultados pensamos que el aspecto más relevante es el cuidado que percibe la persona por parte del padre y de la madre, volviendo una vez más a la importancia de la nutrición relacional y al deseo de las pacientes de tener una relación más cálida y afectuosa con sus padres.

Los resultados refuerzan la necesidad de que además de intervenciones individuales o grupales se lleven a cabo intervenciones familiares debido a las dificultades de vinculación y funcionamiento familiar evidentes en todos los subgrupos de TCA. Deberían desarrollarse más estudios que puedan apuntar en las necesidades concretas de la intervención para cada subgrupo, en función de las dificultades específicas.

Este estudio cuenta con limitaciones que queremos hacer explícitas antes de finalizar el trabajo. En primer lugar, los instrumentos que hemos seleccionado miden la «percepción subjetiva» pero no miden directamente la dinámica familiar o el tipo de vínculo parental desde el punto de vista de un observador externo.

En segundo lugar, una muestra mayor de participantes en el estudio también nos permitiría mayores generalizaciones de los resultados. Sería conveniente, en futuras líneas de investigación, poder aumentar la muestra y contrastar los datos cuantitativos con datos cualitativos obtenidos a través de entrevistas y/o narrativas de los propios pacientes y de sus familiares para poder profundizar en la comprensión de su vivencia tanto respecto al síntoma como respecto al funcionamiento familiar, desde la perspectiva de los distintos miembros de la familia.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, S., Rachel, A., Lemeshow, S. y Whitaker, R. (2012). Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics*, 119(1), 132-140.
- Baldaro, B., Rossi, N., Caterina, R., Cadispoli, M., Balsamo, A. y Trombini, G. (2003). Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *International Journal of Obesity*, 27, 191-195.
- Ballús, C. (1991). *Adaptació del Parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escola Professional de Psicologia Clínica.
- Bay, L. y Rausch, C. (1993). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós Terapia Familiar.
- Botta, R. y Dumlao, R. (2002). How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health Communication*, 14(2), 199-219.
- Chávez, A. (2007). Valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5(3), 123-128.
- Cruzat, C., Aspíllaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociadas a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psyche*, 19(1), 3-17.
- Dallos, R. y Denfort, S. (2008). A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322.
- Dominy, N., Johnson, W. y Koch, C. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 134(1), 23-36.
- Gómez, F. J., Irigoyen, A., Ponce, E. R., Mazón, J. J., Dickinson, M. E., Sánchez, M. E., Fernández, M. A. (1999). Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). *Arch Med Fam*, 1, 73-79.
- Grau, T. y Sánchez, M. (2014). Cognición social y trastornos alimentarios. *Revista de Psicoterapia*, 25, 61-75.
- Greenberg, D. (2001). *Attachment themes relevant to young women with eating disorders*. Tesis Doctoral no publicada.
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E. y Zalsman, G. (2014). Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry Journal*.
- Kiesewetter, S., Köpsel, A., Köpp, W., Kallenbach-Dermutz, B., Pfeiffer, A., Spranger, J. & Deter, H.C. (2010). Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – First observations with different attachment styles. *Psycho-Social-Medicine*, 7, 1-9.
- Miller-Day, M. & Marks, J. (2006). Perceptions of parental communication orientation, perfectionism, and disordered eating behaviors of sons and daughters. *Health Communication*, 19(2), 153-163.
- Minuchin, S. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Harvard: University Press.
- Moreno, J. K., Selby, M., Aved, K. y Besse, C. (2000). Differences in family dynamics among anorexic, bulimic, obese and normal women. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(1), 78-87.
- Noe, S. (2001). *Attachment relationships and eating disorders: Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders?* Tesis Doctoral no publicada.
- Ochoa de Alda, I., Espina, A. y Ortego, M. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17, 151-170.
- Olson, D. H., Bell, R. Q. y Portner, J. (1978). FACES: Family adaptability and cohesion evaluation scales. St. Paul, MN; University of Minnesota.
- Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Faces III*. St. Paul: University of Minnesota.
- Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra, 2008.
- Onnis, L., Mulè, A. y Vietri, A. (2004). Anorexia y bulimia: nuevas tendencias desde la óptica sistémica. *Revista de psicoterapia*, 58-59(15), 75-91.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- Rhodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(4), 249-263.

- Ruiz-Lázaro, P. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas España Psiquiatría* 31(2), 85-94.
- Selvini Palazzoli, M. (1970). *Anorexia nerviosa*. Nueva York: Basic Book.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D. & Yellowlees, A. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18, 22-32.
- Tognarelli, A. (2012). Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. *Summa Psicológica*, 9(2), 57-67.
- Tozzi, F., Sullivan, P., Fear, J., Makenzie, J. y Bulik, M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154.
- Trombini, E., Baldaro, B., Bertaccini, C., Montebanocci, O. y Rossi, N. (2003). Maternal attitudes and attachment styles in mothers in obese children. *Perceptual and Motor Skills*, 97, 613-620.
- Turner, H., Rose, K. y Cooper, M. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29, 381- 387
- Ward, A., Ramsay, R. y Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.