

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

PAPEL DE LA FAMILIA EN LOS TRASTOSNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Cohesión, adaptabilidad y participación familiar.



Alumna: Ana Rodríguez Remón.

Directores: Miguel Miranda Aranda y Eva M^a Garcés Trullenque.

Zaragoza, Septiembre de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

AGRADECIMIENTOS.

La idea de investigar el papel de la familia en los Trastornos de la Conducta Alimentaria surgió durante la realización de las prácticas en ARBADA (Asociación Aragonesa de familiares de personas afectadas por trastornos de la conducta alimentaria), donde pude observar y conocer la realidad tanto de la familia como de las personas afectadas.

De este modo, me gustaría dar las gracias a todas las personas que me permitieron durante unos meses conocer la realidad sobre estos trastornos y sobre las diferentes situaciones a las que tienen que hacer frente en el día a día. Así como a los profesionales de la asociación, que desarrollan una gran labor tanto con la familia como con las personas afectadas. Me gustaría hacer una especial mención a Mercedes Barcelona, Trabajadora Social de ARBADA, por su ayuda y guía durante las prácticas, así como con su colaboración en la elección de la muestra y sus consejos hacia el presente trabajo. Del mismo modo, me gustaría agradecer a los padres y madres de personas con un trastorno de la conducta alimentaria que han participado de forma voluntaria en el presente trabajo.

Finalmente, agradecer a la directora del proyecto su apoyo y orientación en la realización del mismo.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	7
1.1. Objeto del trabajo:	7
1.1.1. Objetivos e hipótesis:	8
1.2 Metodología empleada:	9
1.3 Estructura del trabajo:	14
1.4. Dificultades encontradas:	15
2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN:.....	17
2.1 ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?.....	17
2.2. La familia:	27
2.2.1. Factor predisponente, precipitante y mantenedor:	27
2.2.2. Factor de recuperación de las personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA):	37
2.2.3. Grupos de padres de personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria:	48
3. CAPÍTULOS DE DESARROLLO:	51
3.1. Resultados:	51
3.1.1 Análisis sociodemográfico:	51
3.1.2 Análisis de los resultados obtenidos según la escala FACES III sobre cohesión y adaptabilidad familiar:	52
3.1.3. Análisis de los resultados sobre la posición de los padres en el tratamiento de la conducta alimentaria de sus hijo/a:.....	67
3.1.4 Análisis de la relación entre cohesión, adaptabilidad y participación familiar en los trastorno de la conducta alimentaria:.....	75
3.2 Discusión:	79
4. CONCLUSIONES:.....	89
5. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA:	91
6. INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.	95

ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

1.1. Objeto del trabajo:

La elección del tema para la realización de la investigación como Trabajo Fin de Grado reside en el hecho de haber realizado la asignatura del Prácticum de intervención en la asociación ARBADA (Asociación Aragonesa de familiares de enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia)¹, donde empecé a conocer la situación en la que viven las personas afectadas y su familia.

El objeto del estudio es conocer como es la cohesión y adaptabilidad familiar y el papel que desempeña la familia, además de establecer una relación entre las tres variables.

La importancia del tema radica en la relevancia que están teniendo estas enfermedades en las últimas décadas. En Aragón ²son diagnosticados entre 90 y 100 nuevos casos de menores de edad al año en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" y sobre 150 nuevos casos de pacientes adultos en el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria son un problema de salud pública. En los países occidentales se estima que este tipo de trastornos se da entre el 4 y 6% de la población, y que afecta principalmente a mujeres, en una proporción de 9 a 1 respecto a los hombres. El 80% de los casos se da en población comprendida entre los 12 y los 20 años aproximadamente.

De este modo, debido a que son una enfermedad que afecta a la familia en su conjunto se pretende conocer como son estas familias según su cohesión y adaptabilidad y la importancia de la familia en estos trastornos.

¹ Para mayor información sobre ARBADA consultar Anexo 1.

² Datos aportados en: Barraguer, S. (27 de Noviembre de 2012). Detectan casos de anorexia en niñas de 9 años. *El periódico de Aragón*, pp.13.

1.1.1. Objetivos e hipótesis:

El primer objetivo de este Trabajo fin de Grado consiste en conocer el nivel de cohesión y adaptabilidad de familias con un hijo/a afectado por un trastorno de la conducta alimentaria que acuden al grupo de ayuda mutua y crecimiento personal en la ARBADA.

Con respecto a este objetivos se han planteado unas hipótesis, son las siguientes:

1. Dentro de las familias con un miembro con Trastorno de la Conducta alimentaria las más frecuentes según su cohesión y adaptabilidad familiar son las que se consideran equilibradas (separada- flexible; unida- flexible; separada- estructurada; y unida-flexible).
2. Los tipos de familia con trastornos de la conducta alimentaria menos frecuentes según su cohesión y adaptabilidad familiar son las que se catalogan como extremas (desprendida- caótica; enredada- caótica; desprendida- rígida; y enredada-rígida)

El segundo objetivo consiste en conocer el papel de la familia en el trastorno de la conducta alimentaria de su hijo/a.

Para fundamentar dicho objetivo las hipótesis planteadas son:

1. La familia puede tener incidencia en el inicio y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria de sus hijos/as.
2. La familia es imprescindible para la recuperación de las personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria.

Finalmente, una vez conocida el nivel de cohesión y adaptabilidad y el papel de la familia es dichos trastornos el siguiente objetivo que se plantea es

saber si existe una relación entre cohesión, adaptabilidad familiar y participación de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria.

Cuyas hipótesis son las siguientes:

1. Las familias con una cohesión y adaptabilidad familiar equilibrada favorecerán con su participación la recuperación de sus hijos/as.
2. Las familias con una cohesión y adaptabilidad familiar extrema perjudicarán la recuperación de sus hijos/as.

1.2 Metodología empleada:

Teniendo en cuenta el tipo de estudio y el alcance del mismo, se ha elaborado la estrategia de la investigación. Se trata de una investigación de tipo descriptivo, busca estudiar características en cuanto a la cohesión, adaptabilidad y participación familiar en familiares de personas afectadas por Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

Se realizó la observación durante el periodo de la asignatura de Prácticum de Intervención, donde se fue conociendo características de la familia y personas afectadas por trastornos de la conducta alimentaria.

Esta técnica implica un contacto personal entre sujeto que estudia y sujeto estudiado. (Corbetta, 2003)

De esta manera, se fue reflexionando sobre lo que serie el objeto del presente trabajo.

Para obtener información sobre la cohesión y adaptabilidad familiar se proporcionó un cuestionario autoadministrado, el cual puede ser contestado sin la presencia de un entrevistador. Lo rellena el propio entrevistado. (Vallejos, Orti y Agudo, 2007)

Se trató concretamente de una encuesta de grupo, ya que se repartió en el inicio del grupo de ayuda mutua y crecimiento personal de la asociación

ARBADA con la presencia de la trabajadora social de dicha asociación, la cual explico el motivo del cuestionario y aclaro dudas que considerar necesario y finalmente recogió dichos cuestionarios cumplimentados.

Al no poder estar presente la autora de este trabajo durante la cumplimentación del cuestionario se añadió una carta solicitando colaboración. (Anexo 2)

La presencia de una persona encargada durante la cumplimentación del cuestionario hace menos probable que haya errores, además evita el riesgo de autoselección. Cuando puede realizarse la encuesta en grupo el cuestionario autocumplimentado constituye una técnica recomendable. (Corbetta, 2003)

Así pues, el cuestionario administrado fue el Family Adaptability and cohesión Evaluation (FACES III), el cual constituye la tercera versión de las escalas de evaluación del modelo circumplejo que explora la cohesión y la adaptabilidad familiar. Este instrumento fue diseñado en 1980 por David Olson y sus colaboradores en la universidad de Minnesota.

La tesis central es que las familias que obtienen puntuaciones equilibradas funcionan más adecuadamente que las familias con puntuaciones extremas. Esta hipótesis se fundamenta en la idea de que las familias con puntuaciones extremas en ambas dimensiones tienen mayor dificultad para hacer frente al estrés.

Para estudiar la hipótesis principal del modelo teórico se realizaron numerosos estudios con las FACES I, y las FACES II, centrados en los problemas emocionales y en los síntomas del mal funcionamiento familiar.

A fin de mejorar la fiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló esta tercera versión, para tratar de superar algunas de las limitaciones observadas en las anteriores escalas.

Por tanto la FACES III se concibió para ser administrada a cualquier familia a lo largo de todos los ciclos vitales. Sus ítems fueron elaborados para que fuesen entendidos por los adolescentes a partir de los 12 años de edad.

Los indicadores psicométricos de esta escala son buenos, los coeficientes de fiabilidad altos, y según sus autores la validez del constructor está demostrada.

Además del trabajo realizado por sus autores, este instrumento se ha utilizado en más de 300 proyectos de investigación, 10 de los cuales han demostrado su validez.

La FACES III nos permite situar a la familia en un marco más comprensivo del modelo circumplejo, en función de la percepción que tienen los miembros del sistema del funcionamiento familiar.

Por lo tanto dicha escala (Anexo 3) , consta de veinte ítems puntuados en una escala de Likert de 5 puntos (casi nunca, alguna vez, a veces, con frecuencia, casi siempre) para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar y conyugal (Olson, 1979), validada en España a través de un primer estudio basado en su análisis factorial. (Martínez Cano, 1993; Polaino –Lorente y Martínez Cano, 1993)

De modo que, tras haber sometido a una rotación varimax, las puntuaciones directas de los 20 ítems con el factor al que pertenecen, los seis factores obtenidos quedan definidos del siguiente modo:

Factor I "Acerca de los hijos":

- Item nº 2. Tenemos en cuenta las sugerencias de nuestros hijos para solucionar problemas.
- Item nº 4. Escuchamos lo que dicen nuestros hijos, en lo que se refiere a su disciplina.

- Item nº 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- Item nº 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones

Factor II "Unidad afectiva":

- Item nº 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.
- Item nº 11. Nos sentimos muy unidos.
- Item nº 19. La unión familiar es muy importante

Factor III "Compromiso familiar":

- Item nº 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí
- Item nº 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- Item nº 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- Item nº 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- Item nº 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.

Factor IV "Creatividad familiar":

- Item nº 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- Item nº 15. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- Item nº 16. Con facilidad podemos planear actividades en familia.

Factor V "Responsabilidad":

- Item nº 18. Es difícil decir quienes el encargado de cada una de las tareas de la casa
- Item nº 20. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.

Factor VI "Adaptación a los problemas":

- Item nº 8. En nuestra familia tenemos distintas formas de solucionar los problemas
- Item nº 13. En nuestra familia las reglas cambian
- Item nº 14. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.

De este modo, al administrar la FACES III, no sólo podremos valorar la cohesión y adaptabilidad familiar sino conocer cómo funciona la familia de acuerdo a cada uno de los factores anteriormente mencionados, lo que nos proporciona información muy interesante no sólo para el diagnóstico sino para el posterior tratamiento de las familias.

A la vez que se administró el FACES III se adjuntó al cuestionario seis preguntas sobre el papel de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria y de esta manera obtener información sobre el segundo objetivo, expuesto con anterioridad. Las preguntas trataban concretamente sobre:

- Si les gustaría tener una participación activa en las decisiones terapéuticas del tratamiento de su hijo/a
- Si creen necesario recibir información exhaustiva sobre el tratamiento
- Si les gustaría recibir pautas concretas con respecto a su hijo/a
- Si consideran beneficioso la participación en entrevistas conjuntas (paciente, familia y profesional), el tipo de implicación que les gustaría tener en el tratamiento
- Para finalizar un apartado en el que los participantes podían expresar lo que consideraran oportuno sobre el papel de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria. (Anexo 4)

Se trata de preguntas abiertas en las que el encuestado se puede expresar con mayor libertad y puede responder con sus propias palabras, sin tener que limitarse a diferentes alternativas de respuesta prestablecidas. Para proceder a su análisis una vez obtenidas las respuestas se agrupan las similares. (Vallejos, Orti y Agudo, 2007). Permiten la libertad de expresión. (Corbetta, 2003)

Las cuestiones fueron elaboradas en función de la bibliografía consultada sobre la familia en los trastornos de la conducta alimentaria.

La muestra estuvo compuesta por 15 padres o madres de personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria que participan en el grupo anteriormente citado.

Las normas que se han seguido para el sistema de citas y referencias bibliográficas han sido las Normas de la American Psychological Association (APA), sexta edición, tal y como se indica en el documento "Directrices sobre metodología y criterios de evaluación. Información general, estructura y normas de presentación" (Aprobadas por la Comisión de Garantía de la Calidad el día 16-12-2011 y actualizadas para Curso 2012-13).

1.3 Estructura del trabajo:

El presente trabajo comienza con una introducción en que se establece una presentación general y la justificación sobre la elección del tema. Tras exponer el objeto del trabajo y plantear los objetivos e hipótesis, se describe la metodología utilizada, además se señalan algunas dificultades encontradas en la realización del mismo.

En el bloque sobre fundamentación teórica se hace una explicación sobre que son los trastornos de la conducta alimentaria y sus características, para pasar a conocer a la familia como factor predisponente, precipitante y mantenedor de los trastornos de la conducta alimentaria y la cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar centrándonos en el modelo circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle. A continuación se trata a la familia como factor de recuperación de la persona afectada, concretamente haciendo referencia a la intervención sistémica o familiar para este tipo de trastornos, destacando la importancia de la Intervención familiar de cuidado colaborativo según el modelo Maudsley. Para pasar a presentar la importancia de los grupos de padres de personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria.

En el tercer bloque, se hace una interpretación de los resultados obtenidos mediante el FACES III de cohesión y adaptabilidad familiar y las cuestiones planteadas sobre la familia. De esta manera se realiza un análisis

sociodemográfico de los participantes en el presente trabajo, un análisis de los resultados obtenidos sobre cohesión y adaptabilidad familiar y sobre la posición de los padres en el tratamiento de la conducta alimentaria de sus hijos/as. Para finalmente establecer una relación entre cohesión, adaptabilidad y participación familiar en los trastornos de la conducta alimentaria, respondiendo con todo ello a los objetivos planteados para la consecución del presente trabajo.

Posteriormente, se ponen en relación los resultados obtenidos en esta investigación y los aportados por la literatura previa, para verificar si se cumplen las hipótesis planteadas al inicio.

En el cuarto apartado, se recogen las principales conclusiones extraídas durante todo el proceso de investigación.

Para finalizar, se detalla la bibliografía utilizada a lo largo de todo el trabajo, seguida de un apartado de anexos donde se expone el cuestionario FACES III y las cuestiones planteadas para la obtención de la información.

1.4. Dificultades encontradas:

El presente trabajo iba a ir centrado a familiares de pacientes adultos pero debido a que durante la realización de la búsqueda bibliográfica se ha podido comprobar la escasa documentación en relación a familia y los trastornos de la conducta alimentaria de adultos; por ello, se tuvo que ampliar el objeto del trabajo a familiares de personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria sin establecer ninguna distinción por edad.

Por otro lado, al no tener la suficiente disponibilidad horaria para acudir a realizar entrevistas personales, se creyó oportuno incluir las preguntas sobre el papel de la familia junto al cuestionario sobre cohesión y adaptabilidad familiar. El haber realizado entrevistas personales a cada uno de los participantes probablemente podría haber ampliado la información aportada

por estos, pero aun así su participación en las cuestiones ha sido muy importante, válida e interesante para la consecuencia del presente estudio.

Finalmente, sería interesante haber podido conocer además de la opinión de la familia la percepción de los pacientes sobre la inclusión de sus familiares en sus trastornos de la conducta alimentaria y como apreciar ellos la cohesión y adaptabilidad de sus familias. Debido a motivos de confidencialidad por parte de la asociación y por qué muchas de las pacientes son menores de edad se consideró oportuno que el trabajo solo fuera centrado a la familia.

2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN:

2.1 ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?

Los trastorno del comportamiento alimentario, se caracterizan por alteraciones graves, importantes, de las conductas alimentarias, relacionadas con la ingesta de comida (Vanderrycken, Castro y Vanderlinden, 1991).

Trastornos psicológicos que presentan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta. Así pues, su base y fundamento se halla en la alteración psicológica. Se trata de trastornos que afectan mucho más a mujeres que a hombres, principalmente a mujeres jóvenes. Además, son más frecuentes en las sociedades desarrolladas donde hay abundancia de comida y en las culturas en las que la delgadez tiene un papel importante. (Raich, 2011)

Garcés (2005) nos refiere que estos trastornos afectan a un gran número de personas, de las que 90-95 % son mujeres. Actualmente se encuentran en la tercera patología más frecuente en los adolescentes, después de la obesidad y el asma. Su prevalencia va en aumento, situándose entre el 1 y 4% de las adolescentes y mujeres jóvenes.

Los trastornos de la conducta alimentaria más conocidos la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

Aunque etimológicamente la palabra anorexia significa "falta o pérdida de apetito", en sentido estricto este significado no es apropiado ya que no se trata de la pérdida de apetito, al menos en los primeros estadios de la enfermedad, sino que voluntariamente no quiere comer para no engordar (Ruiz, 1999).

Así mismo, Fernández (2004) nos indica que la anorexia nerviosa es el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Para ello, se realizan numerosas dietas estrictas en las que se restringen numerosos alimentos cuya finalidad es la pérdida de peso, todo ello debido al miedo por ganar peso y por una alteración en la percepción de la forma y el tamaño del cuerpo, es decir, de la imagen corporal.

Siguiendo a Garcés (2005) nos acercamos a la anorexia nerviosa como una de las enfermedades psiquiátricas más graves, debido a que se asocia a complicaciones médicas graves y la tasa de mortalidad es bastante elevada en comparación con otras enfermedades psiquiátricas.

Su duración habitual es de más de cinco años y la enfermedad tiende a cronificarse en un 25% de los casos.

No se ha podido identificar una única causa para dicho trastorno. Por ello es necesario tratarlo desde una perspectiva multidimensional que incluye factores individuales, biológicos y psicológicos, además de familiares y socioculturales, todos ellos pueden actuar entre sí para desencadenar o mantener la enfermedad teniendo una gran repercusión para el paciente y su familia.

Las principales características que se pueden destacar, según Calvo (2002) en una persona que padece anorexia nerviosa son las siguientes:

- Restricción de la ingesta y/o su eliminación mediante purgaciones y ejercicio físico excesivo. Estas restricciones son autoimpuestas por la propia paciente con el objetivo de mantener su peso por debajo del rango normal.
- Pérdida de peso que conduce a la desnutrición. Esta desnutrición de mide a través de :
 - Mantenimiento del peso por debajo del 85% del esperado para su edad y altura.
 - Índice de Masa Corporal (IMC, peso dividido por talla al cuadrado) igual o inferior al 17,5.
- Alteraciones del ciclo menstrual: apareciendo la amenorrea, ausencia continuada de menstruación. En el caso de los hombres descienden los niveles de hormono sexual (testosterona).

- Alteraciones de la imagen corporal: los pacientes presentan una gran insatisfacción hacia su propio cuerpo, presentando una percepción alterada del mismo.
- Negación y control del hambre: las pacientes que padecen anorexia nerviosa no tienen una pérdida objetiva de apetito, sino mucha hambre, aunque se lo nieguen a sí mismas y a los demás. Es posible que en etapas avanzadas del trastorno se produzca una pérdida real de apetito.
- Hiperactividad: ejercicio excesivo y/o actividad excesiva. Se presenta en un porcentaje estimado del 75% de los pacientes y suele ser más común en los varones. Abunda la práctica de atletismo u otros deportes, danza, aerobic, subir y bajar escaleras evitando el uso del ascensor. Además de la realización de multitud de actividades como estudiar varios idiomas, cursos de perfeccionamiento. Con el objetivo de estar el mayor tiempo ocupado.
- Obsesiones y control: el control que se quiere ejercer sobre la alimentación llega a convertirse en una dinámica obsesiva acerca de la misma, controlando los alimentos, contando calorías, etc. Los pensamientos sobre la comida llegan a ocupar todo el espacio psíquico hasta convertirse en un trastorno obsesivo grave.
- Miedo a la madurez: pacientes que no quieren llegar a la adolescencia y los cambios que ello implica. De esta manera consiguen estar delgada y seguir manteniendo su aspecto de niña
- Exaltación y sensación de “fuerza”: su estado de ánimo se eleva ya que ha conseguido lo que pretendía tener controlado su cuerpo, la alegría aumenta con cada gramo que pierde, ya que siente la admiración de las

demás personas. Esto le provoca una imagen subjetiva de fuerza y bienestar que le hace sentir feliz y capaz de conseguir todo lo que se proponga.

- Irritabilidad y cambios bruscos en el estado de ánimo: la alegría mencionada en el punto anterior pronto se verá amenazada por la posibilidad de pérdida de control de la comida, lo que va a producir cambios bruscos en su estado de ánimo. La familia puede ver como en un momento esta exultante y seguidamente gritando o llorando.
- Desequilibrio en el estilo de vida: su vida va girar en torno a la perfección, ya sea en el ámbito educativo, laboral, etc. Lo que va a producir en muchas ocasiones desequilibrios debido a no poder conseguir los objetivos propuestos.

La clasificación más empleada para establecer los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa es mediante la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), conocida como DSM-IV (1995). Los criterios de diagnósticos son los siguientes:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- 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., con la administración de estrógenos.)

Tipos:

- Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Además de estos dos tipos encontrados el DSM-IV, siguiendo a Calvo (2002), podemos añadir otra subcategoría, la cual está centrada en la realización excesiva de ejercicio físico. Es la siguiente:

- Anorexia “Atlética”: es una variante del trastorno anoréxico que utiliza el ejercicio físico excesivo como forma de mantenerse por debajo del peso considerado normal. En los casos más extremos se puede dedicar más de diez horas a la realización de ejercicio, esto produce que se reduzca el tiempo y espacio dedicado para cualquier otra actividad. Paralelamente, se va introduciendo en la “comida sana” y las dietas, rechazando alimentos por “insanos” y “grasientos” hasta llegar a características físicas y psicológicas de la anorexia nerviosa. Esta forma del trastorno en

un principio pasa desapercibida debido a que la pasión por el deporte se considera cualidad de su forma de ser y un estilo de vida saludable.

La bulimia nerviosa se caracteriza porque presenta episodios de atracones, la persona come en poco tiempo una cantidad muy superior a la que la mayoría de las personas comerían. Estos episodios son seguidos por conductas compensatorias como pueden ser el vómito provocado, el abuso de laxantes y diuréticos, ayuno o ejercicio físico excesivo, debido al miedo a engordar. (Fernández, 2004)

Raich (2011) destaca que al igual que la anorexia nerviosa, suele empezar con dietas restrictivas y que muchos de estos casos de anorexia nerviosa después pasan a bulimia nerviosa. Ya que a medida que los períodos de restricción aumentan, las personas recaen en episodios de sobrealimentación incontrolable.

Siguiendo con esta misma autora, hay que destacar que la prevalencia de la bulimia se encuentra entre el 1 y 3 % de jóvenes y adolescentes, hay evidencias de que la prevalencia e incidencia va a ir en aumento.

Las pacientes con este trastorno suelen ser más mayores que las que tienen anorexia, situándose la media de aparición en los 17 años. Al ser un comportamiento que se realiza en secreto y que en principio no presenta una pérdida de peso tan visible, suele pasar desapercibido durante mucho tiempo.

Las características que puede presentar una persona con bulimia nerviosa, tal y como destaca Calvo (2002), son las siguientes:

- Presencia de atracones: ingesta excesiva y rápida de comida asociada a la sensación de pérdida de control por lo que el paciente se siente incapaz de para de comer o de resistirse a ello.

- Conductas purgativas: después del atracón se sienten culpables y rechazan todo lo ingerido anteriormente. El miedo a engordar es lo que principalmente conduce a estas conductas purgativas.
- Alteración de las comidas: es común que se realicen ayunos, se salten comidas, etc. El organismo les genera una sensación de hambre continua y por ello se producirán los atracones. Puede llegar a comer de forma automática, sin intervalos, de forma rápida, sin pensar. Debido a que la sensación de saciedad se pierde, no sabe cuándo ha comido suficiente y tendría que parar.
- Alteración de la imagen corporal: puede sentir insatisfacción por su imagen corporal y distorsionar el peso y el volumen de su cuerpo.
- Insatisfacción permanente: tanto con ella misma como con todo lo que le rodea.
- Independencia contrafóbica: los pacientes bulímicos suelen ser muy dependientes de los demás ya que necesitan de su aprobación. Esta vulnerabilidad ante la opinión de los otros les produce un nivel de dependencia tan absoluta que les produce fobia, aparentando una excesiva independencia.
- Impulsividad: en el paciente bulímico es muy común que haya sido una persona impulsiva. En los casos más graves se asocia a los pacientes bulímicos con conductas de riesgo como pueden ser: el consumo de drogas, alcohol, sexo, etc.
- Soledad: los sentimientos de soledad les acompañan constantemente aunque tratan de negárselo a sí mismo.

Los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa que se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV, 1995), son los siguientes:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- 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 período de 3 meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos:

- Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o

el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Aunque la anorexia y la bulimia nerviosa son los trastornos de la alimentación más comunes y por ello más conocidos, existen otros trastornos que los encontraríamos dentro de los trastornos del comportamiento alimentario no específicos (TCANE).

Los criterios propuestos para el diagnóstico de los trastornos alimentarios no especificados, propuestos por el DSM-IV (1995), son los siguientes:

Trastornos de la alimentación que no alcanzan el criterio para ser diagnosticados como trastornos de la conducta alimentaria específicos:

1. Se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa, pero la persona mantiene una menstruación regular.
2. Se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa, excepto la pérdida de peso, que está dentro de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios de bulimia nerviosa, pero los episodios de sobreingesta ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana y su duración es inferior a tres meses.
4. Una persona con peso normal lleva a cabo conductas de control del peso inadecuadas tras comer pequeñas cantidades de comida; por ejemplo, provocarse el vómito tras consumir dos galletas.
5. Una persona mastica y escupe grandes cantidades de comida pero no la traga.
6. Episodios recurrentes de sobreingesta en ausencia de las inadecuadas conductas compensatorias de la bulimia nerviosa, "trastorno por atracón".

El trastorno por atracón es el "comportamiento alimentario de aquellas personas que no pueden controlar el consumo de alimentos, que ingieren una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo, pero que

posteriormente no realizan maniobras como provocarse el vómito para reducir los efectos engordantes de la sobreingesta". (Raich; 2011: p.32).

Criterios propuestos en el DSM-V para el "trastorno por atracón":³

- a) Episodios recurrentes de voracidad. Un episodio de voracidad se caracteriza por:
 - Comer en un periodo concreto de tiempo (por ej., dos horas) una cantidad de comida que es mucho mayor de lo que la mayoría de la gente podría comer en el mismo tiempo y en circunstancias parecidas.
 - Sentimiento de pérdida de control durante este episodio (por ej., sentimiento de que no puede parar de comer o de no poder controlarlo que come ni la cantidad).
- b) Los episodios de voracidad están asociados por lo menos a tres de las condiciones siguientes:
 - Comer mucho más rápido de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - Comer mucho a pesar de no sentirse hambriento.
 - Comer sólo porque le avergüenza cuánto come.
 - Sentirse a disgusto, deprimido o muy culpabilizado después de comer.
- c) Marcado malestar respecto a sus "atracones".
- d) Los atracones aparecen al menos dos veces a la semana y durante seis meses.
- e) El trastorno no está asociado con el uso de conductas compensatorias inadecuadas (conductas purgativas, ayuno o ejercicio físico excesivo), y no ocurre durante el curso de la anorexia o la bulimia nerviosas.

³ Criterios obtenidos de Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Finalmente, una vez expuesto diferentes trastornos de la conducta alimentaria, tal y como nos dice Ruiz (1999), los elementos comunes a todos los trastornos de la conducta alimentaria son la preocupación por el peso y la apariencia física, presentan distorsión de la imagen corporal, sensación de tener sobrepeso o estar gordo y prácticas relacionadas al control del peso.

2.2. La familia:

2.2.1. Factor predisponente, precipitante y mantenedor:

Aunque muchos son los factores que pueden llevar a una persona a padecer trastornos de la conducta alimentaria, como pueden ser la influencia cultural y social, la propia genética del individuo o la influencia que en él ejerce su familia, entre otros.

A continuación se va a desarrollar la importancia de la familia en cuanto a factor predisponente, precipitante y mantenedor de este tipo de trastornos.

Actualmente uno de los factores que está teniendo mayor importancia en la aparición y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, son los factores genéticos. Así pues algunos estudios demuestran que las mujeres de familias en las que alguno de sus miembros tiene una anorexia nerviosa tienen de siete a doce veces más probabilidades de padecer un TCA, que familias en las que ninguno de sus miembros tiene algún tipo de estos trastornos. (Castro y Toro, 2004).

Otras investigaciones que están teniendo importancia para explicar los factores genéticos o hereditarios son las realizadas con hermanos gemelos.

“El estudio más famoso conocido como VTR (Virginia Twin Study) de Kendler y colaboradores, ha puesto de manifiesto que la tasa de concordancia de los gemelos monocigóticos se sitúa por término medio en torno al 50-55%, mientras que la de los gemelos dicigóticos está en torno al 7%. Esto quiere

decir que, en más de la mitad de los gemelos que comparten la misma dotación genética (monocigóticos), cuando un gemelo desarrolla un trastorno alimentario el otro también lo padece. Esta proporción sólo se da en 7 de cada 100 gemelos que no tienen la misma dotación genética (dicigóticos)". (Calvo, 2002: p.96)

Del mismo modo, es necesario destacar que la genética puede hacer que una persona sea más vulnerable a padecer estos trastornos, pero aun así no por ello tiene por qué producirlo ni provocarlo obligatoriamente. Es decir, una persona puede que genéticamente tenga más predisposición que otra a tener este tipo de trastornos pero puede ser que a pesar de esta predisposición genética el trastorno no se desarrolle.

Calvo (2002) señala que otro de los factores que pueden incidir a que un hijo/a tenga un trastorno de la conducta alimentaria, es la trasmisión cultural con respecto a la importancia de la apariencia física. En una familia en la que los progenitores dan excesivo valor al aspecto físico, es posible que tengan dificultades para aceptar su cuerpo y el de sus hijos/as y esto provoque que los hijos tengan miedo a engordar.

Además, si se han aprendido aptitudes y comportamientos sobre la comida en la familia de origen es probable que estos comportamientos en la edad adulta se repitan en la propia familia que se crea.

Uno de los mayores factores predisponentes son la realización de dietas por parte de los padres, principalmente la madre, por su posible "contagio". Las hijas observan lo que hace su madre y la imitan, en ocasiones es probable que la obsesión de la madre sea tan alta que incluso inciten a su hija a que realicen una dieta conjunta.

También hay que tener en cuenta que si alguno de los miembros de la familia tiene obesidad, es posible que se restrinja de algún modo la alimentación para que no se produzca un "contagio", asimismo si hay una ortorexia materna o paterna, es posible que siempre tengan a su familia a

dieta con la excusa de que hay que tener una alimentación sana, de este modo los hijos ven limitada su alimentación y se sienten frustrados por solo poder comer lo que les indican sus progenitores.

Fernández (2004) añade que hay numerosos estudios que han demostrado que no existe un patrón típico familiar que provoque la enfermedad. Estos trabajos se centraban en si la influencia negativa de un familiar podía desencadenar en otro un trastorno de la conducta alimentaria, si la clase social de los padres influía en el desarrollo de la enfermedad, si la edad de los padres podría ser el motivo o la existencia de familias desestructuradas. Ningún estudio ha podido demostrar esto por lo que se ha concluido que no existe una familia típica de anorexia o bulimia, sino que existe una gran variedad entre las familias.

Una vez que hay algún factor predisponente que pueda hacer que una determinada persona pueda tener un trastorno de la conducta alimentaria, hay situaciones precipitantes o desencadenantes que produzcan dicho trastorno. Como pueden ser las críticas o burlas sobre el cuerpo del hijo o de la hija y sobre su forma de alimentarse ("como te vas a poner", por ejemplo.).

O acontecimientos vitales potencialmente estresantes, aquellos que aparecen en la vida de una persona y que dan lugar a cambios como pueden ser: la muerte de un familiar, casarse, divorciarse, cambios importantes en el estado financiero, dificultades sexuales, entre otros. (Raich, 2011).

Son muchos los acontecimientos que pueden intervenir como precipitante o desencadenante de un trastorno de la conducta alimentaria. Que un hecho se convierta en desencadenante o no dependerá de la intensidad del acontecimiento estresante, de cómo la persona lo perciba en ese momento y de los medios con los que cuente para enfrentarse a ello. (Fernández, 2004).

Cuando debido a factores predisponentes y desencadenantes ya se ha instaurado el trastorno de la conducta alimentaria, empiezan a tener

importancia los factores mantenedores los cuales hacen que dichos trastornos se mantengan e incluso en algunas ocasiones se agraven.

De este modo, Castro y Toro (2004) defienden que cuando el trastorno ya está instaurado los padres se alarman ante la delgadez y la mala alimentación de su descendiente, por ello se suelen producir conflictos sobre todo durante las horas de las comidas que suelen extenderse con mayor o menor importancia al resto de tiempo de convivencia. De este modo hará que las relaciones interpersonales se deterioren. Las comidas de los pacientes y de su familia también se irán deteriorando cada vez más, generando ansiedad. Se puede producir una desaprobación generalizada de la conducta el hijo /a. Que finalmente hará que cada vez coma menos y se sentirá más ansioso, deprimido y más a disgusto en casa, empeorando el trastorno que padece.

Por otro lado, también puede ocurrir que con el objetivo de que la persona que tiene un trastorno de la conducta alimentaria no siga adelgazando, la familia intenta hacer todo lo que puede, y para ello en muchas ocasiones se premian comportamientos desadaptativos. Así mismo se aceptan determinados caprichos alimentarios, y se pueden producir discusiones, desacuerdos y culpabilizaciones entre los padres que hace que se tenga una atención extremada al problema. Esta atención extremada puede contribuir a que el trastorno se refuerce y se mantenga. (Raich, 2011).

Del mismo modo, Calvo (2002) expone que hay comportamientos que los padres por desconocimiento o angustia realizan y que tienden a perpetuar la enfermedad, algunos de estos comportamientos son los siguientes:

- Falta de consenso: disparidad en las actuaciones de los padres, producen debilidad e impiden generar un frente común para luchar contra la patología.
- Incapacidad para mantener las decisiones durante un periodo suficientemente largo.

- Negación de lo que está ocurriendo. Esta actitud imposibilita hacer cambios necesarios para ayudar al hijo/a.

Además de estos comportamientos, la rigidez de los padres hacia el cambio contribuye a mantener estos trastornos. Las pautas de relación familiar más resistentes al cambio son: la sobreprotección, la interferencia en el proceso de autonomía, el mantenimiento del infantilismo, la ausencia de límites familiares, etc.

Se considera necesario recalcar lo que ya hemos mencionado al principio de este apartado, tal y como refiere Fernández (2004:p.96):" no existe una causa única que provoque la enfermedad de anorexia o bulimia. Está demostrado que es una enfermedad multicausal: han de reunirse, para su manifestación, múltiples factores individuales, sociales y familiares. Ha de existir un momento en que todos ellos coincidan e interactúen, tanto los factores que predisponen, como los que precipitan la enfermedad. Y ya sabemos que una vez establecida la enfermedad, ella misma, junto a todos los factores comentados, se basta para mantenerse y continuar agravándose"

2.2.1.1. Cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar:

Como ya se ha mencionado anteriormente, la familiar puede ser relevante para el desarrollo o mantenimiento de un trastorno de la conducta alimentaria.

Estudios iniciados a finales de los setenta, trataban de mostrar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. Se entendió que la dinámica familiar puede concebirse en función de tres variables: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación familiar. (Olson , et al. 1979).

Muchos fueron los autores que al igual que Olson consideraron las variables de cohesión, adaptabilidad y comunicación para el conocimiento de la familia.

Tabla 1: Denominación de las dimensiones del funcionamiento familiar, según diversos autores.

	COHESIÓN	ADAPTABILIDAD	COMUNICACIÓN	OTRAS
Benjamín (1974, 1977)	Afilación	Interdependencia		
Epstein, Bishop y Levin (1978)	Compromiso afectivo	Control conductual Solución de problemas Roles	Comunicación Responsabilidad afectiva	
French y Guidera (1974)		Capacidad de cambio Poder		Ansiedad; rol como síntoma Significado
Kentor y Lehr (1974)	Afecto	Poder		
Leary (1957), Constantine (1977, 1986)	Afecto Hostilidad	Dominación Sumisión		
Leary y col. (1978) y Beavers (1977)	Intimidad Autonomía Coaliciones	Negociación de poder	Afecto	Mitología
Persons y Bales (1955)	Rol expresivo	Rol instrumental		
Beavers y Voeller (1983)	Centripeta Centrifuga	Adaptabilidad	Afecto	
Gottman (1979)	Validación	Contraste		
L'Abate (1985)	Intimidad	Poder		
Left y Vaugh (1985)	Distancia	Solución de problemas		
Reiss (1981)	Coordinación		Cierre, clausura	

Fuente: Martínez, C. y Polaino-Lorente, A. (2003, p.196)

Para explicar la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación familiar se va a realizar a través del **modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle (1979)**.

La cohesión familiar está formada por dos componentes: vínculo emocional que entre ellos tienen los miembros de una familia, y el nivel de

autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia.

Según sus autores en el extremo de máxima intensidad se sitúa la cohesión enredada, caracterizada por una sobreidentificación de cada miembro con la familia, lo que conlleva una vinculación familiar muy intensa y una limitada autonomía individual. Definida como: extrema cercanía emocional, intensa exigencia de lealtad a la familia, fuerte dependencia entre unos y otros, ausencia de espacio privado, desaparición de límites generacionales, focalización de la energía individual en cuestiones internas de la familia, ausencia de amigos personales, alta reactividad emocional y toma de decisiones en función de los deseos del grupo.

En el otro extremo de intensidad mínima se sitúa la cohesión desprendida o suelta, caracterizada por su escasa vinculación familiar y una alta autonomía personal. Definida como: extrema separación emocional, ausencia de lealtad familiar, de compromisos intrafamiliares y de comunicación y/o aparición de los sentimientos; relación vacía padres- hijos, preferencias por la separación física, ausencia de tiempo vivido en común, e independencia en la toma de decisiones.

En el centro de la dimensión se sitúan dos modos de cohesión equilibrados:

- La Cohesión separada supone un cierto grado de separación emocional entre los miembros de la familia, pero sin llegar a ser tan extrema como en la relación desprendida. Predomina la dedicación de cada individuo a cuestiones personales, aunque también haya cierto tiempo para vivirlo en familia y para tomar decisiones conjuntas. Las actividades e intereses son por lo general individuales, aunque también hay algunos que son comunes.
- La Cohesión unida supone un mayor grado de unión e intimidad emocional compartida, así como la lealtad y fidelidad a la relación. Se

prefiere el tiempo compartido a estar ocupados sólo en cuestiones personales. Hay un cierto acento en la unión familiar. Los amigos suelen ser amigos de la familia y los intereses suelen ser compartidos por todos los miembros de la familia.

Para evaluar el grado de cohesión familiar, las variables específicas empleadas fueron: el vínculo emocional, la independencia, los límites familiares, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y el ocio.

La primera hipótesis del equipo de (Olson et al, 1979) fue que "los niveles de cohesión equilibrados e intermedios son mejores para el buen funcionamiento familiar, lo que significa un mejor afrontamiento del estrés situacional y de los normales cambios evolutivos. Y por tanto, "los patrones extremos comportan peor funcionamiento en la mayoría de las familias de la cultura occidental".

En cuanto a la adaptabilidad, estos autores anunciaron que "la habilidad de un sistema conyugal o familiar para cambiar su estructura de poder, los roles y las reglas de la relación, en respuesta al estrés provocado por una situación concreta y determinada o por el desarrollo vital evolutivo de toda la familia" (Olson et al, 1979).

La hipótesis de los autores es que un sistema adaptativo y equilibrado requiere del balance entre la morfogénesis (cambio) y la morfostasis (estabilidad).

Las principales variables de esta dimensión son la estructura de poder familiar, los estilos de negociación, la relación entre los roles sexuales y reglas de la relación, y la retroalimentación (positiva y negativa).

La baja adaptabilidad fue denominada como rígida, caracterizada por un liderazgo autoritario, padres muy controladores que toman decisiones muy estrictas, ausencia de negociaciones, roles muy definidos, fijos y tradicionales, y reglas o normas familiares que resultan inmodificables.

La máxima adaptabilidad es la denominada como caótica caracterizada por inexistencia de una persona que ejerza el liderazgo, ausencia de control parental, una disciplina poco efectiva con consecuencias inconscientes y poco trascendentales, decisiones impulsivas, ausencia de negociación ante problemas y roles más o menos establecidos, con cambios frecuentes en las reglas de funcionamiento familiar.

Las familias con niveles adaptativos intermedios se caracterizan por un liderazgo compartido y democrático, roles y responsabilidades estables en el hogar, pero cambiables y modificables en función de situaciones muy concretas, reglas o normas familiares predecibles aunque flexibles cuando es necesario, y una toma consensuada de decisiones, en las que se tiene en cuenta a los hijos.

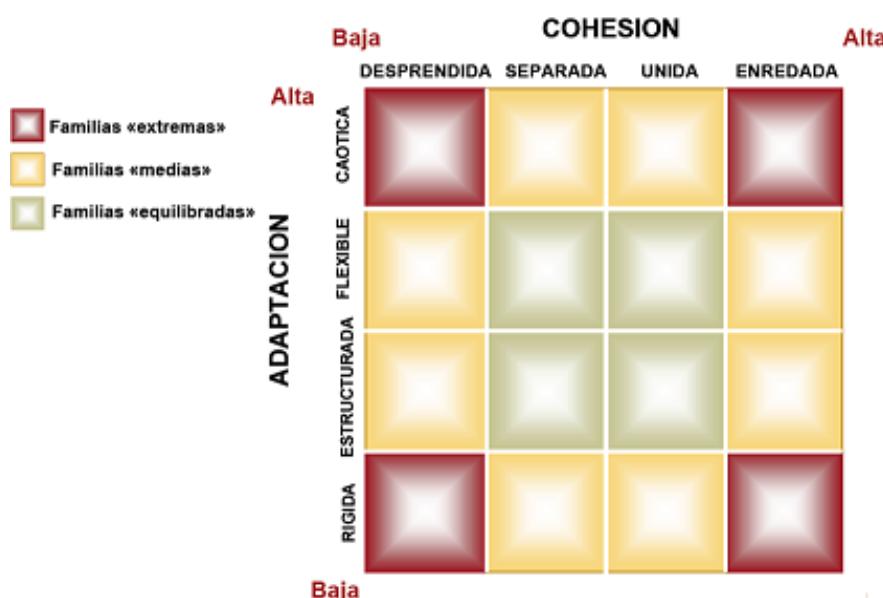
La adaptabilidad estructurada se caracteriza por la estabilidad en los roles de cada uno de los miembros de la familia, con un liderazgo firme y unas normas generalmente estables. Sin embargo la adaptabilidad flexible es lo contrario a la estructurada, flexibilidad en cuanto a roles, liderazgo y normas. Por tanto, los sistemas familiares que resultan más factibles son los que ocupan una posición central en esta dimensión.

En cuanto a la comunicación familiar, se trata de un elemento modificable, en función de la posición que ocupan los miembros de la familia en las dimensiones anteriormente explicadas., es decir, si se modificara los estilos y estrategias de comunicación, muy probablemente podamos modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad al que pertenecen.

No se suele estudiar el fundamento teórico de esta dimensión porque aunque forma parte del modelo circumplejo, este instrumento resulta insuficiente para determinar la posición que ocupa una familia en el momento de su evaluación y tratamiento.

Los tipos de familia según el modelo circumplejo, se derivaron de entrecruzar las cuatro posibles categorías de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La matriz derivada, 4X4, configura 16 celdillas, cada una de las cuales se corresponde con un posible tipo familiar.

Figura 1: Tipos de familia del modelo circumplejo.



Fuente: Martínez, C. y Polaino-Lorente, A. (2003, p.222)

Aunque en la realidad es posible hallar los 16 tipos de familias, los autores señalan que los tipos más frecuentes son los cuatro centrales (separado- flexible; unido-flexible; separado- estructurado; y unido – estructurado) y los cuatro extremos (desprendido –caótico; enredado – caótico; desprendido- rígido; y enredado – rígido).

Del mismo modo, se supone que los ocho tipos intermedios son funcional y en la realidad menos frecuentes. Los cuatro tipos del área central reflejan ejemplos de familias equilibradas en ambas dimensiones y suelen ser los más funcionales para el desarrollo individual y familiar. Por lo tanto, los cuatro tipos extremos reflejarán los niveles de funcionamiento mínimo o máximo en ambas dimensiones, siendo los tipos de familias más disfuncionales tanto para el desarrollo individual como familiar.

Estamos pues ante un modelo dinámico que asume que pueden ocurrir cambios en el modo de funcionamiento familiar a lo largo del ciclo vital. En definitiva, lo que se persigue es crear un esquema de clasificación que pueda ser útil para los clínicos, respecto a determinados objetivos de tratamiento en muy diversas patologías.

Tanto para la aplicación clínica de este modelo como para su evaluación diagnóstica (Olson et al, 1979) diseñaron la Family Adaptability and cohesión evaluation escales (FACES), que como su nombre indica, evalúa la percepción que cada miembro tiene de la adaptabilidad y cohesión familiar.

2.2.2. Factor de recuperación de las personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA):

A medida que los trastornos de la conducta alimentaria han ido instaurándose en la sociedad, y han aumentado los números de casos, los profesionales clínicos han ido conformando las diferentes alteraciones en las relaciones familiares y las dificultades para tener resultados positivos sin tener en cuenta a la familia.

De este modo, para la consecución de resultados satisfactorios de considera imprescindible la colaboración tanto del paciente como de la familia. Es necesario conseguir un cambio de conducta y de actitud de ambas partes (paciente y familia).

Para la familia, principalmente los padres, es necesario que conozcan las características de la enfermedad, información exhaustiva sobre la enfermedad en sí y cómo puede afectar a la persona que la padece, conocer los cambios físicos y los problemas que puede tener por estos cambios. Además, de aspectos psicológicos, de personalidad, sobre su forma de comportarse.

Del mismo modo, es necesario que tengan información sobre el tratamiento tanto médico como psicológico que va a recibir su hijo/a.

Además, de la relevancia en cuanto a su papel como padres destacando como ha de ser su intervención en la enfermedad, su comportamiento, qué cambios tienen que realizar, etc. (Fernández, 2004)

Es necesario destacar que la intervención de los padres en el proceso de los trastornos de la conducta alimentaria será más o menos participativa dependiendo de la edad de la persona que la sufre. (Raich, 2011)

2.2.2.1. Intervención sistémica o familiar:

Antes de los años 70 el tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria era principalmente de tipo individual, tratando básicamente a la persona que padecía este tipo de trastornos. No estaba bien visto la inclusión de los padres debido a que la supuesta falta de capacidad educativa y su excesiva dedicación a la enfermedad podía agravar la enfermedad. En los años 50 se empezó a experimentar la inclusión de los familiares en el tratamiento de trastornos infantiles, en los cuales se apreció que el paciente no mejoraba si el entorno familiar continuaba igual. Otros profesionales empezaron a tratar por separado a padres y a pacientes. (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991)

Es en 1970 cuando se produce un rápido crecimiento de las teorías sistémicas y de terapia familiar. Minuchin y la escuela de Philadelphia aplican la terapia estructural con la que buscan cambiar patrones transaccionales

disfuncionales dentro de la familia. Al mismo tiempo, Mara Selvini Palazzoli y la escuela de Milán defienden un modelo cibernetico. (Ruiz, 2002)

Ambos autores coincidían en que la anorexia nerviosa no es un trastorno mental de tipo individual sino que refleja una disfunción en la familia como sistema, es decir, el trastorno cumple un papel estabilizador y homeostático.

En la escuela de Minuchin se defiende la teoría general de sistemas, el terapeuta tiene que indagar en como son las relaciones entre sí de los diferentes miembros de la familia más que en el tratamiento del paciente de forma aislada. La terapia se encaminaba a cambiar patrones de conducta familiar que impedían el desarrollo individual de los diferentes miembros, ayudándoles a afrontar los cambios que se pueden producir y dando directrices para establecer nuevos patrones de relación. (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991)

Así pues, como señala Espina (1996) en el modelo estructural de organización familiar se pueden identificar las siguientes características:

a) Pautas transaccionales características de una familia que "alienta la somatización":

- Aglutinamiento: Intrusiones en los pensamientos y sentimientos de los otros, gran interdependencia de las relaciones. La familia funciona como si fueran uno solo, continuas intromisiones en la autonomía y la privacidad. Existe un problema de límites.
- Sobreprotección: Alto grado de preocupación por el bienestar de los demás miembros de la familia. Los padres son sobreprotectores, retrasando la autonomía de sus hijos.
- Rigidez: presentan gran resistencia a los cambios impidiendo el desarrollo de los miembros de la familia. La familia suele estar

volcada hacia ellos mismos, suelen tener escasas relaciones hacia el exterior, tratando de mantener la unidad y el equilibrio familiar.

- Falta de resolución de conflictos: las anteriores características hacen que el umbral de conflicto sea muy bajo, los problemas no se resuelven, ya sea negando su existencia o no negociándolos.

b) Involucración del niño en el conflicto parental: los padres evitan el conflicto formando una “triada rígida” mediante tres tipos de maniobras:

- Rodeo: los padres “olvidan” sus problemas preocupándose de su hijo.
- Triangulación: El padre o la madre intenta que el hijo se ponga de su parte.
- Coalición estable: el hijo se une con un progenitor en contra del otro.

c) Vulnerabilidad fisiológica del niño: constituye un componente necesario pero no suficiente, dicha vulnerabilidad no está demostrada en la anorexia nerviosa.

Los hijos de las familias que presentan las características anteriormente desarrolladas están obligados a mantener la dinámica familiar centrada en la unidad. De este modo, la anorexia se convierte en la reguladora de las tensiones familiares desviando la atención al constituirse como el centro de la familia o en los momentos de tensión familiar el conflicto pasa a un segundo plano, ya que es necesario olvidarlo por el bien y la salud del hijo/a con anorexia. (Minuchin, 1990)

La terapia estructuralista para la familia de afectados por anorexia, como destaca Garcés (2005), se centra en:

- Remover y entresacar la realidad familiar o sistema de creencias sobre el comportamiento anoréxico.
- Desafiar a los patrones familiares que impiden el crecimiento de cada uno de los miembros, sobre todo del paciente.
- Apoyar a los miembros de la familia frente al cambio.
- Proporcionar pautas para modelar y animar a los miembros de la familia en un esfuerzo para establecer patrones e interrelaciones más satisfactorios.

De este modo, el terapeuta se incluye en la familia de una manera activa y directiva, utilizando intervenciones estratégicas y conductuales para modificar la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de los miembros de la familia.

Por otro lado, Selvini y la escuela de Milán defienden que la familia es un sistema autorregulado basado en normas que perpetúan su disfuncionamiento, así pues la anorexia nerviosa sería la única forma de adaptación de la persona a este tipo de funcionamiento familiar. Las características de este tipo de familia son las siguientes: un alto grado de disfunción conyugal, problemas en el liderazgo de los padres, rechazo de mensajes de otros, pobre resolución de conflictos, alianzas encubiertas, coaliciones entre los miembros que no son reconocidas, desplazamiento de culpa y extrema rigidez. (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991)

Siguiendo a Ruiz (2002) en las familias anoréxicas, partiendo del modelo de Haley, presentan las siguientes características:

- Existen problemas comunicacionales.
- Se rechaza la comunicación del otro, importancia de la contradicción.

- Los padres no asumen el liderazgo y lo ejerce la enfermedad del hijo/a.
- Las alianzas y coaliciones constituyen el problema central.
- Ningún miembro de la familia asume la responsabilidad cuando hay algún problema.

Del mismo modo, tal y como indica Ruiz (2002), en 1988 Selvini y Viaro afirmaron que la anorexia sería el resultado de un proceso de la organización relacional familiar. Se trata de un “juego familiar” desarrollado a partir de un conflicto parental en el que la hija que acabara enfermando se implica precozmente. Es un proceso de seis estadios en el que se pasa del juego de la pareja parental al síntoma anoréxico de la hija.

Además, Siguiendo a de los Santos (2007), se puede señalar las diferentes tipologías familiares descritas por Selvini:

- Tipo A: vínculo intenso con la madre (no de admiración). La madre hace partícipe a la hija, de forma verbal o gestual, de su sufrimiento con su marido.
- Tipo B: vínculo intenso de admiración hacia el padre. Siente y sufre en silencio los desprecios de su madre hacia su padre.
- Tipo C: basado en la teoría del apego de Bowlby. Se trata de pacientes privadas de apego seguro en la infancia, tanto del padre como de la madre. Suelen haber sido criados por parientes, niñeras, que no favorecieron un vínculo seguro.

Finalmente, Selvini y la escuela de Milán cambiaron de teoría refiriéndose a que no se puede clasificar a las familias mediante juegos familiares, al igual que no hay un único patrón de familia anorexia. Ya que no se puede identificar una familia de la anorexia que se repita de un caso a otro. Si es cierto que se

pueden identificar dimensiones relacionales y familiares que son más comunes que otras. (Selvini et al, 1999)

Aunque ambas escuelas (Minuchin, escuela de Philadelphia; Selvini, escuela de Milán) hayan sido muy difundidas y aceptadas, no se ha podido comprobar su veracidad y eficacia mediante estudios perfectamente controlados. (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Ruiz 2002)

White en su modelo transgeneracional define a la familia de la anoréxica como un sistema de creencias rígidas e implícitas que se transmiten de generación en generación, las características de estas familias serían: lealtad, prescripción específica de un rol para la persona con anorexia y la clarividencia. (Ruiz, 2002)

Por otro lado, Stierlin y Weber destacan que las familias que uno de sus miembros presenta anorexia las características que poseen son la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal. Estas características impiden la individualización relacional de sus miembros y su emancipación emocional. De este modo, los padres vuelcan sus vidas en las funciones parentales y la relación de pareja se principalmente a través de sus hijos. (Garcés, 2005)

Para Stroger y Yager los modelos de interacción familiar se sitúan en un modelo bidimensional, a diferencia de los anteriores modelos unidimensionales, estos autores describen dos modelos familiares (Jáuregui, 2005):

- a) Familias centrípetas: cuyas características son el aglutinamiento de sus miembros, la falta de permisividad, poca expresión emocional y los pobres contactos.
- b) Familias centrifugas: se trata de familias desligadas, fuertes conflictos, con miedo al abandono, excesiva dependencia de sus miembros, falta de control y conflictos de pareja.

A partir de 1980 surgen la “segunda generación” de terapeutas familiares estos integran diferentes modelos, conceptos y estrategias de las diferentes escuelas de terapia familiar. Además realizan las terapias con pacientes ingresados en el hospital, utilizando el valor de la hospitalización como intervención terapéutica de la familia. Esta inclusión de la familia en el tratamiento se utiliza también para pacientes bulímicas ya que en ocasiones además de inevitable resulta muy útil para la mejora del paciente. Progresivamente, se van utilizando cada vez más las terapias desde una perspectiva multimodal en las que se incluye la terapia individual y familiar con intervenciones de tipo conductual y cognitivo. La unidad de tratamiento son el paciente y su entorno, constituida por procesos fisiológicos, intrapsíquicos, familiares y sociales. (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991)

Espina (1997) basándose en Garfinker y Garner (1982) plantea que las familias de las anoréxicas son un grupo heterogéneo, no existe una única tipología familiar sino que hay una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actúan como factores predisponentes a la anorexia nerviosa. Además, estos autores critican los modelos unidimensionales por alejarse de la realidad clínica.

Siguiendo a Fernández y Turón (1998) la intervención multimodal puede constar de los siguientes niveles de intervención:

- Identificación: lo más importante es la temprana detección, diagnóstico y consecuencias psicosociales. Es necesario que no haya una negación del trastorno por parte de los padres, debido a que tendrán consecuencias negativas proporcionando un impedimento en el tratamiento.
- Información: el terapeuta debe informar a los pacientes y sus familias de los riesgos físicos del trastorno. Es necesario dar una información clara para tranquilizar a los padres y restaurar su confianza. El terapeuta tiene que obviar señalar a culpable o culpables.

- Intervención: es necesario que vaya orientado a el comportamiento del paciente y su familia en:

- Enfatizar la responsabilidad del paciente en su curación.
- Proveer a los padres de pautas concretas, de esta manera desaparecerá la ansiedad y desesperanza en las relaciones con su hijo/a.
- Ayudar a evitar los sentimientos de desesperanza y derrota.

La familia tiene que restaurar sus patrones de vida normal y el paciente tiene que restituir su salud física y psicológica. La familia tiene que aprender a reanudar las comidas como un evento social.

- Terapia intensiva: algunos pacientes necesitan cambios significativos en sus patrones de vida, en algunos casos implica la separación intencional, es decir, la hospitalización.

Como destaca Garcés (2005) en la intervención terapéutica es necesario tratar los siguientes aspectos, para ello es primordial la colaboración tanto de la familia como del paciente:

- Participación activa de la familia: en las decisiones terapéuticas, asumiendo el papel de coterapeuta o copaciente, con el fin de crear una alianza positiva entre el terapeuta y la familia. Esta relación positiva favorecerá a que en situaciones de crisis se abandone el tratamiento.
- Información exhaustiva sobre el tratamiento y el trastorno.
- Valoración de funcionamiento familiar: todos los miembros de la familia tiene que estar de acuerdo con el tratamiento para que de este modo

toda la familia se mueva en la misma dirección y se evite la negación del trastorno.

2.2.2.1.1. Intervención familiar de cuidado colaborativo según el modelo Maudsley:

El enfoque Maudsley, se desarrolló en 1980 en el Hospital Maudsley de Londres. Este método se utiliza principalmente para la recuperación del peso, siendo eficaz, principalmente, en niños y/o adolescentes que han sufrido anorexia durante un periodo de menos de tres años, los cuales han mostrado altas tasas de recuperación a largo plazo y bajas tasas de recaída. El eje principal de este enfoque son los padres, los cuales llevan a cabo la recuperación de su hijo/a y del proceso de realimentación asesorados siempre por un terapeuta familiar especializado. (Raich, 2011)

Las principales características de este enfoque, tal y como destacan Kuten y Granel (2007) son las siguientes:

- No asume que antes del tratamiento la familia fuese disfuncional.
- Se asume que no son los pacientes quienes general las conductas de restricción y purga, sino la enfermedad.
- Los padres retoman en forma temprana el control de la alimentación y la restauración del peso adecuado.
- Los cambios estructurales de la familia son fundamentales, pero la restauración del peso y la seguridad física del paciente son el principal foco inicial.

Este enfoque se opone a la idea de que las familias son patológicas o que deban ser culpabilizadas por el desarrollo de la enfermedad de su hijo/a. Así pues, defiende que los padres son un recurso esencial para el éxito del tratamiento. (Raich, 2011)

Se pueden apreciar tres fases claramente definidas, llevándose a cabo generalmente entre 15 o 20 sesiones de tratamiento, a lo largo de un periodo de aproximadamente 12 meses (Le Grange y Lock, 2005):

- Primera fase: recuperación del peso: se pretende conseguir el control de los patrones desordenados de alimentación. La principal herramienta son las “comidas familiares entrenadoras” ven las cuales se establecen normas y límites que favorecen la recuperación del peso, y en las que los padres proporcionan “apoyo compasivo”. Los padres deben mostrar apoyo y empatía, nunca una actitud hostil o crítica hacia el paciente.
- Segunda fase: devolverle el control sobre lo que come: una vez que se ha restaurado de una manera exitosa la salud física del paciente, el profesional ayudara a la familia a ir cediendo poco a poco el control y responsabilidad del comer a su hijo/a.
- Tercera fase: establecer una identidad saludable: se inicia esta fase cuando la persona enferma es capaz de mantener su peso por encima del 95% del peso ideal por su propia cuenta y se haya eliminado la autoinanición. El tratamiento se traslada hacia el impacto que la enfermedad ha tenido en el individuo y sobre su capacidad de establecer una identidad saludable. Se pretende potenciar una autonomía personal cada vez mayor y el desarrollo de fronteras adecuadas entre padres e hijos.

Por desgracia, aunque este modelo está teniendo grandes éxitos en las personas comentadas anteriormente, se reconoce como menos eficaz en las personas que padecen síntomas de trastorno por atracción o pacientes de avanzada edad (mayores de 18 años) y en situaciones familiares complejas, donde existe un alto nivel de conflicto. Por ello se están desarrollando estrategias específicas para estos grupos, más cercanas a la terapia multifamiliar. (Raich, 2011)

2.2.3. Grupos de padres de personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria:

La terapia grupal de familia ayuda a reducir los sentimientos de aislamiento de los padres, debido a que los padres tienden a exteriorizar sus sentimientos cuando descubren que otras familias están sufriendo problemas similares a los suyos. Durante las sesiones los padres intercambian información, comparten sus experiencias y progresivamente van participando de manera más activa dando consejos, reconstruyendo experiencias pasadas y de esta manera también son más conscientes de sus propios problemas. (Fernández y Turón 1998)

Vandereycken, Castro y Vanderlinden (1991) añaden que los grupos de aconsejamiento para padres son de gran utilidad para lograr una implicación familiar positiva en el tratamiento, poder ayudar a saber enfrentarse con las emociones y problemas provocados por el trastorno. Además de servir como motivación para la introducción de cambios en el sistema familiar.

Continuando por esta misma línea, Garcés (2005) refiere a los grupos de padres como un apoyo muy importante para las familias, ya que se tratan las características de la enfermedad, la forma de entender los comportamientos y las actitudes de los pacientes. Se pone especial énfasis en el conocimiento de la enfermedad, en tratar de entender a la persona enferma y su lenguaje para poder entenderle y apoyarle. Además, ayuda a reducir los sentimientos de aislamiento en los padres, ya que intercambian información entre sí. Los miembros del grupo se aconsejan entre sí, reconstruyendo experiencias pasadas y haciéndose conscientes de sus propios problemas. Así pues, les proporciona un lugar donde compartir experiencias.

Del mismo modo, Jáuregui (2005) señala que la intervención grupal ayuda a reducir los sentimientos de aislamiento que sufren muchas familias. Al descubrir situaciones familiares similares les facilita la apertura y el intercambio de experiencias ayudara al enriquecimiento del tratamiento del paciente. Sobre la utilidad de estos grupos hay que destacar que la familia

debe participar activamente las decisiones terapéuticas, proporciona información activa sobre el trastorno y el tratamiento, facilitan la libre discusión y participación de todos, la expresión de dudas concretas. Además debe valorarse el funcionamiento familiar, tratar el fenómeno de negación del trastorno.

Este mismo autor va más allá y destaca la necesidad de señalar que en ocasiones en los grupos de padres ocurren algunas dificultades en su funcionamiento, estas pueden ser:

- Formación de subgrupos.
- Coliderazgos hostiles: la hostilidad hacia el terapeuta puede ser frecuente, ya que algunos familiares lo pueden ver como competencia y peligro para su rol en la familia, además puede ser utilizado como objeto para proyectar la culpa.
- Actitudes de boicot: mediante mecanismos defensivos inconscientes como puede ser la negación.
- Pérdida del marco terapéutico: comentarios a los terapeutas "por los pasillos", padres "mensajeros", etc.
- La culpa "errante": el sentimiento de culpa en estas familias es muy común, en ocasiones focalizan esta culpa en los terapeutas, el cónyuge, el propio paciente, etc.
- Mala distribución del tiempo y atención: en ocasiones puede ocurrir que se preste demasiada atención a una familia, a una persona...
- Dependencia excesiva del terapeuta: a veces las familias no actúan como coterapeutas y "no dan un paso" sin el terapeuta.

Así pues, se puede señalar que los grupos de padres son muy útiles para que conozcan más la enfermedad y sepan cómo actuar con su hijo/a, además el hecho de compartir experiencias similares sirve como alivio y fortaleza para hacer frente a la enfermedad y de esta manera ayudar a que mejore la situación clínica y familiar.

3. CAPÍTULOS DE DESARROLLO:

3.1. Resultados:

3.1.1 Análisis sociodemográfico:

Para el presente trabajo han participado 15 familiares de personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria, las cuales participan en el grupo de ayuda mutua y crecimiento personal en ARBADA (Asociación aragonesa se familiares de enfermos con trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia).

De los participantes el 46,67% eran madres de una persona afectada, el 26,67% eran padres y el 26,67% no llenaron este apartado, debido a la confidencialidad de los cuestionarios se considera correcto no aportar dicha información respectado la voluntad de dichas personas.

Así pues, también se puede señalar que el 66,67 % de las personas participantes están casadas, el 6,67% son viudos y el 26,67% como ya se ha mencionado anteriormente se abstiene a contestar.

La media de edad de los participantes se encuentra en, en el caso de las mujeres en 50 años y en el caso de los hombres en 53 años.

Finalmente, en referencia al tipo de trastorno de la conducta alimentaria de su hijo /a, según el CIE10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud), un 33,3 % de los casos se trata de Anorexia, un 33,33 % de Bulimia, un 6,67 % Trastorno de la Conducta Alimentaria Inespecífico y el 26,67% restante se desconoce a petición del encuestado.

Los datos que a continuación se exponen por razones obvias del tamaño de la muestra no pueden ni deben ser extrapolables al resto de las familias con hijos/as afectados por un TCA.

3.1.2 Análisis de los resultados obtenidos según la escala FACES III sobre cohesión y adaptabilidad familiar:

A pesar de haber obtenido seis factores según la escala FACES III es necesario en estos momentos hacer una advertencia para el análisis de los datos de acuerdo a la validez de la escala en población española.

Puesto que en el análisis factorial, los ítems cuyo contenido se refiere los hijos se han aculado independientemente, se han configurado las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar excluyendo tales ítems. Así la cohesión se calcula con la suma de los factores II (Unidad afectiva) y III (Compromiso familiar) y la adaptabilidad con los factores IV (Creatividad familiar), V (Responsabilidad) y VI (Adaptación a los problemas).

Por lo tanto las normas de clasificación de estas dimensiones serían las siguientes:

Cohesión: Enredada 36-40
 Unida 32-36
 Separada 27-31
 Desprendida 8-26

Adaptabilidad: Caótica 33-40
 Flexible 25-32
 Estructurada 17-24
 Rígida 8-16

Y la puntuación por cada factor sería:

Factor I "Acerca de los hijos":

Puntuación:

- 4- 9 Límites generacionales inamovibles (relación impermeable)
- 10-13 Límites generacionales claros; hay alguna proximidad entre padre e hijos (relación permeable).
- 14-17 clara separación generacional con proximidad padres e hijos (relación permeable).
- 18-20 Falta de límite generacional. (Relación difusa).

Factor II "Unidad afectiva":

Puntuación:

- 3-11 Separación emocional extrema. Ausencia de fidelidad familiar.
- 12-13 separación emocional: acercamiento limitado. Fidelidad familiar ocasional.
- 14-15 Proximidad emocional. Alguna separación. Se espera la fidelidad familiar.

Factor III "Compromiso familiar":

Puntuación:

- 5-14 Compromiso e interacción familiar muy baja. Sensibilidad afectiva infrecuente.
- 15-17 Compromiso aceptable, aunque se prefiere la distancia personal.
Hay cierta sensibilidad afectiva.
- 18-20 Compromiso familiar enfatizado pero se permite la distancia. Se alientan y prefieren las interacciones afectivas.
- 21-25 Compromiso muy alto. Fusión y sobredependencia. Gran interés y control afectivo.

Factor IV "Creatividad familiar":

Puntuación:

- 4-7 Negociaciones limitadas. Decisiones impuestas por los padres. Normas invariables y aplicadas estrictamente.
- 8-10 Negociaciones estructuradas. Decisiones tomadas por los padres. Pocos cambios de normas que se aplican firmemente.
- 11-13 Negociaciones flexibles. Acuerdo sobre las decisiones. Algunos cambios de normas aplicadas de forma flexible.
- 14-15 Negociaciones inacabables y decisiones impulsivas. Frecuentes cambios de normas que tienen una aplicación inconsciente.

Factor V "Responsabilidad":

Puntuación:

- 2-3 Repertorio de roles limitado. Roles impuestos por los padres
- 4-5 Roles estables, pero pueden ser compartidos.
- 6-7 Roles compartidos y elaborados.
- 8-10 Falta de claridad en los roles, alteración y cambios frecuentes

Factor VI "Adaptación a los problemas"

Puntuación:

- 3-5 Liderazgo autoritario. Padres autoritarios, disciplina rígida y no permisiva.
- 6-8 Liderazgo primariamente autoritario, pero con ciertos rasgos de igualdad. Disciplina en ocasiones democrática y de consecuencias predecibles, aunque rara vez permisiva.
- 9-11 Liderazgo igualitario con cambios fluidos. La disciplina es normalmente democrática y de consecuencias negociadas, y a veces, permisiva.

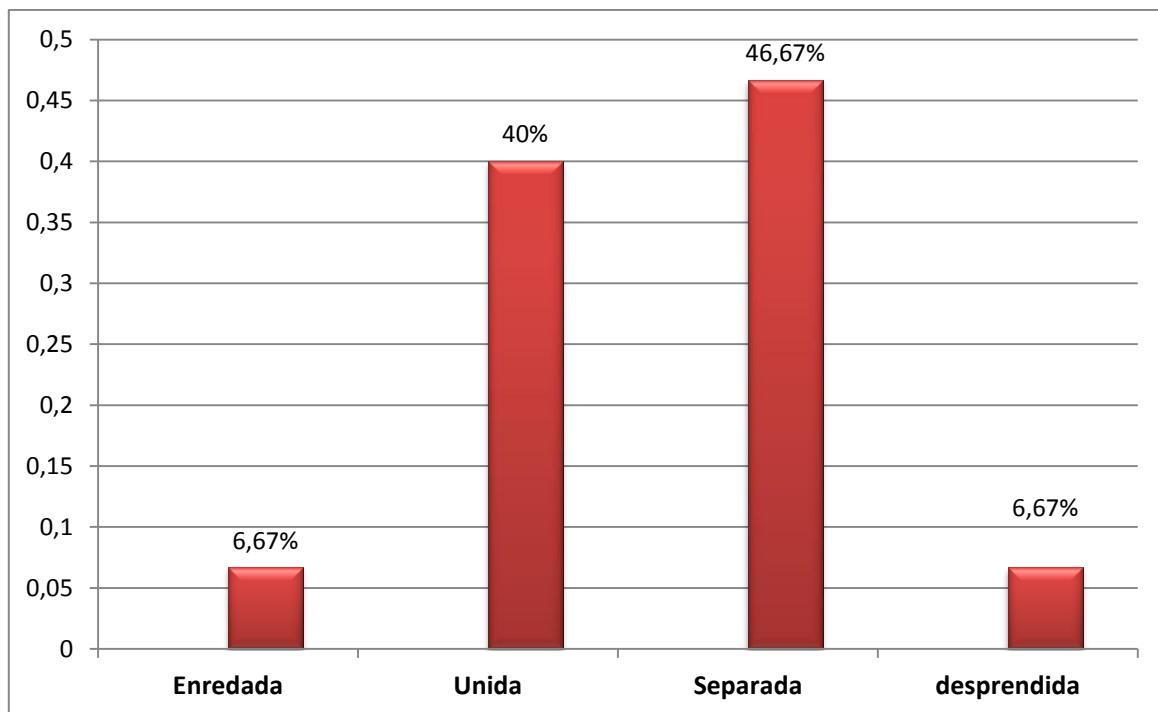
12-15 Liderazgo limitado y/o errático. Disciplina algunas veces democrática de consecuencias inconsistentes y muy permisivas.

Según estos datos y asumiendo la filosofía del modelo circumplejo, las familias equilibradas obtendrán puntuaciones entre 60 y 80 puntos, límites fuera de los cuales debe considerarse a la familia como extrema.

Una vez realizada la anterior aclaración y la explicación de cómo van a ser clasificadas las familias en relación a su cohesión y adaptabilidad, se va a llevar a cabo el análisis de las mismas.

En primer lugar, en relación a la cohesión familiar que presentan las familias según los miembros encuestados, el 46,67% correspondería a cohesión separada, el 40% unida, y el 6,67 enredada o despendida. (Figura 2).

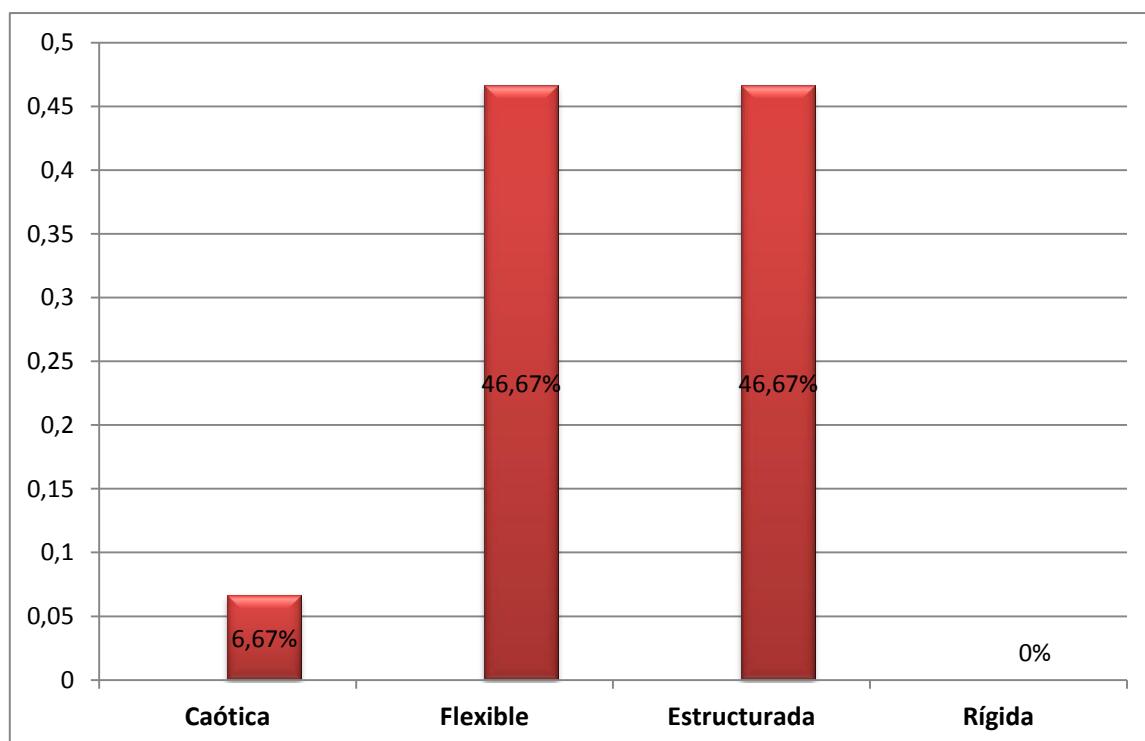
Figura 2: Cohesión familiar.



De este modo tal y como muestra la figura anterior, la cohesión familiar predominante se encuentra en lo que Olson clasificaría como equilibrada, siendo los tipos de cohesión más extremo (enredado y desprendido) los menos comunes según los encuestados.

En cuanto al nivel de adaptabilidad familiar, el 46,67% considera que presenta una adaptabilidad flexible o estructurada, un 6,67 Caótica y ninguno de los encuestados se situaría en una adaptabilidad rígida. (Figura 3)

Figura 3: Adaptabilidad familiar.

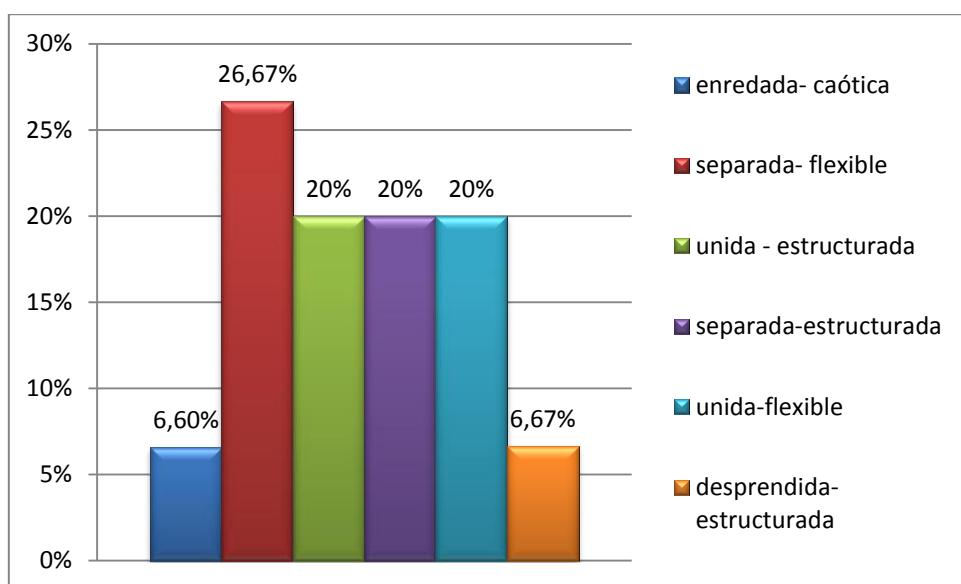


Al igual que ocurre con la cohesión, en el caso de la adaptabilidad las familias también se encontrarían los casos intermedios de adaptabilidad por lo tanto se encontrarían en una adaptabilidad equilibrada.

En cuanto a la tipología familiar predominante, haciendo una relación entre cohesión y adaptabilidad familiar, el 6,67% se trata del tipo enredada-Caótico o desprendida- estructurada; el 20% sería para las tipologías unida-

estructurada, separada- estructurada y unida- flexible y finalmente el 26,67% se trataría de separada- flexible. (Figura 4)

Figura 4: Tipología familiar predominante según modelo circumplejo.



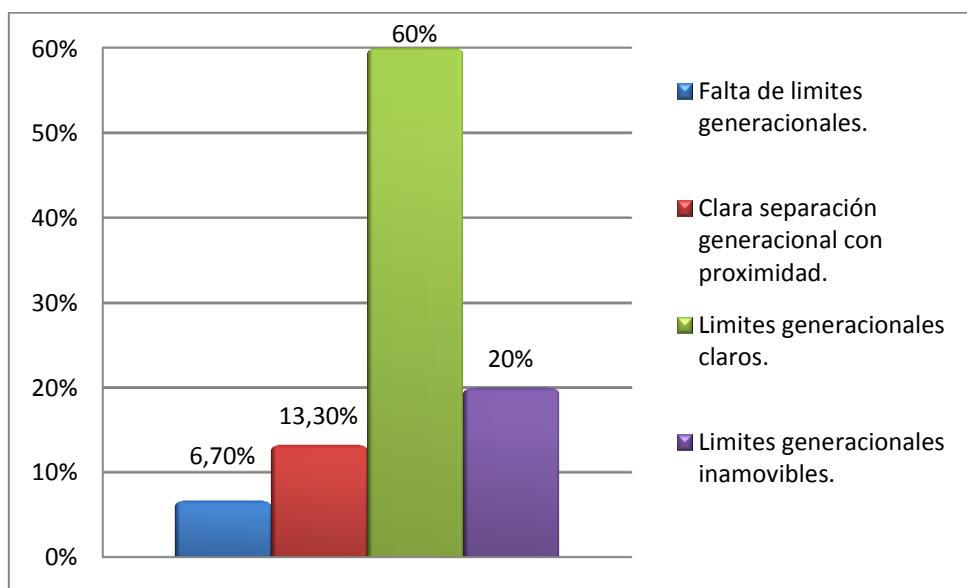
A continuación, analizaremos por separado los seis factores que nos permiten entender detalladamente las características de las tipologías familiares en las que se encuadran las familias encuestadas.

- Factor I: "Acerca de los hijos":

En relación a los hijos, se puede apreciar en la figura 5 como más de la mitad de los encuestados consideran que tienen unos límites claros entre padres e hijos, concretamente un 60 %; también es destacable que el 20 % piensan que presentan unos límites inamovibles; el 13 '3 % refiere que hay

una separación generacional con proximidad y el 6,7 % que hay una falta de límites.

Figura 5: Factor I: "Acerca de los hijos".



Así pues, es necesario destacar que tal y como muestra la figura anterior que la mayoría de los encuestados consideren que presentan unos límites generacionales claros es positivo, ya que esto significa que hay proximidad entre padres e hijos.

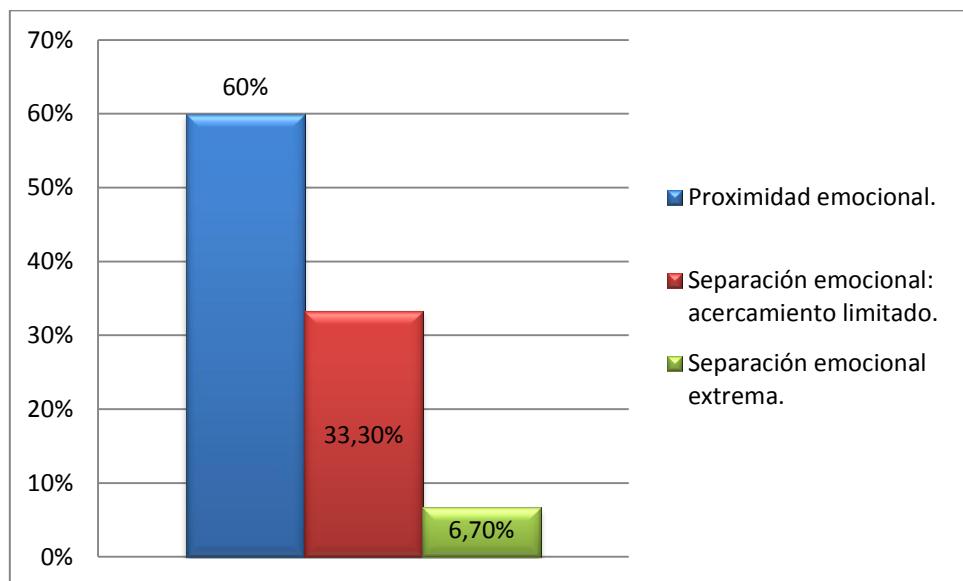
Además, que solo el 6,7 % considere que su familia presenta una falta de límite generacional también es beneficioso ya que es un dato muy bajo, aunque sería mejor que el dato fuera incluso menor.

Es necesario que en todas las familias los límites generacionales estén claros, aunque también sea importante que haya un buen clima familiar para que determinadas situaciones puedan ser negociadas entre padres e hijos.

- Factor II: “Unidad afectiva”:

En cuanto a la relación afectiva de los miembros de la familia el 60% de los encuestados considera que presenta una proximidad emocional, un 33,3 % separación emocional con un acercamiento limitado y tan solo el 6,7 % consideran que tienen una separación emocional extrema. (Figura 6)

Figura 6: Factor II: “Unidad afectiva”.



De este modo, es positivo que la mayoría de las personas encuestadas considere que hay una proximidad emocional entre los miembros de su familia, ya que eso significa que aunque en ocasiones puede haber algún distanciamiento entre algún miembro de la familia en general se espera la fidelidad entre sus miembros.

En cuanto a que el 33,3 % de los encuestados destaque que hay separación emocional con un acercamiento limitado sería conveniente que este dato fuera menor, aunque resulta optimista que haya algún acercamiento aunque sea limitado debido a que permitirá poder mejorar la situación afectiva de los miembros de la familia.

Finalmente, con respecto a la separación extrema, aunque este dato sea muy bajo, es necesario que la situación de estos miembros familiares mejore. Para ello sería conveniente que recibieran, si no lo están recibiendo hasta ahora, un apoyo adecuado y de esta manera que la situación afectiva de la familia mejoré.

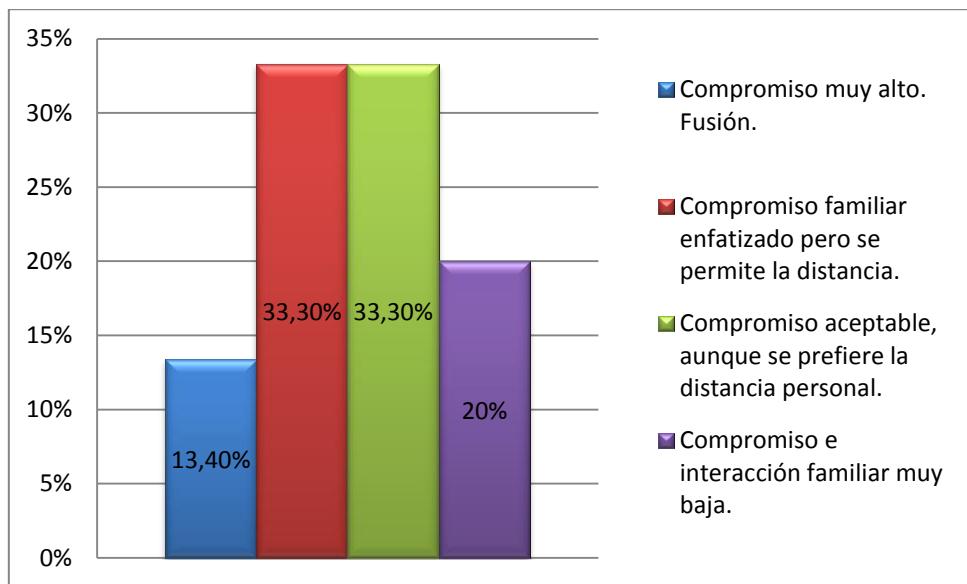
- Factor III: "Compromiso familiar":

En cuanto al compromiso familiar, en la figura 7 se puede apreciar cómo el 33,3 % considera que tiene un compromiso familiar enfatizado aunque prefiere la distancia o bien su compromiso es aceptable, aunque también se prefiere la distancia emocional. Un 20% destaca que el compromiso familiar y la interacción son muy bajas, y finalmente, el 13,3 % presenta un compromiso familiar muy alto.

Es necesario destacar que a diferencia de los factores I y II anteriormente comentados, en esta ocasión no hay grandes diferencias entre la opinión de los encuestados.

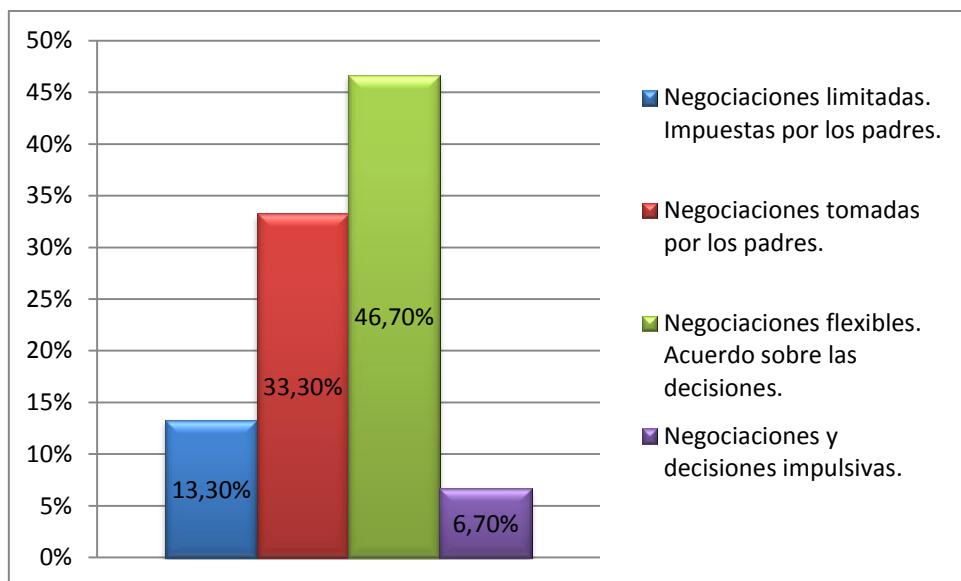
Para que la familia pueda desarrollarse es necesario que haya un compromiso familiar pero que también los miembros de la familia puedan desarrollarse de manera individual. Así pues, el compromiso muy alto llegando a la fusión entre los miembros tampoco es recomendable, ya que hace que haya una sobredependencia y un gran control afectivo entre la familia. Al igual que tampoco es recomendable que tengan un compromiso y una interacción muy baja.

Como se muestra en la figura 7, lo que habría que conseguir que hubiera compromiso familiar pero también haya un poco de distancia emocional, de este modo el 66,6 % de los encuestados se encontrarían dentro del compromiso familiar recomendable.

Figura 7: Factor III: "Compromiso familiar".

- Factor IV: "Creatividad familiar":

Sobre la creatividad familiar, el 46,7 % de los encuestados considera que las negociaciones son flexibles y que hay un acuerdo en la toma de decisiones. Las negociaciones estructuradas, en las cuales las decisiones son tomadas por los padres, las presentan el 33,3 % de los encuestados. El 13,3 % afirma que las negociaciones son limitadas y que están impuestas por los padres. Finalmente el 6,7% considera que las negociaciones en su familia son inacabables mediante decisiones impulsivas. (Figura 8)

Figura 8: Factor IV: "Creatividad familiar".

Las negaciones mediante decisiones impulsivas, no tendrían que ser representadas por ninguno de los encuestados, pero es cierto que ante situaciones de ansiedad y de agobio pueden ocurrir, que solo un 6,7 % de los encuestados considere que realiza estos actos es positivo ya que es una cifra muy baja.

El hecho de que casi el 50% de los encuestados considere que las negociaciones son flexibles y que hay un acuerdo en la toma de decisiones es positivo, ya que favorece que la situación familiar sea mejor ya que todos los miembros pueden opinar y de ahí llegar a una decisión común.

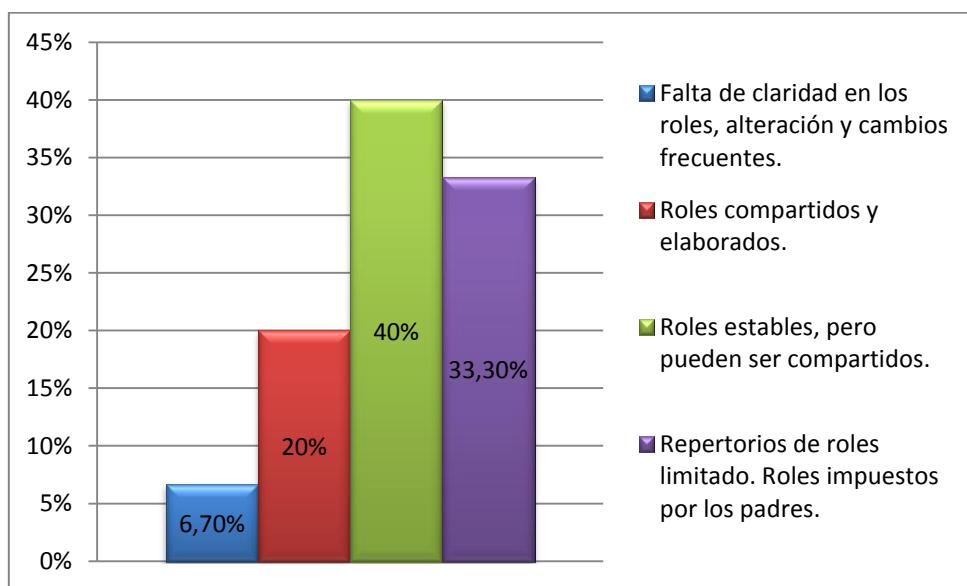
En muchas ocasiones es necesario que las decisiones sean tomadas por los padres, tal y como muestra la figura anterior el 33,3 % de los encuestados lo confirman, aunque es necesario que haya una flexibilidad tal y como se acaba de comentar.

Las negociaciones que son impuestas por los padres y que deben aplicarse de forma estricta sin opción a replica favorecerán que los hijos tengan una

actitud más negativa y de desprecio hacia los padres, estas negociaciones están representadas por el 13,3 % de los encuestados.

- Factor V: “Responsabilidad familiar”:

Figura 9: Factor V: “Responsabilidad familiar”.



En relación a la responsabilidad familiar, el 40% de los encuestados afirma presentar unos roles estables pero que pueden ser compartidos. En cuanto a que el repertorio de los roles sea limitado e impuestos por los padres representa al 33,3 % de los encuestados. Un 20 % se trata de roles compartidos y elaborados y finalmente, el 6,7 % de los encuestados presenta falta de claridad de los roles con alteraciones y cambios frecuentes.

Para que las familias se encuentren en una mejor situación es más conveniente que la falta de claridad en los roles y los roles limitados hubieran representado en menor medida a los encuestados, aunque la falta de claridad en los roles tenga una posición muy baja, los roles limitados e impuestos por los padres representan a una parte muy elevada de la muestra.

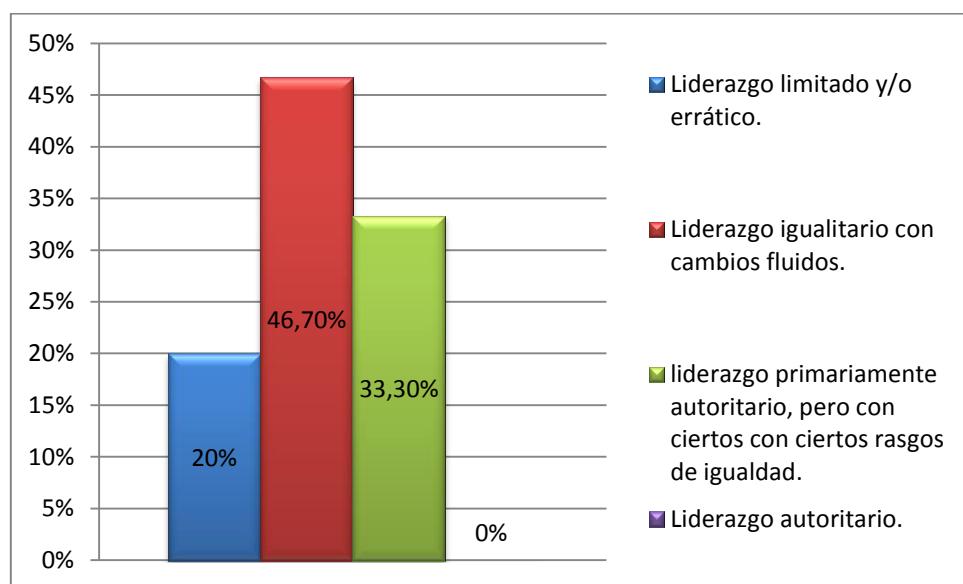
Es positivo que los roles sean estables y que puedan ser compartidos, este dato se encuentra en buena posición ya que representa al 40% de los encuestados.

En cuanto a los roles compartidos y elaborados sería positivo que representaran aun porcentaje mayor de los encuestados.

Aun así, resulta satisfactorio que el 60 % de los encuestados se encuentre en una posición familiar en la que los roles son estables y compartidos y elaborados entre todos, ya que favorecerá la buena relación entre los miembros de la familia.

- Factor VI: "Adaptación a los problemas".

Figura 10: Factor IV: "Adaptación a los problemas".



El último de los factores a analizar es sobre la "adaptación a los problemas", se trata de un factor muy importante porque en los trastornos de

la conducta alimentaria es muy común que ocurran numerosos problemas o conflictos durante su tratamiento y recuperación. Este factor va a ser analizado mediante el tipo de liderazgo.

La figura 10 representada por las opiniones de las personas encuestadas nos refiere que el 46,7 % representan un liderazgo igualitario con cambios fluidos, el 33,3 % se trata de un liderazgo primariamente autoritario, pero con ciertos rasgos de igualdad, el 20 % de los encuestados afirman tener un liderazgo limitado y/o errático y ninguno de los encuestados identifican el liderazgo autoritario en su familia.

Como punto relevante, es necesario destacar que nadie se sienta identificado con un liderazgo autoritario, ya que significa que no existe en ninguna de las familias una disciplina rígida y no permisiva, con unos padres excesivamente autoritarios.

Otro aspecto a destacar es que la mayoría de los encuestados casi un 50 % consideren que el liderazgo es igualitario y que la disciplina es normalmente democrática y que prima la negociación y en ocasiones la permisividad.

También es importante que el 33,3 % sea representado por un liderazgo autoritario pero con rasgos de igualdad, con una disciplina en ocasiones democrática y de consecuencias predecibles.

De esta manera el 80% aproximadamente de los encuestados tienen un liderazgo positivo donde prima la democracia y la negociación en la toma de decisiones, lo que supondrá que la adaptación a los problemas será resuelta de una manera más satisfactoria.

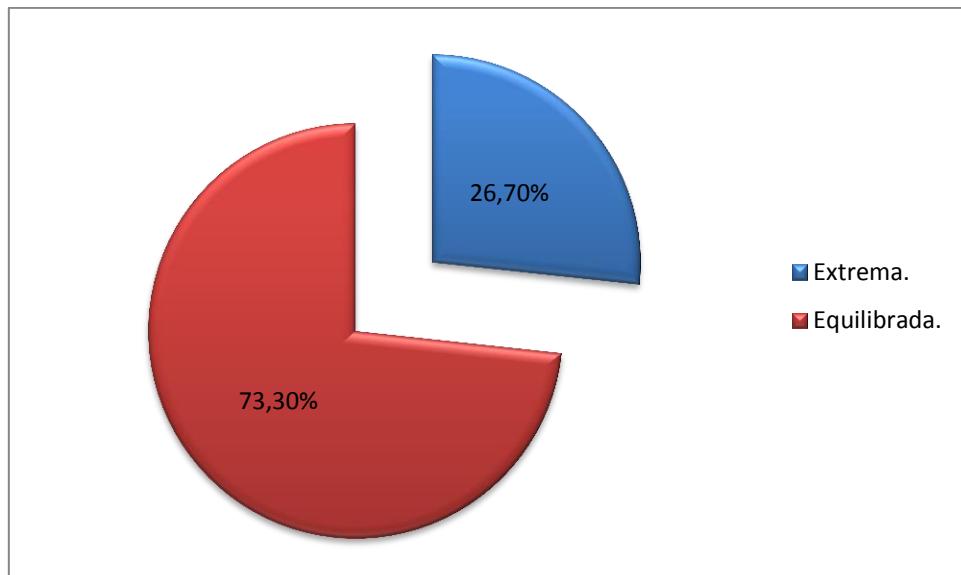
Aunque es positivo que se utilice la democracia y negociación para la resolución de conflictos, en ocasiones se puede llegar al error, como ocurre con los encuestados con un liderazgo limitado y/o errático, y que puede presentar consecuencias inconsistentes y ser en ocasiones demasiado permisivo, el 20 % de los encuestados sienten representada a su familia con este tipo de liderazgo.

Finalmente una vez analizada la cohesión y adaptabilidad familiar de las personas encuestadas, haber extraído y comentado la tipología familiar predominante y haber analizado los seis factores que componen este modelo circunplejo.

A modo, de conclusión se considera interesante recabar estos datos y saber qué porcentaje de las personas encuestadas se encuentran en una situación familiar equilibrada y cuales en una situación extrema.

Como se ha mencionado anteriormente, siguiendo con el modelo circunplejo las familias con puntuaciones entre 60 y 80 puntos serían familias equilibradas y las que se sitúan fuera de esta franja como extremas.

Figura 11: Situación familiar según el modelo circunplejo.



De este modo, los datos que hemos estado analizando hasta ahora nos refieren que el 70,3 % de las personas encuestadas se encuentran en una situación familiar equilibrada y el 26,7 % en una situación extrema.

Estos datos no resultan alarmantes, ya que conforme se ha ido analizando los diferentes factores y características en cuanto a la adaptabilidad y cohesión familiar se ha podido apreciar como en casi todas ocasiones el dato mayoritario era el que define a la situación más beneficiosa para la familia.

Se podría deducir que los datos que hacen que un 26,7 % representen a una familia extrema son los correspondientes a las familias que se encuentran en la tipología enredada-caótica, desprendida-estructurada, y alguna separada-estructurada.

Para poder analizar estos datos con exactitud sería necesario saber qué tipo de trastorno de conducta alimentaria tiene la persona enferma, el tiempo que lleva en tratamiento, cuánto hace que la familia es participe en el tratamiento de su hijo/a y diferentes aspectos sobre la dinámica familiar . Esta información podría aportar datos más fiables sobre las familias equilibradas y extremas y las características de cada una.

3.1.3. Análisis de los resultados sobre la posición de los padres en el tratamiento de la conducta alimentaria de sus hijo/a:

Para realizar este análisis se van a tener en cuenta los datos obtenidos mediante seis preguntas relacionadas con la posición de los padres en el tratamiento de la conducta alimentaria de sus hijos/as, las preguntas fueron contestadas por las mismas personas que participaron en el FACES III (15 personas), ya que se encontraban en una hoja unida a dicho cuestionario.

Las personas pues, presentan las características que han sido mencionadas en apartados anteriores.

Las seis preguntas trataban sobre:

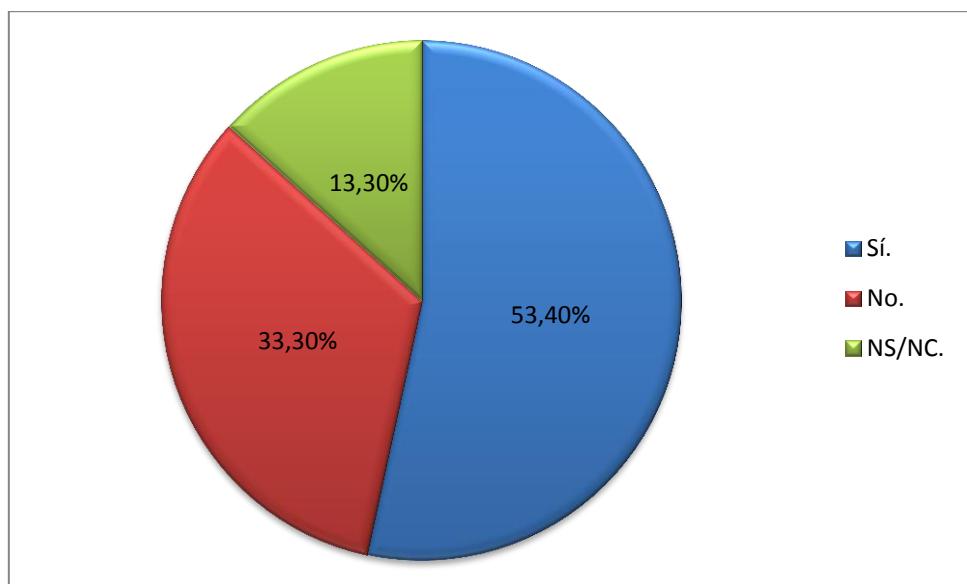
- La participación activa en las decisiones terapéuticas.

- Si es necesario que los padres reciban información exhaustiva sobre el tratamiento de sus hijos.
- Si les gustaría recibir pautas concretas con respecto a sus hijos.
- Si es beneficioso participar en entrevistas conjuntas (profesional, padres y paciente).
- La implicación que les gustaría tener en el tratamiento
- y el último apartado para que las familias destacaran lo que les parecía oportuno sobre el papel de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria.

Es necesario aclarar que las cuatro primeras preguntas, tenían como inicio de respuesta en caso afirmativo o negativo y por qué. Para su análisis se han elaborados unas figuras pero que son necesario matizar porque sus respuestas son abiertas.

En la primera cuestión se planteaba a la personas encuestada si le gustaría tener una participación activa en las decisiones terapéuticas sobre el tratamiento que está recibiendo su hijo/a, es decir, que se tenga en cuenta en todo momento su opinión sobre el tratamiento.

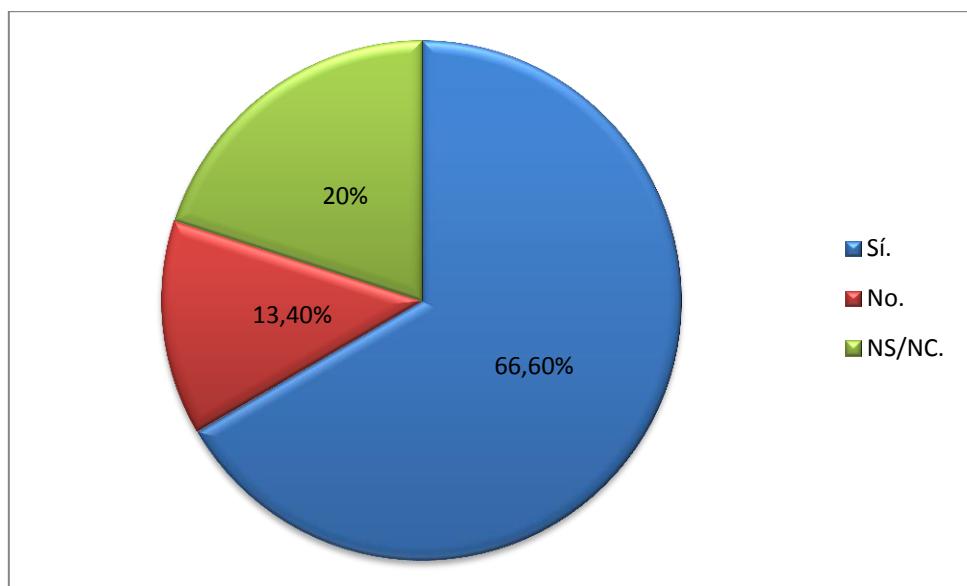
Como nos muestra la figura 12, el 53,4 % de los encuestados consideran que sí que deben de tener una participación activa en las decisiones terapéuticas, mientras que un 33,3 % considera que no es necesario y un 13,3 % se abstiene a contestar.

Figura 12: Participación activa en las decisiones terapéuticas.

Las personas que han tenido una respuesta afirmativa consideran, en general, que es necesario que tengan información sobre qué tipo de tratamiento está recibiendo, la medicación si es necesaria, la duración del tratamiento y demás cuestiones relacionadas con el tratamiento o terapia que su hijo/a está recibiendo.

Por el contrario, las personas que han contestado de forma negativa matizan todas ellas que consideran que las decisiones terapéuticas las tienen que tomar el equipo profesional que son los especialistas en ello, que a ellos les corresponde otra función como padres.

En la siguiente pregunta, se planteaba si es necesario que los padres reciban información exhaustiva sobre el tratamiento que están recibiendo sus hijos.

Figura 13: Información exhaustiva sobre el tratamiento de sus hijos.

Como refleja la figura 13, el 66,6 % de los encuestados consideran que si es necesario recibir información exhaustiva, el 13,4 % que no es necesario y el 20% no contesta a esta pregunta.

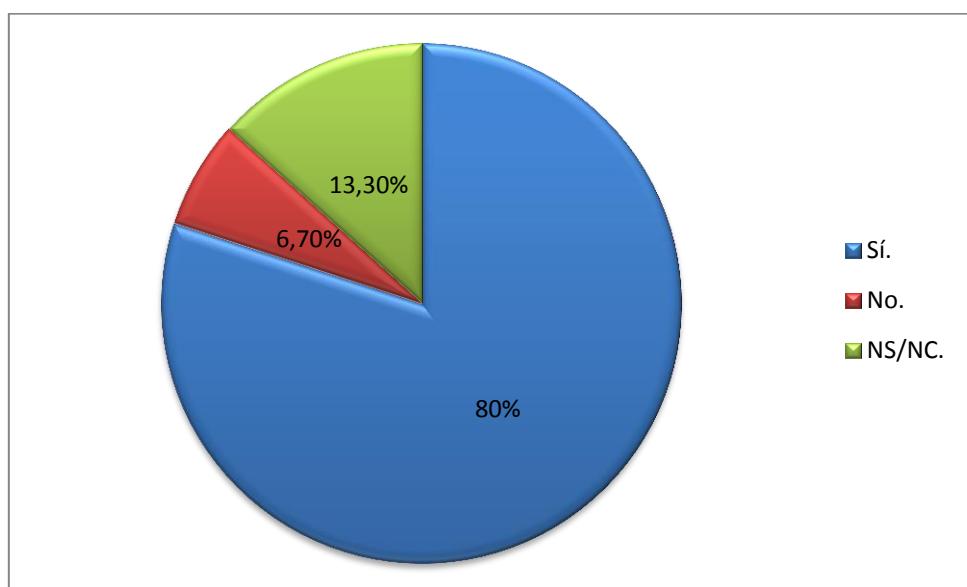
Cabe destacar que las personas que consideran que si es necesaria este tipo de información señalan que es muy útil para ellos para poder saber cómo trata a su hijo/ a, además de conocer la evolución en el tratamiento tanto física como psicológica, su pronóstico y expectativas, es decir, todo tipo de información que favorezca la recuperación del paciente y una buena convivencia familiar.

Las personas que no consideran necesario recibir información exhaustiva, refieren que no es necesario que reciban toda la información, que es necesario que se les informe de lo que el equipo terapéutico considere oportuno, pero que toda información no es necesaria.

La cuestión sobre si les gustaría recibir pautas concretas, por parte del equipo terapéutico, con respecto a su hijo/a. El 80% consideran que si es

necesario, el 6,7 % no considera necesario esta información y el 13,3 % no sabe/no contesta. (Figura 14)

Figura 14: pautas concretas con respecto a sus hijos/as.



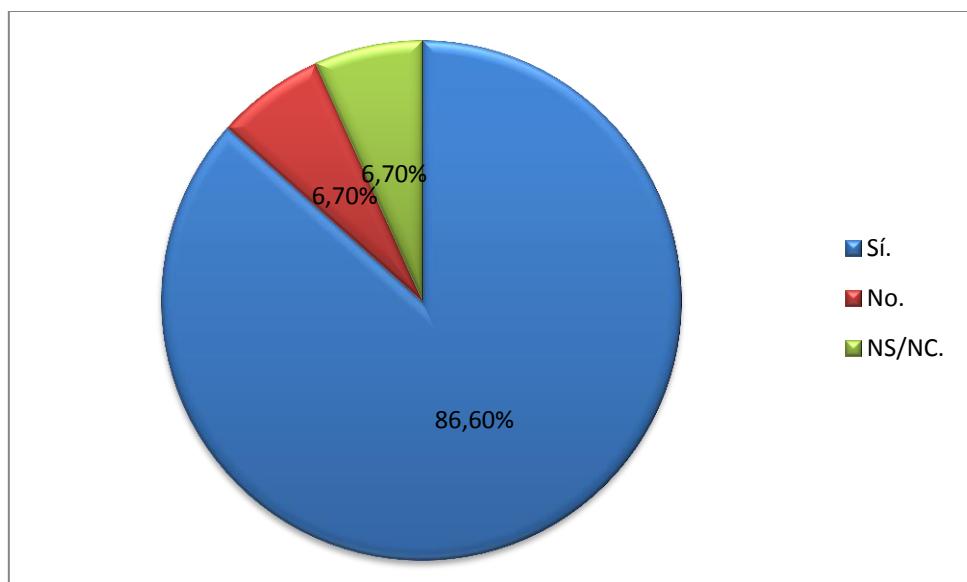
Es un dato muy importante que casi todos los encuestados consideren necesario recibir pautas concretas porque de esta manera ellos también aprenderán a tratar a su hijo/a y modificarán conductas que hasta ahora podían ser en cierta medida perjudiciales para el paciente.

Entre las pautas necesarias las que más demandan los encuestados son: pautas que les ayuden y mejoren la situación personal y familiar, saber si están actuando de manera correcta, pautas de comportamiento y actitud ante los conflictos, comportamiento y pautas ante la enferma y la enfermedad, para mejorar la convivencia en casa, entre otras.

Las personas que no consideran necesario este tipo de pautas, son muy reducidas, y afirman que esas pautas ya las han recibido o las están recibiendo.

En relación a si es beneficioso participar en entrevistas conjuntas (padres, hijo/a y profesional), el 86,6 % considera que sí que es necesario, el 6,7 % que no y el 6,7 % no contesta a esta cuestión.

Figura 15: Entrevistas conjuntas.



De las personas que creen necesario la participación en entrevistas conjuntas cabe destacar que refieren que junto con el profesional el paciente muestra más sus sentimientos que de otra manera para los padres es difícil de acceder a ellos, además surgen distintos puntos de vista que pueden ser valorados entre todos y así poder colaborar, otros consideran que es necesario pero después de que el paciente haya tenido su entrevista individual con el profesional si este considera necesario hacer algún tipo de recomendación o matización con la familia al completo, este tipo de entrevistas describen que fomenta la unidad y la interrelación , así como la asunción conjunta de pautas, otros consideran que son necesarias al 50% porque siempre es necesario tener una cierta intimidad con el terapeuta, otros afirman que el camino de la enfermedad tienen que recorrerlo de la mano de un profesional todos juntos.

Es necesario destacar que todos consideran importante este tipo de entrevistas pero que también tiene que haber entrevistas en las que solo participe el profesional y el paciente, sin que intervenga la familia.

Por otro lado, los encuestados que han contestado de manera negativa, consideran que no en todos los casos estas entrevistas son beneficiosas.

Sobre la cuestión del tipo de implicación que les gustaría tener en el trastorno de la conducta alimentaria de su hijo/a y sobre el último apartado de las preguntas (Anexo 3) se proponían como preguntas abiertas, para que los participantes aportaran la información que consideraran oportuna, por lo que al no tener que posicionarse entre a favor o en contra, como en las preguntas anteriores, no se ha creído conveniente elaborar figuras para su representación, debido a la dificultad de clasificar la información para ello.

Así pues, en relación al tipo de implicación que les gustaría tener en el tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria, se puede destacar que el 80% de los participantes han considerado oportuna algún tipo de implicación, mientras que el 20% se han abstenido a contestar.

El tipo de implicación que las personas entrevistadas han destacado ha sido el siguiente: la necesidad de conocimiento e información adecuada sobre los trastorno de la conducta alimentaria proveniente de profesionales especializados en el tema; poder disponer de medios donde poder acudir para ayudar a sus hijos/as con información relevante aportada por los profesionales especializados en ello; otros participantes consideran que toda la implicación posible, es decir, en todo que los profesionales consideren necesario que sea beneficioso para el paciente; en las terapias y algunas decisiones acerca de su hijo/a; otros consideran necesario una implicación activa en el día a día así como recibir formación y asesoramiento profesional sobre comportamiento y enfoque de la situación, etc.

En general, todos los participantes consideran que es necesario que la familia tenga una implicación activa en todo lo que el profesional considere oportuno.

El último apartado, se dejaba libre para que las personas participantes que considerasen oportuno añadir o aportar alguna cosa que creyeran relevante sobre el papel de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria expusieran lo que quisieran.

Es necesario destacar que más de la mitad de los participantes en la encuesta y en las preguntas adjuntas han considerado oportuno destacar algún aspecto sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Entre la información aportada por los participantes la que se considera más relevante es la siguiente:

- La necesidad de la familia de aprender a ayudarles y saber cumplir las pautas de los profesionales, además de tener paciencia y calma debido a que el ambiente en casa en ocasiones esta alterado.
- La necesidad de que tanto la familia como el paciente estén unidos y que los padres tengan una actitud unida ante el hijo/a enfermo sin que haya contraposición en las decisiones de los padres.
- La importancia tanto del tratamiento médico como del apoyo familiar hacia estos pacientes.

Además, es necesario destacar el agradecimiento de todos los participantes hacia ARBADA (Asociación aragonesa se familiares de enfermos con trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia) debido a que consideran primordial el papel que desempeña con respecto a la orientación y apoyo hacia la familia de las personas afectadas con un trastorno de la conducta alimentaria.

Finalmente, es relevante afirmar que las personas que han participado en este estudio participan en los grupos de ARBADA, como ya sea mencionado con anterioridad, y por ello han aceptado la enfermedad y tienen una actitud

positiva y de colaboración para favorecer la recuperación de su familiar enfermo.

3.1.4 Análisis de la relación entre cohesión, adaptabilidad y participación familiar en los trastorno de la conducta alimentaria:

Una vez analizada, en apartados anteriores, la cohesión y adaptabilidad familiar según el modelo circumplejo mediante el cuestionario FACES III y la participación de la familia de los pacientes afectados por trastornos de la conducta alimentaria mediante las seis cuestiones adjuntas al cuestionario, se considera que puede ser de gran interés realizar un análisis conjunto de la información aportada por los instrumentos anteriormente citados.

Es necesario aclarar que debido a la falta de estudios previos que unen la cohesión, la adaptabilidad y la participación familiar se desconoce si los resultados que puedan surgir con ello tengan una validez científica precisa, deberían realizarse estudios posteriores que certificaran o refutaran dichos resultados. Ya que estos resultados corresponden al carácter subjetivo de la autora del presente estudio.

El análisis de esta relación se va hacer entre el tipo de familia obtenida en base al modelo circumplejo y su participación y aportación en las cuestiones adjuntas al cuestionario.

De este modo, las familias correspondientes a la tipología enredada-caótica, cuyas características principales se podrían identificar como una vinculación familiar muy intensa con una limitada autonomía individual y una gran dependencia entre los miembros de la familia, además de una disciplina poco efectiva con decisiones impulsivas y cambios frecuentes en las reglas de funcionamiento familiar. En cuanto a la participación medida por su aportación en las cuestiones ya comentadas, se desconoce el nivel de participación ya que sus respuestas corresponden al apartado de NS/NC. Así pues, no se puede

certificar si la participación de este tipo de familias es beneficiosa debido a que se carece de información, aunque el hecho de que acudan a grupos para padres hace entrever que están dispuestos a colaborar en el tratamiento de su hijo/a.

En cuanto a las familias de tipo desprendida- estructurada, se caracterizan principalmente por una relación emocional extrema, una relación vacía entre padres e hijos, independencia en la toma de decisiones y una ausencia de tiempo vivido en común. Además de una estabilidad en los roles de cada miembro familiar, con un liderazgo firme y normas generalmente estables. Su participación ha sido positiva aportando información relevante en las cuestiones planteadas, destacando su interés en conocer "*todo tipo de pautas que ayuden y mejoren la situación familiar*" (Entrevistado 10), lo que verifica la difícil relación familiar entre los miembros que componen este tipo de familia.

Se confirma la poca relación que antes se mencionaba ya que afirman lo siguiente, "*delante del terapeuta se abre más y conoces sus emociones y sentimientos*" (Entrevistado 10), lo que certifica la escasa relación entre padres e hijos y el desconocimiento de sus sentimientos como se mencionaba con anterioridad.

Es positivo que este tipo de familias participen activamente para que de este modo modifiquen las conductas y comportamientos que bloquean el buen clima familiar y contribuyan de una manera positiva en el tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria de su hijo/a.

El tipo de familia separada- estructurada, cuyas características son: un cierto grado de separación emocional con predominio de la dedicación de cada individuo a cuestiones personales, aunque también tienen tiempo para vivir en familia y tomar decisiones conjuntas, suelen presentar una estabilidad en los roles de cada miembro de la familia con un liderazgo firme y normas

generalmente estables. Su participación en las cuestiones planteadas ha sido muy positiva.

Su participación es muy abierta intentado absorber todo tipo de información y colaborando de la manera que el profesional considere mejor. Consideran su implicación en el tratamiento de su hijo/a imprescindible, "*Necesita todo el apoyo que le podamos dar*". (Entrevistado 8)

Las familias unidas- estructuradas suelen presentar un importante grado de unión e intimidad emocional compartida, prefieren el tiempo compartido a estar ocupados solo en cuestiones personales, los amigos suelen ser amigos de la familia. También hay estabilidad entre los roles de cada uno de ellos, con un liderazgo firme y normas generales estables.

En cuanto, a la participación de estas familias es muy positiva tienen una actitud beneficiosa para la modificación de conductas y aceptar los cambios y asimilar la información que aportan los profesionales para contribuir a la recuperación del paciente, "*participación activa en el día a día, así como recibir yo mismo formación y asesoramiento profesional sobre comportamientos y enfoque de la situación*" (Entrevistado 15).

También, tienen las ideas claras sobre lo que necesitan para que su participación sea más útil, "*pautas de comportamiento, actitud ante los conflictos permanentes y puntuales*" (Entrevistado 15), "*en los cambios emocionales*" (Entrevistado 7).

Además, reconocen la importancia de la familia en estos trastornos y su necesidad de recibir ayuda, "*en este proceso la familia puede necesitar ayuda por la manera en que lo viven (...)*" (Entrevistado 12).

En cuanto a las familias de tipo unida- flexible, presentan una unión e intimidad emocional compartida, alta lealtad y fidelidad en la relación familiar, prefieren el tiempo compartido, hay gran flexibilidad tanto en los roles como

en el liderazgo y las normas. Su participación en los trastornos de la conducta alimentaria de sus hijos/as la consideran necesaria, “*la familia debe estar unida y ser útil para el paciente*” (Entrevistado 6).

Al igual que el resto de tipologías familiares lo que más precisan es información “*La necesaria para que podamos ayudar en el tratamiento*” (Entrevistado 5), “*orientación de como poder ayudar*” (Entrevistado 6).

Finalmente, la tipología familiar predominante entre los participantes en el presente estudio es la separada- flexible, cuyas características son la separación emocional entre los miembros de la familia, la dedicación de cada individuo a cuestiones personales, aunque también presentan tiempo para vivirlo en familia y para tomar decisiones conjuntas; sus roles, liderazgo y normas son flexibles.

En cuanto a la participación en el tratamiento lo consideran necesario, aunque sus aportaciones en las cuestiones no son muy concretas, consideran que deben recibir toda la información necesaria, “*información sí, exhaustiva quizás no*” (Entrevistado 13).

Su actitud es dejarse llevar por lo que el profesional les diga, no dan un paso sin que el profesional lo certifique, como se puede apreciar en la pregunta si creen beneficioso participar en entrevistas conjuntas cuya respuesta es “*No lo sé. Me lo tendría que decir el profesional*” (Entrevistado 2).

De este modo, como conclusión la participación de la familia en los trastorno de la conducta alimentaria es muy importante da igual a que tipología familiar, según el modelo utilizado, se pertenezca.

Las familias que en anteriores apartados se han considerado como equilibradas pueden presentar una mejor participación en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, mientras que las familias más extremas es muy necesaria su participación para poder modificar conductas y establecer pautas necesarias para fomentar el mejor funcionamiento familiar.

3.2 Discusión:

El presente estudio se realizó para conocer la cohesión y adaptabilidad de las familias con un hijo/a con un trastorno de la conducta alimentaria y conocer la importancia o no de dichas familias en el trastorno de la conducta alimentaria de sus hijos/as, además de saber si existe alguna relación entre cohesión, adaptabilidad familiar y nivel de participación de las familias.

Para ello, además del estudio de la bibliografía previa, se ha contado con la imprescindible participación de 15 familias de personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria, cuyas características ya han sido comentadas con anterioridad.

Una vez conocida la bibliografía previa y realizado el análisis de la cohesión y adaptabilidad familiar de las personas participantes en este estudio mediante el cuestionario FACES III (Anexo 3) se puede confirmar la siguiente hipótesis: Los tipos de familia en los cuales alguno de sus miembros tiene un trastorno de la conducta alimentaria más frecuentes según su cohesión y adaptabilidad familiar son las que se consideran equilibradas (separada-flexible; unida- flexible; separada- estructurada; y unida-flexible).

La hipótesis en relación a la tipología menos predominante es la siguiente: Las familias con trastornos de la conducta alimentaria menos frecuentes según su cohesión y adaptabilidad familiar son las que se catalogan como extremas (desprendida- caótica; enredada- caótica; desprendida- rígida; y enredada-rígida)

Tal y como se puede observar en la figura 4 sobre la tipología familiar predominante nos confirma que el 20% sería para las tipologías unida-estructurada, separada- estructurada y unida- flexible y finalmente el 26,67% se trataría de separada- flexible. Y el 6,67% se trata del tipo enredada-Caótico o desprendida- estructurada.

De esta manera el 86 % aproximadamente de los encuestados pertenecerían a alguna de las tipologías familiares consideradas equilibradas y solo el 14% aproximadamente a las extremas.

Los autores señalan que los tipos más frecuentes son los cuatro centrales (separado- flexible; unido-flexible; separado- estructurado; y unido – estructurado) y los cuatro extremos (desprendido –caótico; enredado – caótico; desprendido- rígido; y enredado – rígido). Estos cuatro últimos son los menos frecuentes. (Olson et al; 1979)

La siguiente hipótesis, sobre la incidencia de la familia en el inicio y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Se ha podido verificar mediante la revisión bibliográfica, que aunque son numerosos los factores que influyen en este tipo de trastornos la familia puede suponer un factor precipitante, predisponente y de mantenimiento de los mismos.

"Algunas formas de relaciones familiares pueden facilitar la predisposición a los trastornos. Como es el caso de los valores sociales que priman la delgadez, de nuevo los padres son, a su vez, víctimas que actúan como transmisores (...)" (Calvo; 2002:p.85)

En cuanto al mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria los padres también pueden contribuir a ello debido a diferentes actitudes que toman cuando el trastorno de la conducta alimentaria ya se ha hecho evidente.

"La preocupación que se genera en el seno de una familia que tiene a una personas anoréxica es tal, que da lugar a las más variadas conductas. A fin de que la muchacha o el chico afectado no sigan adelgazando, se hace todo lo que se puede, y para ello muchas veces se premian muchos comportamientos desadaptativos. Antes se ha hablado de la aceptación de caprichos alimentarios, pero igualmente podemos incluir las discusiones que se general, los desacuerdos y múltiples culpabilizaciones entre los padres, y un largo etcétera de actitudes que desembocan en una atención extrema al

problema. Sabemos que la atención social (aunque sea negativa) es un poderoso reforzador de las conductas, y por ello contribuye con fuerza a que se mantengan." (Raich; 2011, p.93)

Aunque se acaba de mencionar a la familia como factor que pueda hacer que uno de sus miembros presente un trastorno de la conducta alimentaria, es mucho más relevante el papel que ocupa como factor de recuperación. Se considera a la familia como imprescindible para conseguir la recuperación del paciente.

La familia al igual que el paciente van a sufrir cambios de conducta y modificaciones de pautas, que son necesarias para que todos los miembros de la familia logren el equilibrio y de esta manera haya una recuperación del paciente y un buen clima familiar. Diferentes autores confirman la necesidad del modelo sistémico para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

"Es importante conseguir un cambio de conducta y de actitud hacia la enfermedad por ambas partes: por la enferma y por la familia". (Fernández, 2004, p.95)

"La familia ejerce antes de la enfermedad, durante y en el tratamiento, un papel constante, siempre activo en toda esta historia". (Fernández, 2004, p.98)

De esta manera se podrían citar numerosos autores que confirman que la familia es imprescindible para los trastorno de la conducta alimentaria.

Del mismo modo, la familia también considera que ellos tienen que actuar para conseguir que su hijo/a se cure, tal y como se ha podido comprobar con las personas participantes en este estudio, todas ellas padres o madres de personas afectadas por algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. "*Necesita de todo el apoyo que le podamos dar. Se siente solo y muy sensible y aunque muchas veces parece que no escuche creo que algo les*

queda en el fondo. Nuestro cariño es parte del tratamiento que él necesita.”
(Entrevistado 8)

Además, consideran que su implicación tiene que ser total, “*la implicación activa en el día a día, así como recibir yo mismo formación y asesoramiento profesional sobre comportamiento y enfoque de la situación*”.
(Entrevistado 15)

De este modo, como se puede apreciar en el análisis anterior todos los familiares participantes en este estudio consideran que de una manera u otra su participación en el tratamiento es primordial para conseguir la curación de su hijo/a.

Finalmente, las siguientes hipótesis trataban de hacer una relación entre cohesión, adaptabilidad familiar y participación de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria. Así pues, debido al desconocimiento de estudios previos no se puede verificar ni refutar dichas hipótesis con precisa exactitud.

Las hipótesis que se realizaron al inicio del estudio fueron las siguientes: Las familias con una cohesión y adaptabilidad familiar equilibrada favorecerán con su participación la recuperación de sus hijos/as. Sin embargo, las familias con una cohesión y adaptabilidad familiar extrema perjudicarán la recuperación de sus hijos/as.

Las familias consideradas como equilibradas son más funcionales para el desarrollo individual y familiar (Olson et al, 1978), por lo que podría considerarse la participación en el tratamiento de estas familias beneficiosa, ya que presentan un alto grado de intimidad emocional compartida, prima la democracia y la toma de decisiones conjunta, límites generacionales claros, proximidad emocional, etc.

Diferentes características que hacen que estas familias se adapten a los cambios, hecho que es beneficioso para los trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto, a las familias extremas presentan niveles de funcionamiento mínimo o máximo en ambas dimensiones, siendo los tipos de familia más disfuncionales tanto a nivel individual como familiar. (Olson et al.1978)

De este modo, estas familias tendrían que asumir más cambios para poder ser beneficiosas en la curación del paciente.

Es recomendable que todas las familias participen en los tratamientos de sus hijos/as, ya que todos tienen que estar unidos en este proceso. Como ellos mismos dicen: "*la familia es el mayor apoyo del enfermo y lo más importante es estar unidos, caminar padre y madre en la misma dirección. Creo que es igual de importante el tratamiento médico que el apoyo familiar*". (Entrevistado 8), "*la familia debe estar unida y ser útil para el paciente.*" (Entrevistado 6)

4. CONCLUSIONES:

1. La familia puede ser un factor importante en la predisposición, la precipitación y/o el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria de alguno de sus miembros.

Debido a factores genéticos o a la importancia excesiva sobre la apariencia física y comentarios adversos sobre la alimentación o el aspecto físico, por parte de los padres, pueden condicionar o desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria en los hijos/as. Además, la actitud de negación de los padres hacia la enfermedad o una alta sobreprotección o rigidez pueden fomentar su mantenimiento.

2. Debido a que los trastornos de la conducta alimentaria afectan tanto a la persona enferma como a su familia, es imprescindible la participación de la familia en su conjunto para la rehabilitación y curación del paciente.

La familia en su conjunto durante el periodo de enfermedad de alguno de sus miembros va a tener que cambiar actitudes y comportamientos que favorecerán la curación del paciente. Para ello es necesario, una participación activa de la familia actuando como coterapeuta, que tenga una información rigurosa sobre la enfermedad y su tratamiento para que de esta manera sepa actuar ante determinadas situaciones derivadas de la enfermedad. En definitiva, es necesaria una implicación total de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

3. La mayoría de los familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria coinciden en percibirse dentro de los tipos equilibrados de familias según el modelo circumplejo. Estos datos aluden a familias caracterizadas por la habilidad de sus miembros de experimentar y poner en equilibrio los extremos independencia y unión respecto a su familia y donde los individuos tienen libertad para estar más unidos o aislados según su deseo.

4. Los tipos equilibrados de familia según su cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, serán más capaces de cambiar su modo de funcionamiento y por ello su participación en el tratamiento de la conducta alimentaria de sus hijos/as será adecuado para conseguir la curación de estos. Las familias extremas, por el contrario, se resistirán a este cambio. Por lo que su participación en el tratamiento será menos beneficiosa.

5. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA:

- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Castro, J. y Toro, J. (2004). *Anorexia Nerviosa: el peligro de adelgazar*. Barcelona: Morales i torres editores, s.l.
- Corbetta, P. (2003) *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Crispo, R., Figueroa, E., Guelar, D. (2005). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- De los Santos, A. (2007). Nuevas familias y Conducta Alimentaria. *Trastornos de la Conducta alimentaria*. 5, pp. 439-456.
- Espina, A. (1996) Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En Espina, A. y Pumar, B. (ed.). *Terapia familiar sistémica*. (pp. 153-155) Madrid: Fundamentos.
- Espina, A, (1997) Evaluación y proceso terapéutico en un caso de anorexia nerviosa. *Sistémica*. 3, pp.67-98.
- Fernández, F. y Turón, V. (1998) *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento de anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fernández, L. (2004). *Anorexia y bulimia: ¿Qué puede hacer la familia?*. Madrid: Ediciones Eneida.
- Garcés E.Mª. (2005). Anorexia Nerviosa: una mirada relacional. *Trabajo Social y Salud*. 51, pp. 101-132.
- Hernández, R., Fernández, C.R. y Baptista, P. (2007). *Fundamentos de metodología de investigación*. Madrid: Mc Graw- Hill.

Jáuregui, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 2, pp.158-198.

Kuten, E. y Granel, A. (2007). Tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios. *Evidencia*. Volumen 10, nº3, pp.81-84.

Le Grange, D, y Lock , J. (2005). Un tratamiento de la anorexia nerviosa adolescente basado en la familia: la aproximación Maudsley. En <http://maudsleyparents.org/legrangeespanol.html>.

Lopez- Ibor, J.J.(dir.) (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona; Madrid: Masson.

Martínez C. y Polaino-Lorente, A. (2003) . *Evaluación Psicológica y psicopatológica de la familia* .Madrid: Rialp, S. A.

Minuchin, S. (1990). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Olson, D.H., Sprenkle, D.H. y Russell, C.S. (1979). "Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications." *Family Process*, nº 18, 3-28.

Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Ruiz, P.M. (1999). *Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza* (tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Ruiz, P.M. (2002). Las familias, ¿Bien, gracias? (modelos sistémicos). En Ruiz, P.M. *Bulimia y anorexia: guía para familias*. (pp.39-46). Zaragoza: Libros Certeza.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.

Vallejos, A.F., y Agudo, Y.(2007). La encuesta. En Vallejos, A.F., Ortí, M. y Agudo, Y.(ed.), *Métodos y técnicas de investigación social.* (pp.79-124).Madrid: Ramón Areces.

Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia: la familia en su génesis y tratamiento.* Barcelona: Martínez Roca.

WEBGRAFÍA

ARBADA (Asociación Aragonesa de familiares de personas afectadas por trastornos de la conducta alimentaria). <http://www.arbada.org/>

Maudsley Parents: A site for Parents of eating disordered children.
<http://www.maudsleyparents.org/>

6. INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Índice de tablas:

Tabla 1. Denominación de las dimensiones del funcionamiento familiar, según diversos autores.....	32
---	----

Índice de figuras:

Figura 1.Tipos de familia del modelo circumplejo.....	36
Figura 2. Cohesión familiar.....	55
Figura3. Adaptabilidad familiar.....	56
Figura 4. Tipología familiar predominante según el modelo circumplejo.....	57
Figura 5. Factor I: "Acerca de los hijos"......	58
Figura 6: Factor II: "Unidad familiar".....	59
Figura 7: Factor III: "Compromiso familiar"......	61
Figura 8: Factor IV: "Creatividad familiar"......	62
Figura 9: Factor V: "Responsabilidad familiar"......	63
Figura 10: Factor VI: "Adaptación a los problemas"......	64
Figura 11: Situación familiar según modelo circumplejo.....	66
Figura 12: Participación activa en las decisiones terapéuticas.....	69
Figura 13: Información exhaustiva sobre el tratamiento de sus hijos.....	70
Figura 14: Pautas concretas con respecto a sus hijos.....	71
Figura 15: Entrevistas conjuntas.....	72

