



Revista Mexicana de Trastornos  
Alimentarios

E-ISSN: 2007-1523

editorrmta@campus.iztacala.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de  
México

México

Ruíz Martínez, Ana Olivia; Vázquez Arévalo, Rosalía; Mancilla Díaz, Juan Manuel;  
Gómez-Maqueo, María Emilia Lucio; Aizpuru de la Portilla, Araceli  
Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos  
alimentarios

Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, vol. 3, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp.  
121-132

Universidad Nacional Autónoma de México  
Tlalnepantla Edo. de México, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741618005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

### Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

#### Family functioning in clinical population and population at risk of eating disorders

#### Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos alimentarios

Ana Olivia Ruíz Martínez<sup>1</sup>, Rosalía Vázquez Arévalo<sup>2</sup>, Juan Manuel Mancilla Díaz<sup>2</sup>, María Emilia Lucio Gómez-Maqueo<sup>3</sup> y Araceli Aizpuru de la Portilla<sup>4</sup>

1 Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Zumpango

2 Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

3 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

4 Fundación Mexicana contra la Anorexia y la Bulimia "Ellen West"

#### Abstract

This study was conducted with the aim to compare the family functioning in women with different level of eating alteration: clinic (AN, BN, EDNOS) and risk to ED; also to assess the risk and protective effects of family functioning over the participants' diagnosis. 135 women participated; they were diagnosed with clinic interview and answered three questionnaires: EAT, BULIT and FES. The results confirmed that the ED symptoms are more pronounced in the clinical groups (BN, EDNOS), especially there were more compensatory behaviors in clinical groups than the risk group. The bulimic group has the poor family functioning. The correlational analysis confirmed some negatives associations between ED symptoms and family functioning. In consequence, the logistic regression models indicate that encourage the development dimension has a protective effects to decrease the probability to have ED, however, the contribution is limited because the models leave a large amount of unexplained variance. The findings are discussed from the multifactorial perspective where the family functioning should be interpreted in conjunction with others individual and social factors associated to ED.

#### Resumen

El presente estudio se realizó con el objetivo de comparar el funcionamiento familiar en mujeres con diferente grado de alteración alimentaria: clínica (AN, BN, TCANE) y en riesgo (STCA); así como, evaluar si dicho funcionamiento ejerce efectos de riesgo y /o protección sobre el diagnóstico de las participantes. Participaron 135 mujeres quienes fueron diagnosticadas mediante entrevista clínica y contestaron los cuestionarios: EAT, BULIT y FES. Los resultados confirman que los síntomas están más acentuados en los grupos clínicos (BN y TCANE), especialmente las conductas compensatorias son mayores que en el grupo de riesgo. El funcionamiento familiar del grupo con BN muestra mayor deterioro. El análisis correlacional mostró diversas asociaciones negativas entre los síntomas de TCA y el funcionamiento familiar. En consecuencia, los modelos de regresión logística indicaron que fomentar la dimensión de desarrollo tiene efectos de protección al disminuir la posibilidad de presentar algún TCA, sin embargo el alcance es limitado dada la cantidad de varianza inexplicada. Los resultados son discutidos desde la perspectiva multifactorial donde el funcionamiento familiar se debe interpretar conjuntamente con otros factores individuales y sociales.

#### INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 10/11/2012  
Revisado: 08/12/2012  
Aceptado: 09/12/2012

**Key words:** Eating disorders, symptomatology, family functioning, protection.

**Palabras clave:** Trastornos alimentarios, sintomatología, funcionamiento familiar, protección.

#### Introducción

Abordar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) resulta relevante dado el deterioro que producen en las personas que los padecen, principalmente mujeres adolescentes y jóvenes que se ven envueltas en complicaciones físicas y psicológicas que desde su adolescencia ven deteriorado su desarrollo integral. El diagnóstico de AN (Anorexia Nerviosa), BN (Bulimia Nerviosa) o TCANE (Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado) que presen-

tan estas jóvenes permite identificar las alteraciones que presentan en cuanto a su alimentación, peso e imagen corporal. La AN se caracteriza por conductas autoimpuestas de inanición, la BN por atracones alimentarios y conductas compensatorias y los casos clínicos de TCANE presentan malestar clínicamente significativo e incluso disfuncionalidad pero que no se ajustan por completo a los criterios diagnósticos de AN o BN (DSM-IV-TR, APA, 2000).

Es sabido que como parte del cuadro clínico, las personas con TCA suelen ser reticentes para aceptar su enfermedad y recibir ayuda, de tal manera que el tratamiento comienza cuando esta problemática ya ha afectado notoriamente su salud (enfermedades

Correspondencia: Dra. Ana Olivia Ruíz Martínez. E-mail: [ana\\_olivia@yahoo.com.mx](mailto:ana_olivia@yahoo.com.mx). Camino viejo a Jilotzingo continuación calle Rayón, Valle Hermoso, Zumpango, Estado de México, C.P. 55600. Tel. 01 (591) 917 27 02, Tel. 01 (591) 917 41 39.

gastrointestinales, anemia, problemas renales, cardiovasculares, desequilibrio electrolítico, depresión, ansiedad). A lo que hay que agregarle la escasez de personal e instituciones de salud especializadas para atender esta problemática y la cultura de la delgadez en la que la sociedad vanagloria a las jóvenes cuando adelgazan sin percibir que pueden estar realizando conductas nocivas con la intención de cumplir los estándares socialmente aceptados. Todo lo anterior genera que la intervención terapéutica no se reciba oportunamente, que el tratamiento sea largo y costoso y las recaídas sean tan comunes. Por lo tanto, resulta indispensable una intervención temprana que incluya la detección de conductas nocivas o síntomas incipientes como indicadores de riesgo de padecer TCA, así mismo se requiere caracterizar a estas poblaciones con la intención de enriquecer la comprensión de diferentes grados de afectación alimentaria que podrían retomarse en la prevención o la atención diferencial con respecto a aquellas personas que presentan un cuadro clínico completo (Álvarez, Vázquez, Dorantes, López & Mancilla, 2001; Killen et al., 1994).

De esta manera se aprecia que tanto las personas con TCA como aquellas que se encuentran en riesgo están ante una problemática compleja que requiere ser abordada desde un enfoque multifactorial que dé cuenta de diversos factores implicados para comprender el fenómeno. Desde esta perspectiva el presente estudio retoma los factores familiares asociados a los TCA, reconociendo que la familia es el grupo primario en el que, de manera general, se cubren necesidades básicas de supervivencia, afectividad, socialización y de manera particular se aprenden las primeras lecciones sobre alimentación.

Dentro de los factores familiares estudiados destaca el funcionamiento familiar como un aspecto consistentemente asociado a los TCA. Los estudios empíricos muestran que las familias con TCA presentan un funcionamiento familiar deteriorado, con menor cohesión, adaptabilidad y comunicación (Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik & Tocilj, 2005), dificultades en la solución de problemas (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky & Sunday, 2005) menor satisfac-

ción con el involucramiento y la respuesta afectiva (Joyce, 2011); asimismo fomentan y comparten pocas actividades sociales, intelectuales y morales (Vázquez, Raich, Viladrich, Álvarez & Mancilla, 2001) y presentan reglas y límites estrictos (Gillett, Harper, Larson, Berrett & Hardman, 2009). De esta manera, las pacientes afectadas perciben, dentro de sus familias, dificultad para expresar sus afectos, se sienten limitadas y poco unidas al resto de los integrantes y experimentan problemas familiares.

Asimismo se han encontrado algunas diferencias en el funcionamiento familiar de acuerdo al tipo de TCA que se padezca. En el caso de las familias con AN, se reitera que existe un funcionamiento deteriorado (Casper & Troiani, 2001), que presentan problemas en la solución de problemas y comunicación (Emmanuelli et al., 2004) y menor cohesión (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005). Al subdividir entre subtipos de AN, Casper y Troiani (2001) encontraron mayor deterioro familiar en las pacientes con AN purgativa. Por su parte, las familias con BN presentan baja cohesión, expresión y organización (Rienecke, Hewell & le Grange, 2007), dan mayor relevancia a la actuación, el control y la autonomía que a las relaciones intrafamiliares (Vázquez, Ruíz, Álvarez, Mancilla & Tena, 2010); menor adaptabilidad (Vidovic et al., 2005), relaciones de apego inseguro (Lehoux & Howe, 2007), y dificultades para establecer relaciones de intimidad, confianza y respeto, así como para independizarse de sus padres (Józefik & Pilecki, 2010). Por último, las familias con TCANE otorgan mayor importancia a la orientación al logro, cohesión y organización, a la vez que presentan dificultades en la expresividad y comunicación (Vázquez, et al., 2010; Vidovic et al., 2005), aunque en este grupo la investigación es incipiente y requiere mayor seguimiento.

Los hallazgos del funcionamiento familiar asociado a los TCA son de tal relevancia que inclusive en poblaciones comunitarias al detectar a las personas con Sintomatología de TCA (STCA), consideradas personas en riesgo, sus resultados muestran desajustes familiares. Las familias con STCA presentan menor cohesión, afecto, comunicación y adaptabilidad

(Álvarez et al., 2001), asimismo, comparten menos actividades familiares de manera regular, lo que Muñoz, Israel y Anderson (2007) denominan como menor estabilidad familiar asociada a la sintomatología de BN. Algunos de estos estudios identifican relaciones específicas entre elementos del funcionamiento familiar y síntomas de TCA, como es el caso de Holston y Cashwell (2000) quienes sustentan efectos directos de la cohesión sobre la motivación para adelgazar, o el estudio de Fonseca, Ireland y Resnick (2002) que muestra la asociación entre comunicación y conductas extremas de control de peso. Sin embargo, dado que estos estudios trabajan con muestras comunitarias sin diagnóstico clínico no se distingue si las muestras incluyen personas que ya tenían un TCA, cuadro clínico completo, o si al presentar conductas alimentarias alteradas o síntomas de TCA se encontraban en riesgo de padecerlo sin completar el diagnóstico de TCA (específico o no específico); elementos importantes al momento de comprender el fenómeno y señalar alternativas de prevención y tratamiento que indique el grado de alteración y en consecuencia las medidas de prevención y tratamiento correspondientes

A partir de lo anterior, se aprecia que al hablar de la relación entre los TCA y la familia, es necesario contar con el diagnóstico clínico de la población que permita distinguir entre las personas que presentan diferentes tipos de TCA, aquellas que están en riesgo (STCA) y aquellas que no tienen complicaciones con su alimentación. En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue comparar el funcionamiento familiar de mujeres con diferente grado de afectación alimentaria: clínica (AN, BN, TCANE) y en riesgo (STCA); y evaluar si el funcionamiento familiar ejerce efectos de riesgo y/o protección sobre el diagnóstico de las participantes.

Inicialmente, se esperaba que dado que el grado de afectación es más severo en la muestra clínica (TCA) también el funcionamiento familiar estaría más deteriorado en comparación con el grupo de riesgo (STCA), y a su vez éste presentaría mayor deterioro que el grupo control. Asimismo, podría ser que los efectos predictores serían diferentes y de diferente magnitud para la población clínica y de riesgo.

## Método

Se presenta un estudio cuantitativo no experimental, de corte transversal, con un diseño de tres muestras independientes.

### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de participantes voluntarias, 135 mujeres con una edad promedio de 18.71 ( $DE=2.81$ ) estudiantes de instituciones educativas de nivel medio superior y superior; así como aquéllas que solicitaron evaluación o tratamiento para TCA en los servicios especializados de la universidad o de clínicas especializadas en TCA, ubicadas en el área metropolitana de la Ciudad de México. La aplicación se apegó a los lineamientos éticos del APA y del Código Ético del Psicólogo, utilizando el consentimiento informado para las participantes y, en caso de ser menores de edad, también se solicitó el permiso de los padres; asegurando la confidencialidad de los datos y la atención de evaluadores especializados. Cabe mencionar que en la población comunitaria, las personas detectadas con algún TCA o con STCA (en riesgo) fueron canalizadas a instituciones especializadas, entregando personalmente la carta de canalización, los resultados obtenidos, y directorio de instituciones públicas y/o privadas para su atención especializada.

De acuerdo a los siguientes criterios de inclusión las participantes fueron distribuidas en los grupos correspondientes (Tabla 1):

*Grupos clínicos con TCA:* mujeres diagnosticadas con AN, BN y TCANE conforme los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) y que rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje.

*Grupo de riesgo:* mujeres con Sintomatología de TCA, rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje, EAT ( $PC>28$ ) y/o BULIT ( $PC>85$ ), y que en la entrevista clínica se corroboró la presencia de síntomas característicos de psicopatología alimentaria sin llegar a la presencia de TCA (AN, BN o TCANE). Estas mujeres provenían de las instituciones educativas y no habían sido evaluadas y detectadas con anterioridad por lo que fueron consideradas población en riesgo de desarrollar algún TCA.

*Grupo de control (sin TCA y sin Sintomatología TCA):* mujeres que no rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje, EAT ( $PC > 28$ ) y/o BULIT ( $PC > 85$ ) y que mediante la entrevista se confirmó que no tenían síntomas característicos de psicopatología alimentaria ni cuadros clínicos de TCA.

Tabla 1.  
Características de las participantes

Grupos	Diagnóstico	N	Edad	Peso (Kg)	Estatura (cm)
Clínico	Anorexia Nerviosa 3 AN-R	3	16.33 (0.58)	—	—
	Bulimia Nerviosa: 22 BN-P 1 BN-NP	23	19.83 (2.79)	58.12 (8.34)	160 (6.11)
	TCANE: 27 TCANE 7 TPA	34	18.88 (3.14)	61.95 (2.04)	159 (6.28)
	Sintomatología de TCA	31	18.10 (2.26)	56.57 (6.60)	1.62 (5.88)
Riesgo	Sin alteraciones alimentarias	44	18.36 (2.31)	53.74 (7.47)	160 (5.60)

Nota: — Datos no disponibles por confidencialidad en el tratamiento AN-R: Anorexia Nerviosa restrictiva, BN-P: Bulimia Nerviosa Purgativa, BN-NP: Bulimia Nerviosa No Purgativa, TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, TPA: Trastorno por Atracón.

### Instrumentos

*Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40):* Cuestionario diseñado para evaluar los síntomas de trastorno alimentario, a través de 5 factores: a) dieta restrictiva, b) bulimia, c) motivación para adelgazar, d) preocupación por la comida y e) presión social percibida, distribuidos en 40 reactivos. La versión original es de Garner y Garfinkel (1979) y fue adaptada y validada en población mexicana por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), obteniendo un alfa de Cronbach de 0.90 y punto de corte en 28. Mayor puntuación indica mayores síntomas de TCA, especialmente de AN.

*Cuestionario de Bulimia (BULIT):* su propósito es evaluar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos, a través de 3 factores: a) atracón, b) sentimientos negativos posteriores al atracón y c) conductas compensatorias, distribuidos en 36 reactivos. La versión original es de Smith y Telen (1984) y en México fue adaptado y validado por Álvarez (2000); con un alfa de Cronbach de 0.88, con un punto de corte para México de 85. Mayores puntuaciones indican la presencia de mayor número de síntomas de BN.

*Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario IDED:* (Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV, Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & Murphy – Eberenz, 1998) tiene por ob-

jetivo detectar conductas relacionadas con los TCA: AN, BN y TCANE considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). La validez de contenido contempló a diez expertos que la calificaron favorablemente. Es decir que los especialistas juzgaron que evaluaba todos los aspectos necesarios para formular el diagnóstico de un TCA y diferenciar entre los tipos y subtipos de TCA. En cuanto a la validez concurrente la IDED correlacionó con el factor dieta del EAT ( $r = 0.60$ ), atracón y vómito del BULIT ( $r = 0.68$  en ambos casos).

*Escala de Clima Social en la Familia (FES):* tiene como objetivo evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. La versión original es de Moos, Moss y Trickett (1980), fue validado en España por Seisdedos, Cruz y Cordero (1984) y en México se encontró la misma estructura factorial y consistencia adecuada con un alfa de Cronbach de 0.78 (Ayala, Fulgencio, Chaparro & Pedroza, 2000); en el presente estudio se obtuvo un alfa de 0.76. Mayores puntuaciones indican mayor presencia del elemento del funcionamiento familiar indicado. Sus resultados pueden ser interpretados mediante *tres dimensiones*, o bien, en las 10 subescalas que las componen:

a) *Relaciones:* evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza, incluye las subescalas: cohesión, expresión, y conflicto.

b) *Desarrollo:* evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común, incluye las subescalas: autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad.

c) *Estabilidad:* proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros integrantes, incluye las subescalas: organización y control.

### Procedimiento

Inicialmente se sometió a aprobación el protocolo de

investigación por parte de las autoridades institucionales, posteriormente se solicitó el consentimiento informado a las participantes y a sus padres cuando se trabajó con menores de edad. En el caso de la población comunitaria, los cuestionarios se aplicaron de manera grupal y a quienes rebasaron el punto de corte del EAT y el BULIT, así como, a un grupo equivalente se les aplicó la entrevista individual, ubicándolas en los siguientes grupos: AN, BN, TCANE, STCA y Control. En la población clínica, los instrumentos se aplicaron de manera individual cuando asistieron a solicitar evaluación o tratamiento al proyecto de investigación o en clínicas especializadas en TCA.

### Análisis de datos

Con los datos obtenidos del funcionamiento familiar (FES) y síntomas de TCA (EAT y BULIT) se realizaron los análisis exploratorio y descriptivo de cada grupo. De igual manera, se realizó el ANOVA de una vía para identificar las diferencias significativas entre el grupo clínico y el grupo de riesgo en relación con el grupo control; cabe señalar que se excluyó de este análisis al grupo de AN debido al reducido número de participantes ( $n=3$ ).

Para valorar la asociación entre los elementos del funcionamiento familiar y los TCA, se realizaron las

correlaciones de Pearson entre las subescalas del FES y las puntuaciones de EAT y BULIT, retomando las correlaciones significativas mayores a  $r = .30$  con la finalidad de utilizarlas en los modelos de regresión logística binaria, en donde estas subescalas del FES actuaron como variables predictoras (FES) y como variable criterio se incluyó el diagnóstico del grupo.

### Resultados

El análisis descriptivo permitió caracterizar a los grupos no sólo en cuanto al diagnóstico diferencial a través del cual se conformaron los grupos, sino en cuanto a los síntomas identificados a través de los instrumentos de tamizaje.

La Tabla 2 muestra los datos descriptivos y comparativos de la población clínica (AN, BN, TCANE) y población en riesgo (STCA). Los grupos clínicos de BN y TCANE presentan mayores puntuaciones que el grupo control en las puntuaciones totales y casi en todas las subescalas, con la excepción de la presión social percibida. Por su parte, el grupo de riesgo (STCA) prácticamente no presentó diferencias significativas con el grupo de control, sólo en motivación para adelgazar. Asimismo, existen algunas diferencias entre los grupos de riesgo y clínicos, estos últimos presentan mayor preocupación por la comida y conductas compensatorias.

Tabla 2.  
Medias y desviación estándar de EAT y BULIT en los grupos clínicos (AN, BN, TCANE) y de riesgo (STCA).

Grupo	Clínico			Riesgo	Control	ANOVA
	AN	BN	TCANE	STCA	Sin alteración	
Síntomas						
EAT total	9.33 2.51	35.52 <sub>a</sub> 20.57	37.03 <sub>a</sub> 24.28	28.58 <sub>b</sub> 13.56	16.68 <sub>b</sub> 14.74	9.51***
Dieta restrictiva	.67 .57	5.91 <sub>a</sub> 4.75	6.52 <sub>a</sub> 6.40	5.29 <sub>b</sub> 4.20	2.16 <sub>b</sub> 3.95	6.15***
Bulimia	.56 .60	4.70 <sub>a</sub> 4.82	4.70 <sub>a</sub> 5.37	2.58 <sub>b</sub> 3.47	.60 <sub>b</sub> 2.30	8.53***
Motivación para adelgazar	.33 .57	8.70 <sub>a</sub> 5.84	8.42 <sub>a</sub> 5.60	6.84 <sub>a</sub> 4.44	3.27 <sub>b</sub> 4.26	9.39***
Preocupación por la comida	.00	3.87 <sub>a</sub> 3.29	3.38 <sub>a,c</sub> 3.19	1.77 <sub>b</sub> 2.11	.86 <sub>b</sub> 1.95	9.58***
Presión social percibida	1.33 2.30	1.57 2.27	2.24 2.90	1.71 2.45	.82 1.73	2.45
BULIT total	66.67 15.94	99.35 <sub>a</sub> 29.85	98.09 <sub>a</sub> 31.58	84.29 <sub>b</sub> 24.70	69.39 <sub>b</sub> 18.15	10.68***
Atracón	16.33 4.16	28.95 <sub>a</sub> 11.19	27.44 <sub>a</sub> 12.69	24.10 <sub>b</sub> 8.24	19.91 <sub>b</sub> 6.39	5.88**
Sentimientos negativos	13.67	22.59 <sub>a</sub> 7.68	21.68 <sub>a</sub> 7.85	18.97 <sub>b</sub> 7.09	14.74 <sub>b</sub> 5.73	8.89***
Conductas compensatorias	5.67 2.89	10.95 <sub>a</sub> 5.96	10.00 <sub>a</sub> 5.72	6.48 <sub>c</sub> 3.90	4.98 <sub>b</sub> 2.23	13.33***

#### Notas:

En el ANOVA se excluyó el grupo de AN debido al reducido número de participantes; las comparaciones corresponden a 4 grupos (BN, TCANE, STCA, Control).

Las medias en la misma fila que comparten los subíndices no difieren en un nivel \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$  en la prueba Scheffé.

En cuanto al funcionamiento familiar, el análisis descriptivo y comparativo de las subescalas del FES muestra que el grupo con BN presenta menores puntuaciones en los aspectos: intelectual-cultural, desa-

rrollo y estabilidad familiar que el grupo Control. No se encontraron diferencias entre el grupo clínico de TCANE y el grupo de riesgo (STCA) y el grupo Control (Tabla 3).

Tabla 3.  
Medias y desviaciones estándar del FES en los grupos clínicos y de riesgo

Grupo	Clínica		Riesgo		Control	ANOVA
Funcionamiento	AN	BN	TCANE	STCA	Sin alteración	
Cohesión	2.67 .58	4.86 2.88	5.71 2.99	6.13 2.46	6.63 2.58	2.20
Expresión	2.67 2.08	4.63 2.54	5.47 1.94	5.00 2.20	5.62 2.32	1.10
Conflicto	6.33 1.53	4.54 2.40	3.58 1.97	3.77 2.17	3.34 2.05	1.63
Autonomía	3.33 2.08	5.43 2.29	5.12 1.87	5.47 1.59	5.43 1.74	.25
Actuación	4.33 2.89	5.68 1.55	5.94 1.35	6.42 1.39	6.47 1.05	2.48
Intelectual	3.33 2.52	3.82 <sub>a</sub> 2.06	4.97 2.29	4.90 1.70	5.60 <sub>b</sub> 1.91	3.92*
Social	6.67 1.53	3.71 1.90	4.59 2.13	4.35 1.99	5.11 1.73	2.66
Moral	3.00 2.00	4.82 1.53	4.48 1.66	4.65 1.85	5.16 1.51	1.20
Organización	5.33 1.53	5.00 2.58	5.44 2.35	5.94 2.03	6.43 1.82	2.55
Control	3.67 1.16	4.27 1.67	5.00 1.76	5.03 1.40	4.98 1.72	1.19
Relación	4.22 1.02	4.63 1.44	4.92 1.26	4.93 1.18	5.17 1.14	.87
Desarrollo	4.13 1.47	4.58 <sub>a</sub> 1.10	5.01 1.14	5.11 .89	5.57 <sub>b</sub> .93	4.76*
Estabilidad	4.50 1.32	4.64 <sub>a</sub> 1.57	5.25 1.66	5.48 1.41	5.73 <sub>b</sub> 1.25	2.84*

Nota: En el ANOVA se excluyó el grupo de AN debido al reducido número de participantes; las comparaciones corresponden a 4 grupos (BN, TCANE, STCA, Control). Las medias en la misma fila que comparten los subíndices no difieren en un nivel  $p < .05$  en la prueba Scheffé.

Para analizar la relación entre las variables de estudio se realizaron las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de cada instrumento de tamizaje y las subescalas del FES, tanto para los grupos clínicos (BN, TCANE), como para el grupo de riesgo (STCA). Al analizar la relación entre EAT y FES en los grupos clínicos, se encontró que en el grupo de BN la dieta restrictiva se asocia con mayor conflicto, menores puntuaciones en cohesión, expresión y actividades intelectuales-culturales; así como, la presión social percibida se relacionó con menores puntuaciones en la dimensión de desarrollo. En TCANE no se encontró relación entre EAT y FES. En el grupo de riesgo (STCA), se encontraron mayor número de correlaciones, destacando la relación entre EAT total y motivación para adelgazar asociadas a menores puntuaciones en las actividades intelectuales y sociales; así como en las tres dimensiones del funcionamiento familiar. En cuanto al BULIT, en los grupos clí-

cos (BN y TCANE) no se encontraron asociaciones significativas entre este instrumento y el FES. En cambio, en el grupo de riesgo (STCA), la puntuación total y sus tres factores se relacionaron con menores actividades sociales y de desarrollo. Cabe señalar que en el grupo control, las puntuaciones totales del EAT y BULIT, y algunos de sus factores presentaron asociaciones significativas de menor intensidad especialmente con el conflicto familiar (Tabla 4).

Posteriormente se elaboraron los modelos predictivos para los grupos clínicos y el grupo de riesgo mediante regresión logística binaria. Se elaboró un modelo para cada uno de los grupos clínicos (BN y TCANE) y el grupo de riesgo (STCA). Los resultados muestran los efectos protectores de la dimensión de desarrollo (actividades sociales, intelectuales y morales) tanto en los grupos clínicos como en el grupo de riesgo.

Tabla 4.  
Resumen de correlaciones significativas entre funcionamiento familiar y síntomas de TCA los grupos clínicos y de riesgo

Grupos	EAT						BULIT				
	FES	TOTAL	D	B	MA	PC	PSP	TOTAL	A	SNPS	CC
Bulimia Nerviosa											
Cohesión			-.54**								
Expresión			-.46*								
Conflicto			.41*								
Intelectual			-.53**								
Social											-.47*
Desarrollo											-.46*
Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado											
Actuación											-.38*
Síntomatología de trastorno de la conducta alimentaria											
Intelectual			-.52**								-.51**
Social			-.39*								-.37*
Control			-.44**								-.37*
Desarrollo			-.54**								-.42*
Estabilidad			-.42*								-.45*
											-.35*
											-.36*
											-.38*
Sin alteraciones alimentarias (Control)											
Conflicto			.36*								.31*
Autonomía											.35*
Intelectual											-.33*
Moral											.34*
Desarrollo											-.35*

Nota: Se resumen las correlaciones con  $r > .30$ , \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

D: Dieta, B: Bulimia, MA: Motivación adelgazar, PC: Preocupación por la comida, PSP: Presión social percibida, A: Atracón, SNPS: Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, CC: Conductas compensatoria.

El modelo del grupo clínico de BN, muestra que la dimensión de desarrollo reduce en un 32% la probabilidad de pertenecer al grupo de BN ( $OR=.32$ ), clasificando correctamente al 74.6% de las participante; si bien el modelo es significativo (Wald = 10.63,  $p < .001$ ), la cantidad de información inexplicada es importante ( $2LL= 70.93$ ) y se muestra una baja calidad de ajuste ( $R^2= .28$ ). Para el grupo clínico con TCANE se obtuvo una  $OR= .55$ , clasificando correctamente al 61.5% de las participantes. Para el grupo en riesgo STCA se obtuvo un  $OR=.54$ , clasificando correctamente al 60% de las participantes (Tabla 5). Estos dos últimos modelos también resultaron

significativos, pero la cantidad de información inexplicada y la escasa calidad de ajuste hacen que sus resultados tengan que manejarse con reserva.

## Discusión y conclusión

La distinción entre los grupos clínicos y el grupo de riesgo fue pertinente para identificar diferencias específicas entre los grupos. La forma de evaluación de las participantes resultó efectiva, porque la entrevista permitió la diferenciación clínica y los datos obtenidos a través de los instrumentos de tamizaje confirmaron que los grupos clínicos y el de riesgo difieren

Tabla 5.  
Modelos predictores del funcionamiento familiar sobre la presencia y el riesgo de TCA

Grupo/ Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	IC	$R^2$	-2LL	Hosmer & Lemeshow
BN ( $n=23$ ) Desarrollo	-1.11	.34	10.63	.001	.32	.17-.64	.28	70.93	$J^2= 7.49$ Sig.= .38
TCANE $n=34$ Desarrollo	-.60	.25	5.77	.02	.55	.34-.90	.11	100.48	$J^2= 6.10$ Sig.= .53
STCA $n=31$ Desarrollo	-.61	.28	4.79	.03	.54	.31-.93	.09	96.48	$J^2= 10.43$ Sig.= .11

BN: Variables predictoras: cohesión, expresión, conflicto, intelectual, social, desarrollo.

TCANE: Variables predictoras: relación, desarrollo, estabilidad.

STCA: Variables predictoras: intelectual, social, control familiar, desarrollo, estabilidad.



en cuanto a la sintomatología presentada. Como se esperaba, los síntomas están más acentuados en los grupos clínicos con BN y TCANE que el grupo de riesgo (STCA), sosteniendo así, la postura de que estamos ante diferente grado de afectación alimentaria. Los grupos clínicos de BN y TCANE obtuvieron mayores puntuaciones en todas las subescalas del EAT y el BULIT en comparación con el grupo Control; en tanto que en el grupo en riesgo (STCA), si bien sus puntuaciones tienden a ser más elevadas, sólo las subescalas motivación para adelgazar y la preocupación por la comida alcanzan a distinguirse significativamente del grupo Control. La diferencia entre los grupos clínicos y el grupo de riesgo se encuentra en las conductas compensatorias (vómito, ayuno, ejercicio excesivo) porque sólo los grupos con BN y TCANE presentan estas conductas frecuentemente.

De esta manera se aprecia que los síntomas están más acentuados en los grupos clínicos; particularmente, el uso de conductas compensatorias ayudaría a distinguir a las personas con TCA de aquellas que se encuentran en riesgo de padecerlos. Se reconoce que las participantes del grupo de riesgo están preocupadas por la alimentación y motivadas para adelgazar, señalando que sienten que los alimentos controlan su vida y pasan gran parte del tiempo pensando y preocupándose por lo que comen, por la cantidad de grasa en su cuerpo, por quemar calorías, porque tienen miedo de subir de peso y desean estar más delgadas, lo cual las coloca en situación de vulnerabilidad ante los TCA. Sin embargo, no se encontraron diferencias en: dieta restrictiva, bulimia, atracón y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, que hacen referencia a conductas que alteran la forma de comer, lo cual si se manifiesta frecuentemente en los grupos clínicos. Es decir que las participantes del grupo de riesgo se preocupan por alimentación, peso y figura y desean mantenerse delgadas, pero aún no practican cotidianamente conductas nocivas que alteren su alimentación y afecten su salud integral como los grupos clínicos.

Al agregar el análisis del funcionamiento familiar se encontró que el grupo clínico de BN es el único que se distingue el grupo Control, por el escaso

fomento de actividades intelectuales-culturales y sociales. Asimismo se aprecian dificultades en la estabilidad familiar que hablaría de menor organización, reglas y límites entre la familia, estos elementos ya habían sido señalados con anterioridad por Rienecke et al. (2007) quienes agregan baja cohesión y expresión a esta visión empobrecida del clima familiar. Por su parte, en el funcionamiento familiar del grupo clínico TCANE y de riesgo STCA no se encontraron diferencias con respecto al grupo Control; en este sentido no existe coincidencia con las investigaciones previas que si habían encontrado diferencia entre el grupo TCANE y el grupo control indicando que existía baja expresividad y comunicación, sin embargo, dada la escasez de estudios al respecto queda abierta la pregunta si ¿esta dificultad para expresar abiertamente, pensamientos, sentimientos y hablar sobre sus problemáticas se encuentra consistentemente en las personas con TCANE? Lo cual exigirá realizar estudios con muestras que abarquen este tipo de TCA. De igual manera, nuestros hallazgos discrepan de otros estudios donde las personas con sintomatología de TCA (grupo de riesgo) si presentaban menor cohesión y afectividad (Álvarez et al., 2001) y comparten menos actividades familiares (Munoz et al., 2007), sin embargo, en el presente estudio si bien estos aspectos también aparecen disminuidos con respecto al grupo control, esta diferencia no alcanzó la significancia.

De esta manera, los resultados nos llevan a afirmar que no existe una sola tendencia que distinga a los grupos clínicos del grupo de riesgo, y las diferencias que si son consistentes se centran el grupo de BN al percibir un funcionamiento familiar más deteriorado, como lo cita la literatura (Okon, Greene & Ellen, 2003; Vázquez, et al., 2010). Es necesario resaltar que estos resultados reflejan la percepción de las hijas afectadas, mostrando así como se sienten y viven su dinámica familiar, pero también hay que reconocer que su percepción suele ser más negativa que la de sus padres (Dancyger et al., 2005; Sánchez, Serna, Seaona & Páramo, 2003) por lo que se recomienda complementar el análisis con otros estudios que incluyen la perspectiva de madre, padre

y/o hermana(o) (Agüera et al., 2011, Dimitropoulos, Klopfer, Lazar & Shacter, 2009, Vázquez, Álvarez, Mancilla & Raich, 2000).

Dado que la literatura señala la relación entre los síntomas de los TCA y el funcionamiento familiar, se realizó dicho análisis en los grupos clínicos y el grupo de riesgo. Los resultados muestran que prevalecen las asociaciones negativas, reafirmando que mayores síntomas de TCA se relacionan con menores puntuaciones en el funcionamiento familiar.

En los grupos clínicos las asociaciones ocurren entre síntomas de TCA y las dimensiones de relaciones y desarrollo familiar. En el grupo de BN, la dimensión de desarrollo se asocia con la dieta restrictiva, y en el grupo de TCANE la presión social percibida se asocia con la dimensión de desarrollo. En cambio en el grupo en riesgo (STCA) se encuentran mayor número de asociaciones entre la dimensión de desarrollo y la subescala de control familiar con diversos síntomas restrictivos y bulímicos. En el grupo control este tipo de asociaciones son de menor magnitud que en los grupos clínicos y de riesgo; destaca la subescala de conflicto como aquella que se relaciona con más síntomas de TCA, estos resultados que coinciden con investigaciones previas (Holston & Cashwell, 2000; Munoz et al., 2007; Vázquez, et al., 2010). Si retomamos estos datos a la luz de los diferentes niveles de afectación, podríamos pensar en un continuo de riesgo asociado al deterioro del funcionamiento familiar. De esta manera, en el nivel de menor afectación (grupo control) los síntomas se asocian principalmente con el conflicto familiar, después cuando aumentan las actitudes negativas, las preocupaciones en torno al peso y figura y el deseo por ser delgada en el grupo de riesgo se asocian con la pérdida de actividades, límites y normas agrupadas en el área de desarrollo; y conforme avanzan las problemáticas tanto alimentarias como familiares entonces en los grupos clínicos se percibe que el deterioro tanto en la dimensión de desarrollo como en las relaciones familiares se relaciona con la psicopatología alimentaria.

Mención especial merece el grupo clínico de BN por presentar el funcionamiento más deteriorado, al

revisar los datos se aprecia que las asociaciones se dieron principalmente con la dieta restrictiva. De esta manera podría pensarse que las problemáticas familiares acompañan a la búsqueda incesante de la dieta restrictiva que la paciente con BN no consigue y viceversa, la meta inalcanzable de la dieta adelgazante se agrega a un ambiente que la paciente percibe con poco soporte, sin actividades intelectuales, desorganizado, falta de desarrollo e inestable, como su propia alimentación; quizá por ello algunas pacientes prefieren no involucrar a sus padres en el tratamiento considerando que ellos tienen una actitud negativa y las culpan de su enfermedad (Perkins et al., 2005).

Además de caracterizar a los grupos clínicos y de riesgo en cuanto a los síntomas y funcionamiento familiar, se confirmó la asociación entre los elementos del funcionamiento con los síntomas restrictivos y bulímicos y se evaluó si las asociaciones encontradas podían tener un efecto de riesgo o protección sobre el diagnóstico de las participantes. Destacaron los efectos de protección de la dimensión de desarrollo, indicando que el fomento de actividades intelectuales y sociales disminuye la posibilidad de presentar TCA o estar en riesgo de padecerlo, coincidiendo así con Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez & Tena (2010); contrario a lo esperado ninguno de los elementos del funcionamiento familiar actuó como factor de riesgo; a pesar de que en el grupo de BN se encontró un funcionamiento familiar más deteriorado y de que se confirmaron las asociaciones entre síntomas y funcionamiento. Al momento de predecir, dicho deterioro no alcanza un efecto de riesgo, lo que indica que tenemos que ser cuidadosos de no atribuir efectos causales del funcionamiento familiar sobre la presencia de TCA, como señalan le Grange, Lock, Loeb y Nicholls (2010) la evidencia actual no establece ningún modelo etiológico que muestre a la influencia familiar como causa primaria de los TCA, lo cual exige seguir explorando otras vías de influencia.

En este sentido, algunas posturas consideran que las hijas podrían usar sus síntomas para atraer las miradas de la familia, así se unirían en torno al problema, hablarían de ello y se compartirían nuevas

actividades de vigilancia y cuidado médico, de esta manera se lograría la estabilidad y la problemática se concentraría en la familia (Madanes, 1982; Selvini-Palazzoli, 1978), pero entonces se esperaría que los modelos de predicción explicarían gran parte del problema, lo cual no ocurrió en este estudio. Por ello, recurrimos al enfoque multifactorial como otra forma de explicarlo, donde los presentes resultados complementarían lo encontrado en otras investigaciones. De esta manera, las funciones familiares no cubiertas se combinarían con problemas de ansiedad y estado de ánimo (APA, 2000; Mazzeo, Mitchell & Williams, 2008), con menores relaciones interpersonales de amistad y pareja en las que también perciben menor apoyo (Quiles, Terol & Quiles, 2003) y la influencia socio-cultural que idolatra la apariencia física y la delgadez como estándares femeninos para ser aceptadas (Haworth-Hoepfner, 2000), entre otros factores. Debido a la edad por la que atraviesan, estas jóvenes estarían construyendo su identidad y buscando unión, soporte emocional, comunicación y alternativas de desarrollo por diferentes vías, no únicamente la familia; en consecuencia las jóvenes estarían vulnerables y no todas lograrían salir adelante de este reto de individualidad e integridad. Esta postura dejaría la puerta abierta para explorar otros factores dentro de la familia, como: imagen corporal, apariencia física e influencia sociocultural (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004, Ruíz, Vázquez, Mancilla & Trujillo, 2010) y construir modelos empíricos que incluyan variables individuales, familiares y sociales.

Con lo expuesto se concluye que tanto las hijas de los grupos clínicos como el grupo de riesgo se desenvuelven en un entorno familiar complicado y heterogéneo, donde el menor fomento de las relaciones intrafamiliares y actividades de desarrollo se asocian con los síntomas de TCA. En el caso particular de las personas con BN, el deterioro en la unión familiar, expresión de sentimientos y opiniones, mayor conflicto, menos actividades intelectuales y sociales se ligan con la dieta y la presión social, lo que sugiere que la familia deja descubiertas algunas funciones de apego, protección y socialización que fomentan el desarrollo integral; sin embargo estos elementos

del funcionamiento familiar no aparecen como factores de riesgo, sino al contrario conforme se fomentan dichos aspectos disminuye la posibilidad de que las hijas presenten TCA o su sintomatología. Se reconoce que el funcionamiento familiar es relevante pero no suficiente para explicar los TCA por lo que se requiere seguir probando modelos multifactoriales que ayuden a la comprensión de la psicopatología alimentaria.

## Referencias

- Agüera, Z., Jiménez, S., Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A... & Fernández-Aranda, F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 53-61.
- Álvarez, R. G. L. (2000). *Validación en México de instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de maestría en psicología clínica. UNAM, FES-Iztacala.
- Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Vázquez, A. R., Unikel, S. C., Caballero, R. A. & Mercado, C. D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: a study of Mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disorders*, 9 (4), 243-248.
- Álvarez, R. G., Vázquez, A. R., Dorantes, A., López, A. X. & Mancilla, D. J. (2001). Dinámica familiar de jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario: Cohesión y adaptabilidad. *Psicoterapia y Familia*, 14 (1), 56-68.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington, USA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington, USA. American Psychiatric Association.
- Ayala, V. H., Fulgencio, J. M., Chaparro, C. A. & Pedrosa, C. F. (2000). Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26(1) 65-89.
- Casper, R. C. & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 338-342. doi

- 10.1002/eat.1093.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-226.
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W. & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. & Fox, J. (2004). Looking Good- Focus family on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.
- Dimitropoulos, G., Klopfer, K., Lazar, L. & Schacter, R. (2009). Caring for a sibling with anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 17, 350-365. doi: 10.1002/erv.937
- Emmanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. & Waller, G. (2004). Funcionamiento familiar en adolescentes con anorexia nervosa: una comparación de la percepción de los miembros familiares. *Eating Weight Disorders*, 9(1), 1-6.
- Fonseca, H., Ireland, M. & Resnick, M.D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal Eating Disorders*, 32, 441-448.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273 - 279.
- Gillett, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E. & Hardman, R. K. (2009). Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (2), 159-174.
- Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shape of body image: The role of culture and the family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 212-227.
- Holston J. I. & Cashwell C. S. (2000). Family functioning and eating disorders among collage women: a model of prediction. *Journal of College Counseling*, 3, 5-16.
- Joyce, L. C. M. (2011). An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: implications for social work practice. *Child and Family Social Work* 16, 33-42. doi 10.1111/j.1365-2206.2010.00703.
- Józefik, B. & Pilecki, M. (2010). Perception of autonomy and intimacy in families of origin of patients with eating disorders with depressed patients and healthy controls. A transgenerational perspective-Part I. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 69-77.
- Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, B., Hammer, L.D., Litt, I. et al. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 357-367.
- Kustlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin J. M. & Murphy-Eberenz, K. P. (1988). The review for the diagnosis of eating disorders-IV: application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10(1), 41-48.
- le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Lehoux, P. M. & Howe, N. (2007). Perceived non-shared environment traits, family factors and developmental experiences in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 47-66.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrotú.
- Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S. & Williams, L. J. (2008). Anxiety, alexithymia, and depression as mediators of the association between childhood abuse and eating disordered behavior in african american and european american women. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 267-280.
- Moos, R., Moos, B. & Trickett, E.J. (1980). *Family Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Munoz, D. J., Israel, A. C. & Anderson, D. A. (2007). The relationship of family stability and family mealtime frequency with bulimia symptomatology. *Eating Disorders*, 15, 261-271. doi 10.1080/10640260701323516.
- Okon, D. M., Greene, A. L. & Ellen, S. J. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal Eating Disorders*, 34, 450-457.
- Perkins, S., Schmidt, U., Eisler, I., Treasure, J., Yi, I., Winn, S. et al., (2005). Why do adolescents with bulimia nervosa choose not to involve their parents in treatment? *European Child Adolescence Psychiatry*, 14, 376-385. doi 10.1007/s00787-005-0485-4.
- Quiles, Y., Terol, M. & Quiles, M. (2003). Evaluación del

- apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333.
- Rienecke, R., Hewell, K. & le Grange, D. (2007). Family interaction among white and ethnic minority adolescents with bulimia nervosa and their parents. *European Eating Disorders Review*, 15, 152-158. doi: 10.1002/erv.743
- Ruiz, M. A. O., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M., López, A. X., Álvarez, R. G. & Tena, S. A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.
- Ruiz, M. A. O., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M., Trujillo, C. E. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20(2), 169-177.
- Sánchez C. E., Serna R. C., Seoana P. G. & Páramo F. F. (2003). Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Thomson Psicología*, 1(2), 177-188.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From the intraphysique to the transpersonal approach*. Londres: Chaucer.
- Seisdedos, N., Cruz, V. & Cordero, A. (1984). *Escala de Clima Social en la Familia*, Madrid, TC.
- Smith, M.C. & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863 – 872.
- Vázquez, A. R., Álvarez, R. G. L., Mancilla, D. J. M. & Raich, E. R. M. (2000). Dinámica familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastorno alimentario. *Psicoterapia y familia*, 13(1), 33-46.
- Vázquez, A. R., Ruiz, M. A. O., Álvarez, R. G. L., Mancilla, D. J. M. & Tena, S. A. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastorno del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 18(1), 105-117.
- Vázquez, A. R., Raich, E. R. M., Viladrich, S. M. C., Álvarez, R. G. L. & Mancilla, D. J. M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 325-335.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I. Mahnik, M. & Toci-lj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28. doi: 10.1002/erv.615.