



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**CLIMA FAMILIAR, COMUNICACIÓN PADRES-HIJOS,
AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Autor: Josselyn Viviana Sevilla Martínez

Tutor profesional: Elisa Hormaechea García

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid

Mayo 2019

Josselyn Viviana

Sevilla

Martínez

CLIMA FAMILIAR, COMUNICACIÓN PADRES-HIJOS, AUTOESTIMA Y SU REALCIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA



RESUMEN

Este estudio se plantea desde una perspectiva multifactorial la relación existente entre el clima familiar, la autoestima y la comunicación materna y paterna con los trastornos de la conducta alimentaria en comparación a un grupo no clínico. Los resultados obtenidos a partir de la Escala de Clima Familiar, la Escala de Rosenberg y la Escala de Comunicación padres-adolescentes han reflejado que en cuanto a la cohesión, expresividad, autoestima y comunicación abierta paterna los participantes del grupo clínico presentan puntuaciones más bajas que el grupo de participantes no clínico. Por el contrario, en las variables conflicto familiar y comunicación ofensiva materna y paterna los participantes del grupo clínico presentan puntuaciones más elevadas que los del grupo no clínico. Concluimos por lo tanto que las personas con trastorno de la conducta alimentaria presentan un peor clima familiar, autoestima y comunicación materna-paterna que las personas sin este diagnóstico.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, clima familiar, autoestima y comunicación familiar.

ABSTRACT

This study is based on a multifactorial perspective on the relationship between family climate, self-esteem and maternal and paternal communication with eating disorders, in comparison with a non-clinical group. The results of the Family Climate Scale, the Rosenberg Scale and the Parental-Adolescent Communication Scale have reflected that in terms of cohesion, expressiveness, self-esteem and father open communication the non-clinical group of participants had lower scores. On the other point, in terms of family conflict and offensive maternal and paternal communication the clinical group of participants had higher scores. In conclusion, people with eating disorders seems to have lower levels of family climate, self-esteem and maternal-paternal communication than people without this diagnose.

Key words: eating disorders, family climate, self-esteem and family communication.

En los últimos años los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han adquirido una mayor importancia a nivel sociosanitario en nuestro país, debido a la cada vez mayor prevalencia de pacientes con esta patología y su dificultad para ser tratada (SNS, 2012). En este estudio la importancia de esta patología se va a reflejar a nivel global, ya que las investigaciones más recientes reflejan que los pacientes con bajo peso estarían poco representados, mientras que aquellos con bulimia nerviosa estarían sobrerrepresentados (Peláez, Labrador y Raich, 2005). Es por esto que en este estudio trataremos la patología de manera global, aunque durante esta primera parte hagamos referencia a estudios que si se han centrado en patologías específicas de la alimentación.

Esta patología no solo ha llamado la atención de los organismos sanitarios, sino también la de los medios de comunicación quienes se han encargado de reflejar la gravedad del tema, como por ejemplo el periódico El País, el cual refería en una de sus publicaciones que, según los datos de la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia, alrededor del 5% de la población femenina de España posee algún trastorno de la conducta alimentaria (Poncini, 2017). La preocupación por conocer cifras exactas sobre la incidencia de este trastorno a nivel global y nacional han impulsado numerosos estudios epidemiológicos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que en el caso de España tienen sus inicios en la década de los 90 (Fernández, Encinas y Escursell, 2004). Encontramos por lo tanto que también organismos internacionales como la NEDA (National Eating Disorder Assotiation), han realizado estudios de prevalencia de estos trastornos a gran escala, utilizando muestra general de todo el continente Europeo, de Estados Unidos y del Reino Unido (Reyes-Rodriguez, 2018).

En un estudio realizado en 2007 se encontró que alrededor de 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres estadounidenses tienen algún trastorno de la conducta alimentaria (Reyes-Rodriguez, 2018). En otro estudio realizado con muestra de Suecia, Noruega y del norte de Escocia, encontraron que el porcentaje de prevalencia en anorexia nerviosa para las mujeres jóvenes es del 0,3% y del 1% para la bulimia (Hans WijbrandHoek y Daphne van Hoeken, 2003). En España, otros autores aseguraron que en nuestro país las cifras de trastornos de la conducta alimentaria iban en aumento, igualándose a las del resto de Europa con entre un 1 y 2% de niñas adolescentes con anorexia nerviosa y entre un 2 y 4% con bulimia (Acerete, Trabazo y Ferri, 2013). En posteriores estudios nacionales se encontró que en la Comunidad de Madrid existe una tasa de prevalencia del 3,4% de trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de tercero y cuarto de la Educación Secundaria Obligatoria (Fernández, Encinas y Escursell, 2004). Así mismo, en la Comunidad de Gran Canaria se realizó un estudio en el que se halló una prevalencia del 4,11% (Bautista y Serra, 2015).

Ante estos hallazgos las investigaciones se centraron en conocer los distintos factores que se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), encontrando que se trata de patologías multifactoriales, es decir, estos trastornos se encuentran influidos y determinados por múltiples

factores (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013). En un trabajo realizado en 1987 quedaba patente este carácter multifactorial, ya que recopilaron toda la información conocida hasta el momento sobre los factores relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, reflejando que estos estaban asociados a varios patrones de funcionamiento familiar, factores de la personalidad y otros factores biológicos, genéticos, ambientales e incluso de vulnerabilidad a determinados acontecimientos que podían afectar a la autoestima y a la autoeficacia de la persona (Strober y Humphrey, 1987).

Estudios posteriores se han centrado en investigar la relación de estos trastornos con factores más específicos, como por ejemplo, los distintos niveles de ansiedad que puede presentar una persona en función de dónde reside, encontrándose que los niveles de ansiedad estaban directamente relacionados con el riesgo de padecer anorexia o bulimia (Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Acevedo y Ariza, 2017; Schaumberg et al., 2018). Otros estudios han abordado la funcionalidad de las conductas de estos trastornos, llegando a identificar que tienen una función reguladora, es decir, utilizan el control o la purga como liberación emocional o una compensación psicológica ante determinadas situaciones que no pueden manejar (Gómez-Peresmitré, 2013). Sin embargo, la mayoría de los estudios de causalidad en cuanto a factores específicos se han centrado en aquellos relacionados con la preocupación por la imagen corporal, la figura y el peso (Davis, Shuster, Blackmore y Fox, 2004; Escolar-Llamazares, Martín, Alonso, Gómez y Ortega, 2017). Por lo tanto, podemos encontrar en la literatura una gran cantidad de investigaciones centradas únicamente en estos aspectos, que sin lugar a duda juegan un papel clave en los trastornos de la conducta alimentaria.

A pesar de que la relación entre factores familiares y el desarrollo y curso de los trastornos de la conducta alimentaria se ha investigado desde el siglo XVII (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013) no han sido explorados con la suficiente especificidad, ya que tal y como se ha mencionado anteriormente, los factores específicos que más interés han causado son los relacionados con la imagen corporal, la figura y el peso. Los primeros estudios específicos sobre la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las dinámicas y clima familiar se remontan a inicios de los años 90 (Shisslak, McKeon y Crago, 1990) en los que, además de reflejarse que la preocupación por la imagen corporal tenía una gran influencia en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, también se encontró que éstos correlacionaban con la calidad de las relaciones familiares. Además, se encontró que en los grupos clínicos formados por pacientes con bulimia existían más problemas familiares, una mayor percepción de disfuncionalidad familiar y con ello una peor comunicación intrafamiliar, menor apoyo emocional y menor cohesión, entre muchas otras variables analizadas (Byely, Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2000; Ratti, Humphrey y Lyons, 1996).

Debido a estos hallazgos, estudios más recientes han focalizado su atención en analizar cómo influyen las dinámicas familiares en estos trastornos. A pesar de que no existe un único patrón de

funcionamiento familiar común a todos los casos de patologías de la conducta alimentaria, sí se ha comprobado que casi todas las familias presentan dificultades a distintos niveles, y que estos problemas tienen una gran influencia en el desarrollo de conductas de control del peso (Fonseca, Ireland y Resnick, 2002), y algunos síntomas de trastornos como la bulimia (Oko, Greene y Smith, 2003). Así mismo, en otro estudio se encontró que los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tienen un menor apoyo emocional-familiar y social que el grupo control (Quiles, Terol, Quiles., M.J, 2003), por lo que podemos ver que existe una relación entre un mal funcionamiento familiar y los trastornos de la conducta alimentaria.

Dentro de este mal funcionamiento familiar parece importante analizar y estudiar los distintos aspectos que están fracasando, ya que tal y como se ha observado, estos déficits de adaptación del funcionamiento familiar tienen un desarrollo transgeneracional, por lo que cuanto más sepamos de ellos más fácil será desarrollar programas de intervención que atiendan a los mismos y evitar así su paso a las siguientes generaciones (Humphrey y Stern, 1988). Por otro lado, es importante continuar estudiando este funcionamiento familiar para así actuar de un modo más eficaz en la intervención en familias que ya tienen un miembro con esta patología. Se ha demostrado que a medida que mejora el funcionamiento familiar el pronóstico del tratamiento para estos pacientes mejora a corto plazo (North, Gowers y Byram, 1997), y como consecuencia también en sentido contrario, y es que el patrón disfuncional de la familia actúa como un factor de mantenimiento de estos trastornos o como un factor de riesgo para su tratamiento (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky y Sunday, 2005).

A la hora de analizar los aspectos del funcionamiento de las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, encontramos que la mayoría de estos estudios utilizan la percepción del propio paciente como fuente de información de estos patrones, y que las conclusiones derivadas de los mismos coinciden a nivel internacional y transcultural (Arévalo, Martínez, Rayón, Díaz y Antonio, 2010). En un estudio realizado en México se encontró que los sujetos expresaban percibir un mal funcionamiento en sus familias, lo cual se especificaba en una baja expresividad tanto de las emociones como de los conflictos intrafamiliares (Arévalo, Martínez, Rayón, Díaz y Antonio, 2010). Esto también se ha encontrado en estudios realizados en otros países, como por ejemplo en Croacia, en el que se encontró que los pacientes con TCA en comparación con el grupo control percibían a su familia como poco cohesionada y poco flexible (Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, y Tocilj, 2005), siendo las mismas conclusiones a las que tres años antes habían llegado en una investigación en Israel (Latzer, Hochdorf, Bachar y Canetti, 2002).

Para estudiar el funcionamiento familiar las investigaciones han abordado la temática desde muchos puntos diferentes, siendo uno de ellos el clima familiar, entendido como las relaciones interpersonales que surgen entre los miembros de la familia, su estructura y la importancia que se da a los aspectos de autonomía y desarrollo personal de cada miembro de la misma (Moos, Trickett y

Trickett, 1989). Los estudios que abordan el funcionamiento familiar desde la perspectiva del clima familiar no son numerosos pero todos ellos han llegado a conclusiones muy similares. Los primeros estudios se realizaron en la década de los 90, en los que se pudo observar que el clima familiar actuaba como un factor de riesgo para las pacientes con TCA (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013). En otro estudio compuesto por tres grupos de investigación (pacientes con TCA, pacientes con depresión y un grupo control) se pudo observar que el clima familiar del grupo de pacientes con TCA poseía una estructura más rígida y orientada a la preocupación por los logros conseguidos por sus miembros y por la imagen física (Laliberte y Boland, 1999). Así mismo, en estudio realizado un año antes se encontraron resultados similares a su investigación, reflejando que en este tipo de población el entorno familiar se mostraba como conflictivo e inadecuado en cuanto a la estructura que presentaba, y el apoyo que se daba entre los miembros de la familia también era deficitario (Maharaj, Rodin, Olmsted y Daneman, 1998).

Después de un periodo de menor interés por el estudio del clima familiar, las investigaciones retomaron esta vía comenzando por comprobar si estos hallazgos seguían manteniéndose. Se encontró que la relación que habían propuesto investigadores anteriores continuaba dándose (Münch, Hunger y Schweitzer, 2016). En otro estudio contemporáneo a este último se encontró que las personas con TCA presentaban una percepción negativa del funcionamiento familiar, lo que se tradujo como un clima familiar deficitario ya que debido a ello, estos pacientes tenían un menor número de recursos accesibles para gestionar las situaciones de estrés tanto individuales como sociales (Münch, Hunger y Schweitzer, 2016).

Otros investigadores se centraron en comprobar cómo era la relación entre el clima familiar y esta patología. La relación que se encontró entre ellos fue que “cuanto más disfuncional es el clima familiar percibido, mayor es la severidad de la patología alimentaria” (Wisotsky, Dancyger, Fornari, Katz, Wisotsky y Swencionis, 2003). En un estudio posterior se mantuvo esta conclusión, al encontrarse una relación inversamente proporcional entre el clima familiar y los comportamientos alimentarios disfuncionales (Blackmer, Searight y Ratwik, 2011), es decir, los sujetos de la muestra presentaban un menor número de conductas alimentarias disfuncionales cuanto más favorable era el clima familiar en el que se encontraban. Al haberse repetido este hallazgo otras investigaciones se centraron en comprobar si algunos aspectos de los trastornos de la conducta alimentaria, como por ejemplo síntomas internalizantes, guardaban también una relación con el clima familiar y no solamente el conjunto de la patología. En un estudio realizado por Cance, Loukas y Talley (2015) se encontró que efectivamente, algunos síntomas internalizantes como la depresión y la ansiedad estaban relacionados con el clima familiar. Además, en esta investigación se especificó el tipo de relación que guardaban, y es que se concluyó que a mayor nivel de estos síntomas internalizantes, menor cohesión familiar y mayor fricción de la misma.

Por otro lado, también se ha intentado averiguar si existe relación entre el clima familiar y la mayor o menor tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. En 1994 se realizó un estudio para comprobar esta hipótesis, encontrando que el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria era mayor cuando la cohesión, expresión y asociación familiar eran significativamente bajas (Felker y Stivers, 1994). Un estudio posterior obtuvo como resultado que la mala relación familiar, entendida de la misma forma que en el trabajo anteriormente comentado, actuaba como un factor predictor del mantenimiento de conductas de la alimentación alteradas (Westerberg, Edlund, y Ghaderi, 2008).

Gracias a estos estudios que comprueban la relación entre el clima familiar y los trastornos de la conducta alimentaria, no solo en su aspecto general sino también en su sintomatología más específica, por lo que se han desarrollado terapias centradas en mejorar el clima familiar, entre otros aspectos. Algunos estudios han demostrado que las pacientes que se encuentran en un entorno familiar más adecuado y positivo obtienen mejores resultados en su tratamiento, de manera independiente a la gravedad del trastorno (Holltom-Viesel y Allan, 2014). Las terapias centradas en la familia han resultado ser efectivas en el tratamiento de pacientes con anorexia (Paulson-Karlsson, Engström y Nevenon, 2009), y es uno de los tratamientos más recomendados para tratar trastornos como la bulimia nerviosa (NICE, 2017).

Por otro lado, un aspecto que se repite en los estudios generales sobre funcionamiento familiar en los pacientes con TCA es una deficitaria comunicación entre sus miembros (Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, y Tocilj, 2005). Los pacientes con TCA reflejan que la comunicación entre los miembros de su familia no es un aspecto facilitador para su relación, ya que perciben las interacciones con sus padres como acusadoras, rechazantes y con un estilo negligente, es decir, una comunicación más agresiva o pasiva. Así mismo, las interacciones entre sus miembros son percibidas con un bajo apoyo a estos sujetos y con un refuerzo escaso dirigido a promover la expresión de sus propios sentimientos y pensamientos (Moreno, Selby, Aved y Bessec, 2000).

Algunos de los estudios que encontramos sobre la comunicación entre padres e hijos con esta patología, reflejan que estos pacientes perciben una menor comunicación familiar que participantes de grupos control (Laghi y colaboradores, 2017). En un estudio se encontró que, en comparación con un grupo control, los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria percibían una comunicación más deficitaria con sus progenitores, especialmente con sus madres con las que se pudo observar una comunicación dañada (Vidovic et al., 2005).

Por lo tanto, se puede observar que es común encontrar una pobre comunicación y una baja expresividad emocional entre pacientes con estos trastornos. A esto debemos añadirle que en algunos estudios se ha encontrado que el tener una autoevaluación negativa es un factor relevante y común tanto para la anorexia como para la bulimia en pacientes en período adolescente (Fairburn, Cooper,

Doll, y Welch, 1999). Tal y como sabemos “los patrones disfuncionales durante la crianza y la ausencia de aprendizajes básicos de conductas de autorregulación a nivel personal y también a nivel social, influyen en la autoestima y autovaloración de las personas” (Ruíz, et al., 2013), por lo que se estima que las personas que se encuentran inmersas en un patrón familiar disfuncional van a carecer de estos aprendizajes básicos, y que muy probablemente tendrán una autoestima más dañada.

No es descabellado pensar que por lo tanto las personas con trastorno de la conducta alimentaria, al estar generalmente situadas en un entorno con una mala comunicación con sus progenitores, y un clima familiar deficitario, presenten también una autoestima dañada. Ya en 1944, se reflejó que la autoestima estaba estrechamente relacionada con conductas de los trastornos de la conducta alimentaria (Fisher, Pastore, Schneider, Pegler y Napolitano, 1994). Otros estudios de la misma época y posteriores, definieron esta asociación, afirmando que los niveles de baja autoestima estaban relacionados con estas patologías, siendo por lo tanto menor en mujeres con trastorno de la conducta alimentaria que en mujeres de grupos control (Beren y Chrisler, 1990; Thomas, James y Bachman, 2002; Moreno y Ortiz, 2009).

Algunos estudios han encontrado otro tipo de relaciones entre la autoestima y los trastornos de la conducta alimentaria. Por un lado, se observó que la baja autoestima actúa como un factor que predice el desarrollo de la bulimia (Vohs y colaboradores, 2001), sin embargo, en otro estudio posterior se encontró que la autoestima es un factor predictor de carácter secundario para este mismo trastorno (Shea y Pritchard, 2007). Por otro lado, al igual que ocurría con algunas investigaciones entorno al clima familiar, algunos autores han optado por estudiar si existe alguna relación entre aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y la autoestima. En un estudio realizado por Dunkley y Grilo (2007) se pudo comprobar que aspectos propios de los trastornos de la conducta alimentaria como la autocrítica y la sobreevaluación están relacionados con una baja autoestima en pacientes que presentan esta patología.

En resumen, de todos los estudios expuestos anteriormente concluimos que, por una parte existente relación entre el clima familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. Según estos estudios, en las familias de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria el clima familiar está más deteriorado que en las familias sin miembros con estas patologías (Blackmer, Searight y Ratwik, 2011). Por otra parte, la literatura también recoge la relación entre la comunicación familiar y los trastornos de la conducta alimentaria, reflejándose que las personas con TCA identifican una comunicación familiar más deficitaria que las personas que no poseen este trastorno (Laghi y colaboradores, 2017). Dentro de esta comunicación familiar deficitaria se recoge que los pacientes identifican como más dañada la comunicación con sus madres que con sus padres (Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y Tocilj, 2005). Por último, también se recoge la relación entre autoestima y trastornos de la conducta alimentaria, reflejándose que las personas con TCA poseen una autoestima

más baja que las personas que no presentan estos trastornos (Moreno y Ortiz, 2009). Del mismo modo, también se ha observado que este bajo nivel de autoestima en pacientes con TCA también está relacionado con un patrón disfuncional del funcionamiento familiar (Ruíz, et al., 2013).

Por lo tanto, podemos observar que nos encontramos ante una grave problemática que no solo está afectando a la calidad de vida de las personas que lo padecen y sus familiares, sino que también supone un elevado coste económico para los organismos públicos y privados que atienden a los mismos. En 2002 se estimó que el coste de hospitalización de personas con un trastorno alimentario es tres veces mayor al coste de una hospitalización general (Arrufat et al., 2003). Debido a estos motivos nos ha surgido la necesidad de seguir investigando sobre los factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías, de modo que podamos prevenirlas o al menos controlar su cronificación, ya que a pesar de que en la literatura se ha reflejado que existe una clara relación entre el funcionamiento familiar, la comunicación familiar, la autoestima y los trastornos de la conducta alimentaria, no existen estudios recientes en nuestro país que la analicen (Ruíz et al. 2013).

Este trabajo se va a centrar en abordar estos tres aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Por una parte, se estudiará el clima familiar entendido como el grado de comunicación y expresión de pensamientos y sentimientos en el entorno familiar (Moos, Trickett y Trickett, 1989). Por otro lado, la comunicación familiar se entenderá como el grado de confianza a la apertura que presentan los participantes a la hora de poder expresar sus pensamientos y sentimientos a sus progenitores, así como la percepción que tienen ellos sobre el tipo de respuesta que obtienen a la hora de comunicarse con sus progenitores (Barnes y Olson, 1982). Para finalizar, la autoestima va a evaluarse entendiéndose como la percepción que tiene cada persona sobre su propio valor (Rosenberg, 1965).

El objetivo de este estudio es averiguar si existe relación entre la autoestima, el clima familiar y comunicación familiar con los trastornos de la conducta alimentaria. Para ello, derivado de los análisis estadísticos se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en función de si existe o no un trastorno de la conducta alimentaria en autoestima, expresividad, cohesión, conflicto, comunicación ofensiva, comunicación evitativa y abierta tanto con los padres como las madres.

En cuanto a la autoestima, se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con TCA y personas que no tienen este diagnóstico, siendo la autoestima más baja en pacientes con TCA.

Por otro lado, respecto al clima familiar se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los participantes con TCA y aquellos que no lo padecen en cuanto a la expresividad y cohesión que hay en sus familias, siendo ambas mayores en las familias de los participantes sin TCA. También se esperan encontrar diferencias estadísticamente significativas en

conflicto familiar entre los participantes con TCA y los que no lo padecen, siendo mayor en los pacientes con TCA.

Para finalizar, en lo referente a la variable comunicación familiar se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en la comunicación ofensiva materna entre los pacientes con TCA y los participantes sin TCA, siendo mayor en los pacientes con TCA. Además, se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en la comunicación ofensiva paterna entre personas con el diagnóstico de TCA y las personas sin éste, siendo mayor en el grupo de pacientes con TCA. También se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas entre la comunicación ofensiva materna y paterna entre los pacientes con TCA, siendo mayor la comunicación ofensiva materna que paterna. Por último, se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en la comunicación evitativa y abierta, tanto materna como paterna, entre los participantes con TCA y aquellos sin este diagnóstico, siendo mayor la evitativa en los participantes con TCA y menor en el caso de la abierta en estos mismos participantes.

MÉTODO

El diseño del estudio es transversal cuasi-experimental, cuya muestra estuvo constituida por 102 personas. Los 52 participantes que formaron el grupo no clínico son estudiantes de segundo de psicología de la Universidad Pontificia de Comillas, participantes de otras universidades y pertenecientes a otras áreas de formación académica o laboral. Para asegurarnos de la naturaleza no clínica de la muestra se excluyeron aquellos que presentaron índices de trastorno de la conducta de la alimentación mediante el EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel, 1982). Los otros 50 participantes que conformaron el grupo clínico fueron pacientes del Centro ADALMED, un centro especializado en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria.

Instrumentos

Los datos fueron recogidos a través de una batería de tres cuestionarios impresos aplicados a ambas muestras. Además, se administró el cuestionario EAT-26 a la muestra no clínica en la adaptación española de Castro, Toro, y Guimera (1991). Los ítems se presentan en una escala de tipo Likert con seis opciones de respuestas en intervalo desde 1 (“nunca”) hasta 6 (“siempre”). Los valores psicométricos de este cuestionario se han revisado recientemente en el estudio realizado por Rivas, Bersabé, Jimenez y Berrocal en 2010. En ese estudio se analizó la validez y fiabilidad de este cuestionario para tres grupos poblacionales, uno de ellos poseía trastornos de la conducta alimentaria, otro sintomático y un último asintomático, obteniéndose un coeficiente de consistencia interna de .92, .90 y .85 para cada grupo respectivamente. Por otro lado, se ha encontrado que este cuestionario es capaz de discriminar con una precisión del 74.53% entre el grupo asintomático y sintomático, y con una precisión del 85.56% el grupo sintomático del grupo con trastorno de la conducta alimentaria (Rivas, Bersabé, Jimenez y Berrocal, 2010).

El segundo cuestionario es la Escala de Clima Familiar (Moos, Trickett y Trickett, 1989). Este cuestionario está conformado por 90 ítems que se agrupan en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales del clima familiar: las relaciones, el desarrollo personal y la estabilidad. Se trata de una escala de doble opción de respuesta (“verdadero” o “falso”) para cada ítem. Los valores psicométricos de este cuestionario son múltiples, ya que para cada factor se ha asociado un coeficiente de fiabilidad, siendo el menor de ellos .73, reflejando por lo tanto un nivel alto de consistencia interna. Por otro lado, cabe mencionar y tal y como refleja el propio manual del cuestionario, se ha demostrado que este instrumento tiene una alta capacidad de discriminación entre familias funcionales y disfuncionales al emplearse tres subescalas específicas de las relaciones familiares: la cohesión familiar, expresividad familiar y conflicto familiar.

El tercer cuestionario que se utilizó en este estudio es la Escala de Rosenberg (Rosenberg, 1965), siendo uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la autoestima a nivel global. Se administró por lo tanto la escala traducida al castellano por Echeburúa en 1995, que consta de 10 ítems con respuesta tipo Likert en un intervalo de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo y 4= totalmente en desacuerdo). Los contenidos de los ítems pretenden centrarse en los sentimientos de aceptación y respeto de uno mismo. En cuanto a los valores psicométricos de este cuestionario cabe reflejar que tanto la validez y fiabilidad del mismo son muy altas. En la adaptación a la población española se encontró un Alfa de Cronbach de .87. Para comprobar la validez de este cuestionario se compararon dos grupos, uno de muestra clínica y otro con población no clínica, encontrándose diferencias significativas entre ambos con una significación bilateral de .004. Por otro lado, también se encontró que también existía una correlación significativa con la Escala de Actitudes Alimentarias ($r_{xy} = .40$) (Vázquez-Morejón Jiménez, Jiménez García-Bóveda, y Vázquez Morejón, 2004).

Por último, el cuestionario seleccionado para medir la variable Comunicación Familiar es la Escala de Comunicación padres-adolescente (PACS) de Barnes y Olson (1982). Este cuestionario está compuesto por 20 ítems referidos a cada progenitor (madre y padre), siendo una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta, desde “nunca” hasta “siempre”. La escala original presentaba únicamente dos factores, sin embargo, en varios estudios realizados con posterioridad se han encontrado estos tres factores señalados anteriormente, encontrándose para cada uno de ellos valores de fiabilidad y validez que dan cuenta de su gran valor empírico. Por una parte, se ha encontrado que el primero de ellos cuenta con una fiabilidad de .87, explicando una varianza del 30.7%, la segunda escala presenta una fiabilidad del .76 y explica un 21.8% de la varianza total. Por último, el tercer factor presenta una fiabilidad del .75 y explica un 9.5% de la varianza total (Estévez, Musitu, y Herrero, 2005; Jiménez, Musitu, y Murgui, 2005).

Procedimiento

Se solicitó la colaboración de varias entidades para poder contar tanto con la muestra clínica como la general. Por una parte, se contactó con el Centro ADALMED, exponiéndoles los objetivos, procedimiento y alcance de la investigación y solicitando que se informase a los usuarios del centro la posibilidad de participar de forma voluntaria en el estudio. Por otro lado, en contacto con la Universidad Pontificia de Comillas, se solicitó la participación de un docente del mismo para ofertar a los alumnos de primer curso del grado de psicología su participación en esta investigación. El resto de participantes que conformaron el grupo no clínico rellenaron los cuestionarios a través de un enlace referido a un formulario de Google.

Tras acordar la participación anónima de los voluntarios de ambos grupos, se programó un período de dos meses de aplicación de cuestionarios. Los participantes rellenaron los cuestionarios en presencia de la coordinadora del Centro ADALMED y de la docente de la universidad en el caso del grupo de población general de la Universidad Pontificia de Comillas, junto con la autora principal de este proyecto en ambos casos. Durante la aplicación se especificó que la participación era voluntaria, anónima y que podían abandonar el estudio en cualquier momento sin tomarse ninguna represaria por ello.

RESULTADOS

De un total de 102 participantes, el 49% (N = 50) formaban parte del grupo clínico y el 51% (N = 52) del grupo no clínico. Al eliminar a los sujetos que presentaban índices elevados de padecer un trastorno de la conducta alimentaria, la muestra total utilizada fue de 95 participantes, siendo un 52.6% (N = 50) de la muestra participantes del grupo clínico y un 47.4% (N = 45) participantes del grupo no clínico. El 76.8% (N = 73) de la muestra eran mujeres, y el 23.2% (N = 22) eran hombres. Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre los 18 y los 48 años, con una media de 21.01 y una desviación típica de 4.21.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos (N = 95).

	N (%)		Media (DT)
	Clínico	No clínico	
Grupo	50 (52.6%)	45 (47.4%)	
Sexo	22 (23.2%)	73 (76.8%)	
Edad			21.01 (17.79)

Atendiendo a la fiabilidad de las escalas en el estudio, se observa como el coeficiente α de Cronbach para la variable autoestima indica una muy buena consistencia interna al tener un valor de α

= .91. Para los factores de comunicación abierta tanto materna como paterna la prueba de fiabilidad mostro un nivel alto de consistencia con un valor de $\alpha = .92$ y $\alpha = .90$ respectivamente. En cuanto a los factores de comunicación ofensiva con madres y padres mostro un buen nivel de consistencia interna con valores de $\alpha = .73$ y $\alpha = .78$ respectivamente. Por último, para los factores de comunicación evitativa respecto a madres y padres, se obtuvieron valores de consistencia interna medio-bajo, siendo el resultado de $\alpha = .62$ para las madres y de $\alpha = .54$ para los padres.

En cuanto a la variable clima familiar, también se realizó el análisis de fiabilidad para los tres factores que se analizan en este estudio. El factor cohesión obtuvo el nivel de fiabilidad más elevado, con un valor de $\alpha = .89$. Los factores expresividad y conflicto mostraron una consistencia media con valores de $\alpha = .56$ y $\alpha = .62$ respectivamente.

Antes de realizar los análisis estadísticos, para contrastar las hipótesis planteadas en este estudio, se realizó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov para decidir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas de las variables utilizadas. Se asumió la hipótesis de normalidad para la distribución de las variables autoestima ($p = .19$) y expresividad ($p = .06$) en el grupo no clínico; para las variables comunicación abierta en padres ($p = .20$) y comunicación ofensiva en padres ($p = .13$); finalmente para las variables comunicación abierta en madres ($p_{\text{clínico}} = .15$; $p_{\text{no-clínico}} = .06$), comunicación evitativa en madres ($p_{\text{clínico}} = .08$; $p_{\text{no-clínico}} = .20$) y comunicación evitativa en padres ($p_{\text{clínico}} = .19$; $p_{\text{no-clínico}} = .20$), todas ellas para el grupo clínico y el no clínico. Sin embargo, se pudo asumir el supuesto de normalidad según los criterios expuestos por Curran, West y Finch (1996).

A continuación, se procedieron a realizar los análisis estadísticos entorno a las 10 hipótesis planteadas (Tabla 2). Para la primera hipótesis, se contrastaron las medias en autoestima de los dos grupos de sujetos formados por población clínica y población no clínica. Los resultados de la prueba t de Student mostraron que entre ambos grupos ($M_{\text{clínico}} = 24.56$, $DT_{\text{clínico}} = 5.86$; $M_{\text{no-clínico}} = 31.87$, $DT_{\text{no-clínico}} = 5.67$) existen diferencias estadísticamente significativas; $t(93) = -5.90$, $p < .001$. Se puede observar que el grupo con menos autoestima es el formado por población clínica, aunque estas diferencias sean bajas ($d = -1.26$).

Para las variables comunicación ofensiva materna ($M = 10.40$, $DT = 3.50$) y paterna del grupo clínico ($M = 10.36$, $DT = 3.69$) se comprobó mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas que no existen diferencias estadísticamente significativas; $t(46) = .06$, $p = .94$, $d = 0.001$.

Para la comprobación de la hipótesis de diferencias de medias entre el grupo clínico ($M = 10.44$, $DT = 3.41$) y el grupo no clínico ($M = 8.84$, $DT = 3.53$) en cuanto a la comunicación ofensiva materna se comprobó mediante la prueba t de Student para muestras independientes que existen diferencias estadísticamente significativas; $t(93) = 2.23$, $p = .02$. El tamaño del efecto para esta diferencia entre ambos grupos es media ($d = 0.46$), teniendo una comunicación más ofensiva el grupo clínico.

Para la variable comunicación ofensiva paterna los resultados de la prueba t de Student de diferencias de medias mostraron que para el grupo clínico ($M = 10.36$, $DT = 3.69$) y para el grupo no clínico ($M = 8.13$, $DT = 3.62$) también existen diferencias estadísticamente significativas; $t(90) = 2.91$, $p = .004$. El tamaño del efecto calculado con la prueba d de Cohen es media-alta ($d = 0.60$), siendo el grupo clínico el que presenta un mayor nivel de comunicación ofensiva paterna.

Para la hipótesis de diferencias de medias en la variable comunicación evitativa materna entre el grupo clínico ($M = 15.24$, $DT = 4.04$) y el grupo no clínico ($M = 14.13$, $DT = 3.70$) se comprobó que no existen diferencias estadísticamente significativas; $t(93) = 1.38$, $p = .16$, $d = 0.28$.

Para la hipótesis de diferencias de medias en la variable comunicación evitativa paterna entre el grupo clínico ($M = 16.66$, $DT = 3.77$) y el grupo no clínico ($M = 15.33$, $DT = 3.59$) se comprobó que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas; $t(90) = 1.72$, $p = .08$, $d = 0.36$.

Para la hipótesis de diferencias de medias en la variable comunicación abierta materna entre el grupo clínico ($M = 38.68$, $DT = 10.14$) y el grupo no clínico ($M = 42.71$, $DT = 9.73$) no existen diferencias estadísticamente significativas; $t(93) = -1.97$, $p = .05$, $d = -0.40$.

Para la hipótesis de diferencias de medias en la variable comunicación abierta paterna entre el grupo clínico ($M = 33.68$, $DT = 9.34$) y el grupo no clínico ($M = 39.53$, $DT = 9.58$) se comprobó que si existen diferencias estadísticamente significativas; $t(90) = -2.96$, $p = .004$. La prueba d de Cohen reflejó que la diferencia entre ambos grupos es moderada ($d = 0.61$), siendo mayor el nivel de comunicación abierta paterna en el grupo no clínico.

Posteriormente pasamos a realizar el análisis estadístico de la variable clima familiar en los tres factores de interés para este estudio. Para la hipótesis de diferencias de medias en cohesión familiar entre el grupo clínico ($M = 4.70$, $DT = 3.29$) y el grupo no clínico ($M = 6.13$, $DT = 2.82$) se comprobó que existen diferencias estadísticamente significativas; $t(92) = -2.28$, $p = .02$. En este caso también se pudo observar que la diferencia es moderada ($d = 0.46$), siendo mayor el nivel de cohesión familiar en el grupo no clínico.

Para la hipótesis de diferencias de medias en expresividad familiar entre el grupo clínico ($M = 4.38$, $DT = 1.93$) y el grupo no clínico ($M = 5.53$, $DT = 2.01$) se comprobó que si existen diferencias estadísticamente significativas; $t(93) = -2.84$, $p = .005$. La diferencia entre ambos grupos es moderada ($d = 0.58$), teniendo un mayor nivel de expresividad familiar el grupo no clínico.

Finalmente, para la hipótesis de diferencias de medias en conflicto familiar entre el grupo clínico ($M = 4.28$, $DT = 2.01$) y el grupo no clínico ($M = 3.46$, $DT = 1.68$) se comprobó que también existen diferencias estadísticamente significativas; $t(93) = 2.12$, $p = .03$. Estas diferencias moderadas ($d = 0.44$) han reflejado que el grupo con mayor conflicto familiar es el grupo clínico.

Tabla 2

t de Student

	M (SD)		t
	Clínico	No clínico	
Autoestima	24.56 (5.86)	31.87 (5.67)	t(93) = -5.90, $p = .001$; $d = -1.26$
Comunicación ofensiva materna	10.44 (3.41)	8.84 (3.53)	t(93) = 2.23, $p = .02$; $d = 0.46$
Comunicación ofensiva paterna	10.36 (3.69)	8.13 (3.62)	t(90) = 2.91, $p = .004$; $d = 0.60$
Comunicación evitativa materna	15.24 (4.04)	14.13 (3.70)	t(93) = 1.38, $p = .16$; $d = 0.28$
Comunicación evitativa paterna	16.66 (3.77)	15.33 (3.59)	t(90) = 1.72, $p = .08$; $d = 0.36$
Comunicación abierta materna	38.68 (10.14)	42.71 (9.73)	t(93) = -1.97, $p = .05$; $d = -0.40$
Comunicación abierta paterna	33.68 (9.34)	39.53 (9.58)	t(90) = -2.96, $p = .004$; $d = 0.61$
Cohesión familiar	4.70 (3.29)	6.13 (2.82)	t(92) = -2.28, $p = .02$; $d = 0.46$
Expresividad familiar	4.38 (1.93)	5.53 (2.006)	t(93) = -2.84, $p = .005$; $d = 0.58$
Conflicto familiar	4.28 (2.01)	3.46 (1.68)	t(93) = 2.12, $p = .03$; $d = 0.44$
Comunicación ofensiva materna y paterna	10.40 (3.50)	10.36 (3.69)	t(46) = .06, $p = .94$; $d = 0.001$

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es el de comprobar las diferencias estadísticamente significativas en el clima familiar, la comunicación familiar y la autoestima entre personas con trastornos de la conducta alimentaria y personas sin estos trastornos.

Los resultados mostraron que en este estudio los participantes con TCA presentan una autoestima ligeramente menor que los participantes sin este diagnóstico ($p = .001$; $M_{clínico} = 24.56$; $M_{no-clínico} = 31.87$). Estos resultados se corresponden con los encontrados por otros autores que, del mismo modo, reflejaban una asociación entre la autoestima y este tipo de trastornos (Beren y Chrisler, 1990; Thomas, James y Bachman, 2002; Moreno y Ortiz, 2009). Podemos ver por lo tanto que la autoestima sigue estando relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria y que sería recomendable tener en cuenta esta información para el tratamiento y prevención de estos trastornos. En relación a los trastornos de la conducta alimentaria algunos estudios han reflejado que la autoestima actúa como un factor predictor de éstos (Vohs y colaboradores, 2001; Shea y Pritchard, 2007), por lo que un punto que podría estar presente en los programas de prevención sería el trabajar para mejorar la autoestima.

Además, sabemos que la adolescencia es una etapa crítica para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, etapa en la cual también la autoestima se va moldeando a través de los

mensajes que los adolescentes reciben sobre cómo son vistos por su entorno tanto en habilidades, como capacidades, personalidad, imagen física, etc. Teniendo todo ello en cuenta, parece razonable considerar que trabajar para mejorar la autoestima de los adolescentes puede disminuir la probabilidad de que estos desarrollen un trastorno de la conducta alimentaria al estar ambos tan relacionados y así disminuir la presión por la imagen y favorecer la autovaloración. Así mismo, sabemos la autoestima juega un papel muy importante en el ajuste psicológico general de las personas, estando relacionado con otros trastornos psicológicos como por ejemplo la ansiedad, la depresión o algunos trastornos de la personalidad. En el caso de los trastornos de la alimentación sabemos que normalmente son perfiles de patologías duales, es decir, presentan comorbilidad con otros trastornos psicológicos, especialmente trastornos de la personalidad. En esta misma línea al trabajar para mejorar la autoestima de las personas que ya tienen un trastorno de la conducta alimentaria junto con un trastorno de la personalidad, estaríamos trabajando no solo sobre la patología alimentaria sino también sobre el trastorno comórbido, por lo que el avance terapéutico podría ser mayor. Por último, sabemos que los trastornos de la conducta alimentaria son patologías de largo tratamiento, por lo que trabajar la autoestima también podría actuar como un factor de protección para que estas personas no desarrollen otros trastornos.

Las siguientes hipótesis estaban relacionadas con estudios realizados en torno al clima familiar, en los que se veía que las personas con TCA percibían un peor clima familiar que las personas sin este trastorno (Wisotsky et al, 2003; Blackmer, Searight y Ratwik, 2011). Los resultados de este estudio mantienen esta hipótesis ya que se encontró que existían diferencias entre ambos grupos en cuanto a la expresividad, la cohesión y el conflicto familiar ($p = .005$; $p = .02$; $p = .03$). Los participantes con TCA mostraron una menor expresividad y cohesión percibida en sus familias ($M_{clínico} = 4.38$ y $M_{no-clínico} = 5.53$; $M_{clínico} = 4.70$ y $M_{no-clínico} = 6.13$), y un mayor conflicto familiar que los participantes sin estos trastornos ($M_{clínico} = 4.28$ y $M_{clínico} = 3.46$). Al igual que con la autoestima, existen estudios expuestos anteriormente que han reflejado que el clima familiar actúa como un factor predictor del mantenimiento de este tipo de trastornos, por lo que una vez más observamos que estos hallazgos se siguen manteniendo y por lo tanto se sigue reiterando la importancia de atender de manera sistémica a estos trastornos (Westerberg, Edlund, y Ghaderi, 2008). Es probable que tratando de mejorar el clima familiar en el que se encuentra inmerso el paciente con TCA, actúe como un facilitador de la recuperación de estos trastornos, es decir, como un factor de protección.

En lo referente a las hipótesis relacionadas con la comunicación familiar los resultados muestran que la principal hipótesis sobre la comunicación, refería que las personas con TCA percibirían una comunicación más deficitaria con sus progenitores que las personas sin este trastorno, se mantiene únicamente en el estilo de comunicación ofensiva ($p_{materna} = .02$; $p_{paterna} = .004$). Se ha observado que las personas con TCA perciben una mayor comunicación ofensiva con ambos progenitores que las personas sin estos trastornos ($M_{materna-clínico} = 10.44$ y $M_{materna-no-clínico} = 8.84$;

$M_{paternaclínico} = 10.36$ y $M_{paternano-clínico} = 8.13$). En cuanto a la comunicación evitativa, se esperaba encontrar que fuese mayor para ambos progenitores en el grupo de participantes con TCA, pero los resultados han demostrado que el nivel de comunicación evitativa percibido por ambos progenitores no es significativamente distinto entre el grupo de personas sin TCA ($p_{materna} = .16$; $p_{paterna} = .08$). Finalmente, se esperaba encontrar que la comunicación abierta percibida para ambos progenitores fuese menor en el grupo de participantes con TCA, sin embargo, los resultados reflejan que la comunicación abierta sólo es significativamente distinta en el caso de los padres ($p = .004$), es decir, los participantes con TCA han mostrado una menor comunicación abierta percibida con sus padres que los participantes sin este trastorno ($M_{clínico} = 33.68$ y $M_{no-clínico} = 39.53$). En el caso de las madres no parece existir una diferencia significativa en cuanto a la comunicación abierta percibida por las personas con estos trastornos y las personas que no lo poseen.

Los resultados sobre la comunicación ofensiva se corresponden con algunos estudios que encontraban que las personas con TCA percibían una comunicación más agresiva con sus familiares que las personas sin este diagnóstico (Moreno, Selby, Aved y Bessec, 2000). Por otro lado, los resultados sobre la comunicación evitativa no se ha correspondido con lo esperado, y es que en la literatura no podemos encontrar una justificación teórica para explicar este fenómeno ya que el ámbito de la comunicación familiar en TCA no ha sido muy estudiado. A pesar de esto, podemos intentar aproximarnos a una posible explicación de estos resultados si adoptamos una visión evolutiva, ya que una de las posibles razones por las que la comunicación evitativa no es significativamente distinta entre pacientes con TCA y personas sin este trastorno es que, en general, los jóvenes-adultos no hablan con sus progenitores de todos los aspectos de su vida con absoluta libertad por vergüenza, por preservar su intimidad o miedo a consecuencias negativas, por lo que tienden a reservarse para ellos mismos algunos temas como el consumo de sustancias y el inicio de las relaciones amorosas.

En cuanto a la comunicación abierta no existían estudios previos que comprobasen su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Los hallazgos en este estudio sobre la ausencia de diferencias entre personas con TCA y personas sin este diagnóstico en la comunicación abierta materna refleja que en general los jóvenes-adultos de este estudio presentan un nivel muy parecido en este tipo de comunicación. Sin embargo, a pesar de que las diferencias no son estadísticamente significativas al fijarnos en las medias de comunicación abierta de ambos grupos podemos observar que el grupo no clínico presenta una media más elevada ($M_{clínico} = 38.68$ y $M_{no-clínico} = 42.71$). Además, si nos fijamos en la probabilidad asociada observamos que el valor sin redondear es de $p = .051$ por lo que, a pesar de ser suficiente para rechazar la hipótesis de diferencias entre ambos grupos, esta probabilidad no es muy elevada. Uno de los motivos por los que pueden darse estos resultados es que el tamaño de la muestra sea pequeño, por lo que sería interesante replicar el estudio con esta misma hipótesis de diferencia de medias entre ambos grupos con una muestra más elevada y así observar si sigue siendo rechazada. Por otro lado, estos resultados también pueden deberse a que los jóvenes-

adultos de la muestra no tienen una comunicación abierta con sus madres muy elevada, es decir, en este estudio se ha investigado la posible diferencia entre ambos grupos en cuanto a la comunicación abierta con sus madres pero no si esta comunicación es elevada o escasa, por lo que una posible explicación es que ambos grupos mantienen una escasa comunicación abierta con sus madres. Estos datos también son importantes ya que pueden reflejar un cambio en las dinámicas de comunicación familiar al inicio de la adultez, pudiendo deberse a que la etapa de adolescencia se ha prolongado en estas últimas generaciones. El hecho de que la etapa de la adolescencia se haya prolongado implica que los participantes de este estudio que son jóvenes-adultos todavía mantienen algunos de los patrones de conducta típicos de la adolescencia, como por ejemplo una mayor tendencia a preservar su intimidad y cierto recelo a la hora de tener una comunicación abierta con sus progenitores, en este caso sus madres.

Los resultados para la hipótesis de comunicación abierta paterna mostraron que existen diferencias en la percepción que tienen sobre la misma los participantes del grupo clínico y los del grupo no clínico ($p = .004$). Según estos resultados las personas con TCA perciben una comunicación abierta paterna más baja que las personas sin este diagnóstico ($M_{clínico} = 33.68$ y $M_{no-clínico} = 39.53$). Al igual que en el caso anterior, no existen estudios en la literatura que hayan abordado este tipo de comunicación en relación a los trastornos de la conducta alimentaria por lo que no podemos dar una explicación teórica contrastada para explicar estos resultados. Aun así, podemos intentar generar distintas posibles explicaciones, como por ejemplo el plantearnos la presencia activa de los padres en los procesos terapéuticos de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Generalmente, son las madres quienes están más involucradas en el tratamiento psicológico de sus hijos por lo que los padres suelen estar más alejados de todo este proceso, teniendo una presencia más periférica y de acompañamiento. Este hecho puede actuar como un factor de efecto negativo en la construcción de una comunicación abierta de las pacientes con TCA y sus padres. Muchas veces los padres delegan el cuidado y tratamiento de sus hijos en materia de salud mental en las madres ya que creen percibir como invasivo introducirse en el tratamiento psicológico de sus hijos, en especial cuando estos son mujeres y se encuentran en la adolescencia y juventud. Cabe destacar que sería interesante estudiar la generación de una comunicación abierta paterna como un factor de protección para los pacientes que presentan estos trastornos, ya que no se han podido encontrar estudios que se enfoquen en este aspecto. Debemos tener en cuenta que los trastornos de la conducta alimentaria requieren un tratamiento psicológico de larga duración, por lo que generar una comunicación abierta paterna puede ayudar a la dinámica familiar y por lo tanto a la persona que presente este trastorno, ya que de esta forma ambos progenitores se verían implicados en el proceso, lo cual puede ser percibido por el paciente como algo positivo y también ayudar a ambos progenitores a equilibrar el nivel de trabajo durante el tratamiento de su familiar.

Para finalizar, la última hipótesis planteada en este estudio estaba relacionada con un hallazgo anterior en el que se observó que la comunicación entre pacientes con TCA y sus padres era deficitaria, pero lo era aún más con sus madres (Vidovic et al. 2005). Los resultados en este estudio no se corresponden con la investigación anteriormente referida, ya que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la comunicación deficitaria materna y paterna ($p = .94$). Al no haber otros estudios que hayan abordado este tema no es posible dar una explicación teórica robusta para estos resultados y establecer una comparación con otros autores, por lo que al igual que con el caso de la comunicación abierta materna sería interesante replicar este estudio con una muestra de mayor tamaño para comprobar si estos resultados siguen manteniéndose o por el contrario se corresponden con los de Vidovic y sus compañeros (2005). Es importante conocer si efectivamente existe una mayor comunicación deficitaria materna que paterna ya que puede servir como un factor clave durante el tratamiento de las personas con trastorno de la conducta alimentaria, debido a que si sabemos que existe esta tendencia los profesionales de la salud sabrían hacia donde deben orientar el tratamiento a nivel familiar, en este caso trabajando por mejorar la calidad de la comunicación con sus madres y potenciando la de sus padres. De esta forma podríamos saber tanto, un aspecto importante a evaluar en las personas con TCA y un posible factor de protección para estos casos, como puede ser la comunicación paterna.

Este estudio pretende, por una parte, ampliar y actualizar el conocimiento relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, la implicación familiar y una variable personal que también está relacionada con las relaciones familiares desde edades tempranas. Por otra parte, pretende aportar información útil para aplicarse al desarrollo de programas de prevención, intervención y tratamiento de estos trastornos, los cuales deben ser actualizados de manera constante para poder garantizar que cubren todos los aspectos relacionados con su desarrollo y mantenimiento.

Los resultados obtenidos han demostrado la estrecha relación entre las dinámicas y aspectos familiares con los trastornos de la conducta alimentaria, reflejando la importancia de trabajar con las familias de los pacientes durante el proceso terapéutico. Esta importancia sería interesante que fuese integrada por los profesionales que trabajan con esta población, ya que son los encargados de integrar a la familia en el tratamiento y de trabajar en mejorar esta red de apoyo. Si el buen clima familiar está relacionado con el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, es responsabilidad de profesionales como educadores, profesores, médicos, psicólogos y otros profesionales el cuidar y atender esta red de apoyo. Por otro lado, hemos observado que sigue manteniéndose una relación entre la autoestima y el clima familiar, por lo que encontramos aquí otro aspecto que sería interesante trabajar en terapia y trabajar en el mantenimiento de una buena autoestima como factor de protección para no desarrollar este tipo de patologías. Finalmente hemos observado que existen muy pocas investigaciones que se hayan enfocado en la relación entre la comunicación familiar y este tipo de trastornos, por lo que es importante remarcar que este estudio ha confirmado resultados de investigaciones pasadas en cuanto a

la comunicación ofensiva, por lo que es importante continuar investigando sobre este factor y empezar a intervenir a nivel terapéutico sobre los estilos de comunicación en estas familias.

Esta investigación además de aportar este conocimiento reflejado anteriormente también presenta limitaciones. La primera de ellas está relacionada con el tamaño de la muestra, ya que tal y como se ha señalado, sería interesante replicar este estudio con una muestra más amplia para así comprobar si las hipótesis se siguen manteniendo y si otras se siguen rechazando. Relacionado con la muestra, también sería interesante contar con una muestra de hombres más representativa porque la mayoría de los participantes, especialmente en el grupo clínico, son mujeres. Tal y como sabemos, los trastornos de la conducta alimentaria afectan en su mayoría a mujeres, pero sería positivo contar un el mismo número de participantes en ambos sexos para que este estudio fuese más generalizable y representativo de toda la población con TCA. También en lo referente a la muestra, la representatividad de la misma sobre los jóvenes-adultos de la población madrileña es muy discutible, ya que la mayoría de ellos fueron participantes de un nivel sociocultural y económico medio-alto. Así mismo, tampoco se reguló el tipo de formación profesional o académica que tenía cada uno, lo cual podría influir en el mayor o menor conocimiento sobre los cuestionarios aplicados, sesgando así el tipo de respuestas que proporcionaban. Finalmente, otra de las limitaciones de este estudio fue el uso de la escala corta EAT-26, ya que en relación a la versión original EAT-46 presenta una fiabilidad y validez menor, por lo que en futuras investigaciones podría utilizarse esta última versión.

A pesar de estas limitaciones, este estudio cuenta con numerosos puntos fuertes importantes por mencionar. El primero de ellos es que actualiza el conocimiento actual con población española sobre variables que están relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. El segundo, está relacionado con el hecho de poner de manifiesto la importancia de la inclusión de la familia en el proceso terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria. Finalmente, el tercero está relacionado con la investigación que se realiza en este trabajo sobre variables de las cuales no se han encontrado estudios previos, especialmente de la comunicación con los progenitores analizada de forma individual, es decir, por una parte, la comunicación con las madres y por otro, con los padres. Ha quedado patente el hecho de que en general la comunicación familiar no ha sido una variable estudiada en relación a los trastornos de la conducta alimentaria, y menos aún el estudio de la comunicación de ambos progenitores por separado, por lo que sería interesante que se realizasen más investigaciones sobre la relación de estas variables con los trastornos de la conducta alimentaria ya que la influencia que ejerce la familia sobre estos pacientes es crucial para el buen pronóstico del tratamiento.

En conclusión, este trabajo supone además de la confirmación de resultados anteriormente expuestos por otros investigadores, una visión más ampliada de aquellos aspectos que están relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y que podrían tomarse en cuenta para su

prevención y tratamiento. Hemos visto que la autoestima y el clima familiar juegan un papel esencial en estos trastornos, por lo que la visión de los psicólogos y demás profesionales que están en contacto con esas patologías podría ampliarse y tomar una dirección distinta. Es decir, trabajar de manera conjunta no solo los síntomas de la propia patología sino también otros aspectos que están directamente relacionados con la mejora de estos pacientes y que pueden favorecer al tratamiento. Desde este estudio se incentiva y promueve lo que ya queda recogido en manuales de intervención, la terapia sistémica, que tiene en cuenta las relaciones familiares y a sus miembros como factores de protección y esenciales para el tratamiento del TCA. Así mismo, los hallazgos en la comunicación familiar nos dejan algunas incógnitas que podrían ser abordadas por otros profesionales de la investigación. A pesar de ello, algunos resultados apoyan la visión de que la familia esta jugando un papel muy importante en los trastornos de la conducta alimentaria, como el hecho de que la comunicación ofensiva sea mayor en el grupo clínico que en el no clínico. Esto nos vuelve a indicar que la familia puede tener un papel activo en la vida de estas personas, ante lo que los psicólogos podemos intervenir para evitar que un aspecto tan importante en la vida de nuestros pacientes pase a ser un factor de riesgo o negativo para superar estas patologías

REFERENCIAS

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., y Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En SEGHNPAEP (Coords.), *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica* (p. 361-374). Madrid: Ergón S.A.
- Arévalo, R. V., Martínez, A. O. R., Rayón, G. Á., Díaz, J. M. M., y Antonio, T. S. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual, 18(1)*, 105.
- Arikian, A., Keel, P. K., Miller, K. B., Thuras, P., Mitchell, J. E., y Crow, S. J. (2007). Parental psychopathology as a predictor of long-term outcome in bulimia nervosa patients. *Eating Disorders, 16(1)*, 30-39.
- Arrufat, F., Badia, G., Benítez, D., Cuesta, L., Duño, L., Estrada, M., Fernández, F., Franch, J., Lombardía, C., Peruzzi, S., Puig, J., Rodríguez, M. G., Serra, J., Soriano, J. A., Trafach, G., Turón, V., y Voltas, M. (2003). Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Española de Salud Pública, 77(5)*, 1-297
- Barbin, J. M., Williamson, D. A., Stewart, T. M., Reas, D. L., Thaw, J. M., y Guarda, A. S. (2002). Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 7(1)*, 32-38.
- Barnes, H. y Olson D. H. (1982). Parent adolescent communication scale. En D. H. Olson *et al.* (Eds.), *Family inventories*. Family Social Sciences, University of Minnesota, St. Paul, Minnesota.
- Bautista, I., y Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria, 31(5)*, 2283-2288.
- Beren, S. E., y Chrisler, J. C. (1990). Gender role, need for approval, childishness, and self-esteem: Markers of disordered eating? *Research Communications in Psychology, Psychiatry, and Behavior, 15*, 183-198.
- Blackmer, V., Searight, H. R., y Ratwik, S. H. (2011). The relationship between eating attitudes, body image and perceived family-of-origin climate among college athletes. *North American Journal of Psychology, 13(3)*, 435-446. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2011-28673-010&authtype=shib&lang=es&site=ehost-live&scope=site&authtype=ip,shib>

- Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., y Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 155-164.
- Cance, J. D., Loukas, A., y Talley, A. E. (2015). The differential associations of internalizing symptoms and family and school relationships with disordered eating attitudes among early adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(1), 41–56. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0265407514523551>
- Castro, J., Toro, J., M., y Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish versión. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.
- Cooper, P. J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., y Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 210-215.
- Curran, P. J., West, S. G., y Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, 1(1), 16.
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., y Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 135-139.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., y Fox, J. (2004). Looking good—Family focus on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 136-144.
- Dunkley, D. M., y Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139–149. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017>
- Escolar-Llamazares, M. C., Martín, M. Á. M., Alonso, M. Y. G., Gómez, M. B. M., Val, E. M., y Ortega, F. L. (2017). Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105-112.
- Estévez, E., Musitu, G., y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, 28(4), 81-89.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, 56(5), 468-476.
- Felker, K. R., y Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29(116), 821–834. Recuperado de:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1995-18026-001&authtype=shib&lang=es&site=ehost-live&scope=site&authtype=ip,shib>

- Fernández, M. P., Encinas, F. L., y Escursell, R. R. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 6, 71-72.
- Fisher, M., Pastore, D., Schneider, M., Pegler, C., y Napolitano, B. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 67-74.
- Fonseca, H., Ireland, M., y Resnick, M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 441-448.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda-García, G., Platas, R. S., Guzman, R., y León Hernández, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(2), 68-78.
- Hoek, H. W., y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Holtom-Viesel, A., y Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29-43. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.005>
- Humphrey, L. L., y Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: A theoretical integration. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14(4), 337-350.
- Jiménez, T. I., Musitu, G., y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 36(2), 181-196.
- Laghi, F., Pompili, S., Zanna, V., Castiglioni, M. C., Criscuolo, M., Chianello, I., y Baiocco, R. (2017). How adolescents with anorexia nervosa and their parents perceive family functioning? *Journal of Health Psychology*, 22(2), 197-207. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1359105315597055>
- Laliberte, M., y Boland, F. J. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1021-1040. Recuperado de:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=2318989&lang=es&site=eds-live&scope=site>

- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., y Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599.
- Maharaj, S. I., Rodin, G. M., Olmsted, M. P., y Daneman, D. (1998). Eating disturbances, diabetes and the family: An empirical study. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 479-490. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00273-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00273-0)
- Moos, R., Trickett, B., y Trickett, Edison J. (1989). *Escalas de clima social Familia (FES), trabajo (WES), instituciones penitenciarias (CIES), centro escolar (CES)* (3ª ed., Publicaciones de psicología aplicada Serie menor 32). Madrid: TEA
- Moreno González, M. A., y Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes = Eating disorder and its relationship with body image and self-esteem in adolescents. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>
- Moreno, J. K., Selby, M. J., Aved, K., y Besse, C. (2000). Differences in family dynamics among anorexic, bulimic, obese and normal women. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(1), 75-87. Recuperado de: [https://doi.org/10.1300/J288v01n01pass:\[_\]06](https://doi.org/10.1300/J288v01n01pass:[_]06)
- Münch, A. L., Hunger, C., y Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-34823-001&authtype=shib&lang=es&site=ehost-live&scope=site&authtype=ip,shib>
- NICE, 2017. Eating disorders: recognition and treatment. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-bulimia-nervosa>
- North, C., Gowers, S., y Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the out come of adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 545-549.
- Okon, D. M., Greene, A. L., y Smith, J. E. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 450-457.
- Paulson-Karlsson, G., Engström, I., y Nevonen, L. (2009). A pilot study of a family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: 18- and 36-month follow-ups. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 17(1), 72-88. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/10640260802570130>

- Peláez Fernández, M., Labrador Encinas, F., y Raich Escursell, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56050204>
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Acevedo, S. P., y Ariza, V. V. (2017). Anxiety as a predictor of anorexia and bulimia risk: Comparison between universities of Baja California and Mexico City. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 49-55.
- Poncini, H. (2017, noviembre 30). Sin filtros contra la anorexia: España carece de una legislación que persiga la apología en la Red de los trastornos alimentarios. El País. Recuperado el 12 de julio 2018, de https://elpais.com/politica/2017/11/29/actualidad/1511982777_313779.html
- Quiles, Y., Terol, M. C., y Quiles, M. J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2).
- Ratti, L. A., Humphrey, L. L., y Lyons, J. S. (1996). Structural analysis of families with a polydrug-dependent, bulimic, or normal adolescent daughter. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1255.
- Reyes-Rodriguez. Estadísticas de los trastornos de la conducta alimentaria. NEDA: feeding hope. Recuperado el 12 de julio de 2018, de <https://www.nationaleatingdisorders.org/estadísticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria>
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., y Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish journal of psychology*, 13(2), 1044-1056.
- Rivero, J., y Fierro, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, revista de Pediatría Integral*, 20-24, Madrid.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C., y Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57.

- Schaumberg, K., Zerwas, S., Goodman, E., Yilmaz, Z., Bulik, C. M., y Micali, N. (2018). Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12984>
- Shea, M. E., y Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1527–1537. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.026>
- Shisslak, C. M., McKeon, R. T., y Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 185-189.
- Strober, M., y Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the typology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 654.
- Thomas, C. L., James, A. C., y Bachman, M. O. (2002). Eating attitudes in English secondary school students: Influences of ethnicity, gender, mood, and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 92–96.
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., y Tocilj, G. (2005). Perceived Family Cohesion, Adaptability and Communication in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19–28. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/erv.615>
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., y Joiner, T. E. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 476–497
- Wallin, U., y Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(1), 29–35. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/080394899426684>
- Westerberg, J., Edlund, B., y Ghaderi, A. (2008). A 2-year longitudinal study of eating attitudes, BMI, perfectionism, asceticism and family climate in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders*, 13(2), 64–72. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/BF03327605>
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, W. L., y Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder

patients in a daytreatment program. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 11(2), 89–99. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/10640260390199280>