

TESIS DOCTORAL

**Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de
las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la
conducta alimentaria**

Meritxell Campreciós Orriols

Dirigida por la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Barcelona, Septiembre 2015



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Títol Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria

Realitzada per Meritxell Campreciós Orriols

en el Centre Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

i en el Departament Psicologia

Dirigida per Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

"El verdadero viaje del descubrimiento no consiste en buscar nuevos territorios
sino en tener ojos nuevos"

Marcel Proust

Esta tesis ha recibido el apoyo del *Fons Social Europeu* y de la *Secretaria d'Universitats i Recerca* del *Departament d'Economia i Coneixement* de la *Generalitat de Catalunya* a través de la ayuda pre-doctoral para la formación y contratación de personal investigador novel (FI; 2012FI_B 00760; 2013FI_B1 00156; 2014FI_B2 00143).

Agradecimientos

He tenido la suerte de recibir el apoyo y la colaboración de muchas personas a lo largo del camino recorrido hasta terminar esta tesis. No resulta fácil citar aquí a todas y cada una de ellas que la han hecho posible estando presentes y formando parte de ella de una manera u otra.

Gracias a mi directora de tesis, la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens, por dirigir este estudio a lo largo de todo el proceso. *Gràcies Anna per creure en mi, per trasmetrem la teva experiència y veritable passió per la investigació, la docència i la família, per haver potenciat el treball en equip i en definitiva, per haver estat allà amb el suport necessari per tirar endavant i superar els entrebancs.*

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* por acompañarme a lo largo de toda mi formación universitaria y carrera investigadora. En su contexto he podido gozar de la beca pre-doctoral FI. Gracias por su apoyo concreto a través de los *Ajuts per a estades de recerca a altres universitats 2014-2015* que me permitió complementar mi formación investigadora y en la familia y los trastornos de la conducta alimentaria a nivel internacional. Asimismo, gracias por confiar en mí como docente, ofreciéndome la posibilidad de ser tutora de Seminario un semestre en el segundo curso del Grado en Psicología.

Gracias al Dr. Carles Pérez Testor, investigador principal del *Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)* por ofrecerme un lugar entre sus miembros, y gracias a los compañeros del GRPF. Entre ellos, agradecer a Nuria Núria Ibáñez la confianza desde un inicio en nuestra línea de investigación. En particular, gracias al equipo de investigación en psicología sistémica, Anna, Clara, Cristina, Edu, Laura y Lourdes, por haber constituido mi pequeña familia a lo largo de este recorrido. Dos menciones especiales. *A tu Cristina, per tot, perquè ets a qui més trobo a faltar en el meu dia a dia.*

Y a Laura, con quien comparto la línea de investigación en poblaciones clínicas. *És tot un plaer treballar amb tu i una tranquil·litat saber que sempre puc comptar amb tu.* El GRPF ha resultado ser un marco idóneo para formarme en el campo de la familia, iniciarme en la investigación y la docencia.

No podía acabar sin mencionar del mismo contexto universitario a los compañeros *recercaires*, con quien he compartido un espacio de trabajo, las tareas de becaria, el proceso de investigación de la tesis y me han enriquecido más de lo que podrían imaginar; Alexandra, Ana Luisa, Cristina Mumbardó, Cristina Oliveira, Cristina Torres, David, Elena, Elisa, Eva, Frederic, Irene, Jordi, Natasha y Sílvia. Y a los compañeros de colaboraciones temporales: Elena, Irene y Mariona.

Un agradecimiento especial al Dr. Carles Virgili y al Dr. Antonino Callea por su asesoramiento, ayuda y formación en la parte metodológica y estadística del estudio. Gracias por vuestra paciencia y por haber hecho posible la respuesta a los objetivos planteados.

Gracias a la Dra. Nathalie Godart por la oportunidad de formarme que me ha brindado al aceptarme en el *Institut Mutualiste Montsouris* (IMM) para mi estancia de investigación. Gracias a la Dra. Jeanne Duclos, la Dra. Irène Kaganski, Zorica Jeremic, y al resto de profesionales del IMM y compañeros de la formación en la terapia multifamiliar. En especial a la Dra. Solange Cook-Darzens, por haberme propuesto dicho contexto internacional para mi estancia de investigación. *Et merci à toi Leslie, pour en plus me faire sentir comme chez moi à Paris.*

Gracias a todos los centros y hospitales colaboradores y a sus profesionales por creer en el estudio y contribuir en hacerlo realidad: por facilitar el proceso de recogida de datos y la experiencia directa con las familias. Una mención especial al Dr. Gustavo Faus y a Toni Grau, también a Lara Borrell, Ariadna Canudas, Marta Gago, Sheila Izu y

Gonzalo Martínez del *Institut de Trastorns Alimentaris* (ITA); al Dr. Enric Armengou y María Richart del Centro ABB; a Neus Izaguirre y Nuria López del Centro Khepra; a Laura Ramos del *Centre IADA*; a Clara Comamala del Centro LABOR-NEPP; a la Dra. Laura Bosa y a la Dra. Sílvia Reyes del *Hospital Universitari de Santa Maria* de Lérida; y al Dr. José A. Soriano y Fina Ruiz del Servicio de Psiquiatría del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Un agradecimiento especial al Dr. Juan Luis Linares, ha sido un privilegio tener al autor de gran parte de la base teórica de esta tesis como profesor en el Máster en Terapia Familiar Sistémica de la *Escola de Postgrau* de la *Universitat Autònoma de Barcelona* (UAB), así como en la Formación Básica en Terapia Familiar Sistémica previa de la *Escola de Teràpia Familiar* del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Doctor Robert* de la UAB.

Gracias a cada una de las familias y sus miembros que han participado en el estudio y nos han ofrecido la oportunidad de conocerlas un poco más en beneficio de la investigación por la salud mental.

A los amigos y familiares que desde el desconocimiento más sincero del mundo de la investigación me han apoyado a lo largo de todo el camino confiando ciegamente en el trabajo y en mí. Gracias a mis amigas y en especial a Alex, Ariadna, Mireia y Sílvia por no dejar de animarme aún cuando parecía no tener efecto. *Gràcies família, Josep i Maite, i Josep per haver-me fet costat i acompanyar-me fins el final i en qualsevol de les circumstancies*. Y a ti, Carlos, por estar de forma incondicional a mi lado disponible para lo que necesite y más. Gracias a todos vosotros por cuidar de mí.

Méritos Científicos

Publicaciones

- Campreciós, M., Duclos, J., Lalanne, Ch., Berthoz, S., Chabhandharian, Ch., EVHAN Group y Godart, N. (2015). *Which is contributing most to parental expressed emotion in anorexia nervosa: the parents or the patients' characteristics?* Manuscrito en preparación.
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C., Mercadal, L e Ibáñez, N. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44, 311-326. Recuperado de <http://www.ub.edu/psicologia/castellano/anuario-de-psicologia>.
- Ibañez, N., Linares, J.L., Vilaregut, A. Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24, 489-494. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Vilaregut, A., Callea, A., Coletti, M., Campreciós, M., Mercadal, L. y Mateu, C. (2015). *Psychometric properties and validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) in Italian population*. Manuscrito presentado para su publicación.

Contribuciones en congresos

Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C. e Ibáñez, N. (octubre, 2011). *Las Relaciones Familiares Básicas en familias con un/a hijo/a con trastorno de la conducta alimentaria y un grupo control desde el modelo sistémico-relacional*. Ponencia presentada en el XXXII Congreso Nacional de Terapia Familiar, Adolescencia y Terapia Familiar, de la Asociación Vasco-Navarra de Terapia Familiar (AVNTF), dentro de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF), Bilbao, España.

Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C. y Mercadal, L. (octubre, 2013). *The Basic Family Relations Inventory (BFRI): Assessment of families with a child with an eating disorder*. Ponencia presentada en el 8th Congress of the European Family Therapy Association (EFTA), Opportunities in a Time of Crisis: The Role of the Family, organizado en cooperación con la Asociación de Terapias Familiares y de Pareja de Turquía (*Aile ve Evlilik Terapileri Dernegi, AETD*), Estambul, Turquía.

Mercadal, L., Vilaregut, A., Campreciós, M. y Virgili, C. (junio, 2013). *Las Relaciones Familiares Básicas en familias con un hijo drogodependiente*. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional Relaciones, la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas, Transitando por el ciclo vital: crisis evolutivas de las familias, Bilbao, España.

Vilaregut, A., Campreciós, M., Virgili, C. y Mercadal, L. (noviembre, 2014). *Utilidad diagnóstica a nivel relacional del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria*. Póster presentado en el II Congreso Nacional de Psicoterapia FEAP 2014, La psicoterapia en el siglo XXI: Investigación y eficacia, organizado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), Barcelona, España.

Índice

Introducción.....	19
-------------------	----

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. Teoría de las relaciones familiares básicas	
1.1. Concepto de familia y funciones.....	31
1.2. Diagnóstico relacional.....	33
1.3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)	
1.3.1. Desarrollo y validación en población española.....	37
1.3.2. Adaptación y validación en población general italiana.....	40
2. Trastornos de la conducta alimentaria	
2.1. Estado actual.....	45
2.2. Relaciones en la familia de origen.....	62
2.2.1. Aportaciones de los clásicos de la terapia familiar sistémica.....	66
2.2.2. Aportaciones recientes.....	85
2.2.3. Instrumentos de evaluación.....	97

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

3. Objetivos e hipótesis	
3.1. Objetivos generales y específicos.....	105
3.2. Hipótesis.....	106
4. Método	
4.1. Diseño.....	111
4.2. Participantes	
4.2.1. Muestreo y criterios de inclusión.....	111
4.2.2. Descripción de los participantes.....	112
4.3. Instrumentos.....	120
4.4. Procedimiento.....	125
4.5. Análisis de datos.....	128

5. Resultados	
5.1. Validez	
5.1.1. Análisis factorial confirmatorio.....	139
5.1.2. Validez convergente.....	142
5.2. Análisis de fiabilidad.....	142
5.3. Baremación.....	142
5.4. Publicación “Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria” de Campreciós et al. (2014).....	144
6. Discussion.....	163
7. Conclusiones.....	185
Referencias.....	187
Apéndice.....	227

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002), el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).....	46
Tabla 2. Instrumentos validados en España que evalúan la familia en los trastornos de la conducta alimentaria.....	99
Tabla 3. Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias clínicas.....	113
Tabla 4. Descriptivos sociodemográficos de las familias clínicas.....	114
Tabla 5. Descriptivos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas.....	116
Tabla 6. Descriptivos psicopatológicos según el DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002) de los miembros de las familias clínicas.....	117
Tabla 7. Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias control.....	119
Tabla 8. Descriptivos sociodemográficos de las familias control.....	120
Tabla 9. Índices de ajuste del modelo bifactorial del CERFB.....	139
Tabla 10. Baremos de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB en los trastornos de la conducta alimentaria.....	143
Tabla N1. Test de normalidad de los ítems del CERFB.....	262
Tabla N2. Matriz de varianzas-covarianzas de los ítems del CERFB.....	263

Figuras

Figura 1. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012).....	32
Figura 2. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas y su correspondencia con la psicopatología (Linares, 1996, 2007, 2012).....	35
Figura 3. Representación estructural del modelo bifactorial del CERFB en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria.....	141

Introducción

Los instrumentos, junto con la entrevista y la observación constituyen los tres elementos metodológicos básicos para una buena evaluación psicológica. Por lo tanto, para una evaluación de calidad, los instrumentos devienen una herramienta necesaria (Muñiz, 2015). Además, los psicólogos españoles tienen una actitud favorable hacia ellos considerándolos útiles en combinación con otras fuentes de información o con otros datos psicológicos (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). Sin embargo, deben tener un rigor psicométrico para que su utilidad sea real. Es cuestionable la acepción universal de los trastornos psicológicos, lo que cuestiona por consiguiente la validez de una misma medida aplicable a todas las culturas o poblaciones. Es necesaria su adaptación a poblaciones específicas (*American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 2014*). Esta tesis se enmarca en este proceso necesario de validación de un instrumento en poblaciones específicas para su uso eficaz (Holtom-Viesel & Allan, 2014).

El Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) es el primer instrumento desarrollado teóricamente y validado en población española que evalúa la familia a partir de la conyugalidad y la parentalidad, las dos relaciones familiares básicas según Linares (1996, 2002, 2007, 2012). El proyecto de investigación que regula su desarrollo y validación enmarca el conjunto de estudios que tienen por objetivo la determinación de la utilidad de dicho instrumento tanto en la investigación como en contextos clínicos para su uso en población general y clínica. En concreto, para complementar la validación del CERFB en población general española de Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili y Campreciós (2012), el estudio inicial del proyecto, son necesarios estudios de validación y determinación de la aplicabilidad del CERFB en distintas poblaciones clínicas de forma simultánea para la interrelación de dichas

puntuaciones en el esclarecimiento de los patrones relacionales específicos. Se trata de un proceso de acumulación de evidencias (Keszei, Novak, & Streiner, 2010). Esta tesis, pues, está a su vez enmarcado entre éstos, contribuyendo en la especificidad del CERFB en la familia y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En una misma línea, se está validando y determinando la aplicabilidad clínica del instrumento en los trastornos por consumo de sustancias a partir de la tesis de la doctoranda Laura Mercadal, cuyos resultados preliminares fueron presentados en el 2013 en Bilbao en el IX Congreso Internacional Relaciones, la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas, Transitando por el ciclo vital: crisis evolutivas de las familias (Mercadal, Vilaregut, Campreciós, & Virgili, 2013).

La conceptualización de la familia en esta tesis está basada en la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), es decir, en términos de parentalidad y conyugalidad, y la conceptualización de los TCA en la definición de dichos trastornos recogida en la cuarta versión revisada en español del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-IV-TR], López-Ibor & Valdés, 2002). A pesar de la reciente publicación de la quinta versión del manual, el DSM-5, de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association* [APA], 2014), el estudio que se recoge en esta tesis se centra en las tres categorías principales y más clásicas de los TCA según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), dado que los participantes clínicos de este estudio han estado diagnosticados en base a ellos. La recogida de datos se inició a finales de 2009 momento en el cual todavía no se había publicado el DSM-5.

El proyecto de construcción y validación del CERFB ha suscitado interés a nivel

internacional: en Italia y Portugal a nivel europeo y en América Latina. Para dar respuesta a este interés se ha diseñado el proyecto *Consolidació i implementació del procés de validació del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en població espanyola, italiana i portuguesa* que ha recibido el soporte de la FPCEE Blanquerna de la URL y la Obra Social La Caixa a través de la ayuda *Ajuts a Projectes Tractors de Fons de Recerca per a l'any 2015*. Los resultados del proceso de adaptación y validación del CERFB en población general italiana están pendientes de publicación (Vilaregut, Callea, Coletti, Campreciós, Mercadal, & Mateu, 2015).

El hecho de que el estudio que compone esta tesis contribuya en un proyecto más amplio ofrece la oportunidad de expandir los resultados estableciendo interrelaciones en el conocimiento en beneficio de la complejidad humana que comprende la psicología. A pequeña escala, este estudio mismo crea un enlace de continuidad con el trabajo de final del Màster Universitari en Psicologia Clínica i de la Salut en el itinerario de investigación de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* (FPCEE Blanquerna) de la *Universitat Ramon Llull* (URL) que dio acceso a los estudios de Doctorado en Psicología en la misma facultad. Inició el estudio descriptivo de las relaciones familiares básicas en los TCA a partir de la aplicación del CERFB. Asimismo, en lo que se refiere al proceso que ha regulado la obtención de estos resultados, éste ha permitido conocer la riqueza del trabajo en equipo de la que se beneficia la investigación. La experiencia que se desprende del proceso de investigación desarrollado para la realización de esta tesis destaca la importancia de la cooperación, así como el enriquecimiento que suponen las relaciones que favorecen el contexto académico y clínico. En concreto, disponer del contexto universitario de trabajo durante tres años, gracias a la beca pre-doctoral FI-

DGR 2012 otorgada por la *Generalitat de Catalunya*, y participar como miembro en un grupo de investigación, el *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF, 2014 SGR 953) de la FPCEE Blanquerna de la URL, han facilitado mayores conocimientos en torno al estudio de temáticas más y menos similares a la propia y la posibilidad de compartir el proceso de investigación acompañado de la solicitud de becas y ayudas para su desarrollo y de publicación científica.

El desarrollo de esta tesis se ha visto enriquecido por la formación específica recibida focalizada en la familia de forma paralela, entre el 2010 y el 2014, que me ha permitido obtener el título de terapeuta familiar. En concreto, se trata del Máster en Terapia Familiar Sistémica de la *Escola de Postgrau* de la *Universitat Autònoma de Barcelona*, habiendo cursado la Formación Básica en Terapia Familiar Sistémica de la *Escola de Teràpia Familiar* del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Doctor Robert* de la *Universitat Autònoma de Barcelona* que da acceso a éste.

Esta tesis cumple los requisitos para la mención internacional en el título de Doctor/a. En primer lugar, la discusión de las aportaciones de este estudio, sus limitaciones, vías de investigación que se abren en beneficio de la continuación de acumulación de evidencias de la utilidad del CERFB e implicaciones teóricas y clínicas se han redactado en inglés, la lengua por excelencia de la comunicación científica en el campo de conocimiento del estudio y diferente de las lenguas oficiales en España. Asimismo, un resumen de la tesis se facilita en castellano, catalán, inglés y francés en el Apéndice A. En segundo lugar, se ha realizado una estancia de investigación de tres meses durante el periodo de investigación en París, Francia, en el Servicio de psiquiatría del adolescente y el joven adulto (*Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte*) dirigido por el *Professeur Maurice Corcos* del *Institut Mutualiste Montsouris* (IMM) bajo la responsabilidad científica de la Dra. Nathalie Godart. El IMM está

vinculado con diversas universidades (*Université Pierre et Marie Curie (UPMC)-Paris VI, Paris-Sud et Paris Descartes*), asociado a la unidad de investigación U669 del *Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM)* en el área de Vida y Salud y unido al *Ecole Doctorale Cerveau Cognition Comportement (ED3C*; ver Apéndice B). Se contó para ello con una ayuda de la FPCEE Blanquerna de la URL (*Ajuts per a estades de recerca a altres universitats 2014-2015*).

La idoneidad de dicha estancia reside en que la Dra. Nathalie Godart es uno de los miembros del equipo de investigación de este servicio con estudios cursados de Medicina y de Doctorado en Psicopatología y Neurobiología de la Conducta y el Desarrollo, estos segundos con los TCA como objeto de estudio. Tiene una trayectoria profesional marcada de especialización en torno a los TCA, tanto a nivel clínico como de investigación, habiendo ido otorgando importancia a la familia de los pacientes con TCA. Ya publicó en esta línea en el 2006, junto con Perdereau, F., Rein, Z., Curt, F., Kaganski, I., Lucet, R., Corcos, M., Fermanian, J., Flament, M. y Jeammet, P., el artículo “*Resolving a disagreement in a clinical team: overcoming conflicting views about the role of family therapy in an outpatient treatment programme for anorexia nervosa*” en *Eating and Weight Disorders*, 11, 185-194. Más recientemente, ha dirigido la tesis doctoral “*Relations familiales dans l'anorexie mentale à l'adolescence: de l'évaluation à la clinique*” defendida en el 2012 por la Dra. Jeanne Duclos, una psicóloga con quien actualmente está realizando una investigación sobre la eficacia de la terapia familiar después de una hospitalización de pacientes adolescentes por anorexia nerviosa grave en el tiempo: a los 18, 54 y 120 meses de seguimiento. En concreto, se publicaron en el 2012 los resultados del seguimiento a los 18 meses y están recogiendo en la actualidad los datos relativos al de los 10 años. El pasado año 2014, también con la Dra. Jeanne Duclos y Dorard, G., Berthoz, S., Curt, F., Faucher, S. y

Falissard, B., publicaron el artículo “*Expressed emotion in anorexia nervosa: What is inside the “black box”?*” en *Comprehensive Psychiatry*, 55, 71-79. Por consiguiente, permitió un enriquecimiento en la temática de la familia y los TCA desde un contexto muy distinto al académico y en estrecha colaboración con la clínica. Es fruto de esta estancia el artículo que aparece entre los méritos científicos relacionados con esta tesis. Se recoge en mayor detalle dicha estancia en la memoria de ésta enmarcada en la concesión de la ayuda de la FPCEE Blanquerna (ver Apéndice C).

En tercer lugar, previo envío de la tesis, la Dra. Solange Cook-Darzens y la Dra. Jeanne Duclos, dos doctoras expertas del ámbito internacional propondrán un informe de la misma.

En cuarto y último lugar, el Dr. Antonio Callea, Dr. Antonino Callea, profesor adjunto de Psicometría de la Università di Roma LUMSA en Italia, ha sido invitado y ha aceptado formar parte de los miembros del tribunal evaluador de esta tesis, entre la Dra. Ana Martínez Pampliega de la Universidad de Deusto y el Dr. Carles Perez Testor de la URL del ámbito nacional.

Estructura de la tesis

La tesis está dividida en dos grandes partes; una teórica que recoge la definición y contextualización de la temática de estudio, asentando las bases teóricas del estudio; y una empírica que recoge la propuesta metodológica y los resultados, objeto de valoración y contraste con la literatura entorno a la temática.

La parte teórica, por un lado, presenta en un primer capítulo la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012) y en relación a ella, la investigación relativa al CERFB llevada a cabo hasta la fecha. Y por otro, contempla en un segundo capítulo los TCA, la clínica objeto de estudio, desde una mirada hacia la

concepción actual de ellos como trastornos mentales complejos en relación con una combinación de vulnerabilidades psico-biológicas individuales y socio-culturales, ninguna suficiente por sí sola. Es importante destacar la dificultad de distinguir entre la causa y el efecto que recogen los estudios epidemiológicos y de los factores de riesgo y mantenimiento de los TCA debido al diseño transversal predominante de dichos estudios en la temática (Holtom-Viesel & Allan, 2014). En la tesis se presentan los TCA y contextualizan en la sociedad actual, recibiendo especial atención los componentes relacionales familiares. De éstos últimos, se ofrece la visión patente en la literatura más reciente a partir de la de los clásicos de la terapia familiar. Debido a la dificultad de evidenciar científicamente el papel de la familia en los estudios epidemiológicos de los TCA, se plantea la necesidad de dar un paso hacia delante hacia la práctica en la investigación de cómo funcionan las intervenciones en los TCA. Es decir, en el estudio de la interacción entre la familia y la respuesta al tratamiento (Eisler, 2005; Konstantellou, Campbell, & Eisler, 2012). Es en esta línea en la que se plantea el presente estudio y por lo tanto, por último en esta parte se revisan los instrumentos disponibles en España para la evaluación de la familia en los TCA.

La parte empírica se inicia con el planteamiento de los objetivos e hipótesis en el tercer capítulo, seguido de la exposición y justificación de los aspectos metodológicos en el cuarto capítulo y la presentación de los resultados del estudio en el quinto. Los resultados, en particular, recogen las evidencias de validez y fiabilidad del CERFB y determinan la aplicabilidad clínica del instrumento en los TCA a partir de la baremación de las puntuaciones de dicho grupo y la determinación de los puntos de corte discriminativos en el estudio de las puntuaciones en relación a un grupo control. Esta última parte de los resultados los constituye la publicación “Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria” de

Campreciós, Vilaregut, Virgili, Mercadal e Ibáñez (2014).

Se han considerado muy importantes los capítulos 4 y 5 relativos al método y los resultados porque es a partir de ellos que se consolida el CERFB como un instrumento de uso viable en los TCA. Es por esto que se han descrito con detalle. Por ejemplo, el conjunto de familias participantes, con un hijo¹ con TCA y sin diagnóstico psicopatológico, a pesar de ser el mismo que en el estudio que recoge el artículo publicado y en el cual ya fue presentado, es descrito de nuevo en la tesis más detalladamente como grupo de referencia en base al cual se consolidan los resultados de este estudio. Asimismo, el proceso de verificación de la estructura factorial del CERFB a nivel metodológico y los resultados correspondientes también se han procurado detallar al máximo siguiendo las recomendaciones de Hoyle y Isherwood (2013) y Jackson, Gillaspay y Purc-Stephenson (2009).

En el sexto capítulo correspondiente a la discusión se detallan las principales aportaciones de este estudio, sus limitaciones, vías de investigación que se abren en beneficio de la continuación de acumulación de evidencias de la utilidad del CERFB e implicaciones teóricas y clínicas. Y finalmente, el séptimo capítulo recoge las conclusiones de esta tesis.

¹ Se emplea el término *hijo/s* al ser la forma genérica para hacer referencia a los hijos de ambos géneros a lo largo de todo el documento a no ser que se requiera diferenciación, en cuyo caso se porporciona.

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. Teoría de las relaciones familiares básicas

1.1. Concepto de familia y funciones

1.2. Diagnóstico relacional

1.3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

1.3.1. Desarrollo y validación en población española

1.3.2. Adaptación y validación en población general italiana

1. Teoría de las relaciones familiares básicas

1.1. Concepto de familia y funciones

Linares (1996) ubicó el punto de partida de una familia en “la constitución de una pareja parental, es decir, al momento en que dos individuos se unen con la intención, implícita o explícita, de devenir padres” (p.75). Siguiendo a Linares (2002), en el proceso de creación de una familia, el género ya no es taxativo en la estructura de las parejas, ni tampoco que los hijos sean biológicos, adoptivos o concebidos a través de técnicas de fecundación artificial. Sin embargo, sí que es determinante la existencia de dos funciones relacionales independientes: la conyugalidad y la parentalidad (Linares, 1996, 2002).

Estas dos funciones, Linares (1996, 2002, 2007, 2012) consideró que definen la atmosfera relacional de una familia de origen. La conyugalidad, en una pareja con aptitud para formar una familia, se fundamenta en un intercambio recíproco de elementos cognitivos (reconocimiento y valoración), emocionales (cariño y ternura) y pragmáticos (deseo y sexualidad). De este modo, la conyugalidad es entendida como un ejercicio de dar y recibir de forma equilibrada con diversas proporciones de igualdad y diferencia. La parentalidad también se fundamenta en elementos cognitivos, que implican reconocimiento y valoración, y emocionales, tales como el cariño y la ternura. En cambio, los elementos pragmáticos en esta función se centran en el ejercicio de la sociabilización, necesaria para integrar armoniosamente a los hijos en la sociedad, quienes aprenderán a respetar las normas y a protegerse adecuadamente. A diferencia de la conyugalidad, la parentalidad se apoya en una relación complementaria y desigual, en la que debe existir cierto desequilibrio entre dar y recibir (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012).

Ambas funciones, según las concebió Linares (1996, 2002, 2007, 2012), pueden

representarse como un *continuum* inscrito entre un polo de máxima positividad y otro de máxima negatividad; la conyugalidad se inscribe entre la armonía y la desarmonía, y la parentalidad entre la conservación y la desarmonía, y la parentalidad entre la conservación y el deterioro primario.

Linares (1996, 2002, 2007, 2012) estableció que la conyugalidad y la parentalidad son dos funciones relacionales independientes, aunque la combinación de ambas genera situaciones que definen la nutrición relacional de una familia. Dicha nutrición relacional influye decisivamente sobre los miembros de la familia, especialmente, determinando el desarrollo de la personalidad y la salud mental de los hijos. En esta línea, Linares ha entrecruzado la conyugalidad y la parentalidad formando un diagrama ortogonal, con dos polos de máxima positividad y dos polos de máxima negatividad para cada una de las funciones (ver Figura 1).

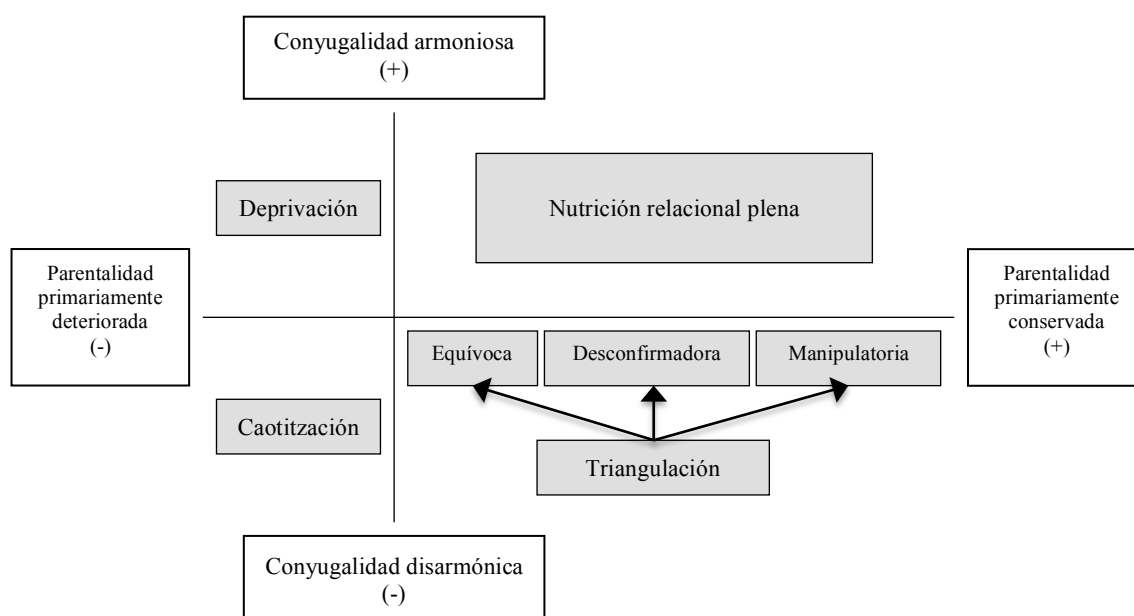


Figura 1. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012).

1.2. Diagnóstico relacional

La intersección de las dos funciones, conyugalidad y parentalidad, origina, como se puede apreciar en la Figura 1, cuatro cuadrantes correspondientes a cuatro modalidades distintas de relación familiar. El cuadrante superior derecho se define por la funcionalidad, caracterizada por la conyugalidad armoniosa y la parentalidad primariamente conservada (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012). En estas familias la nutrición relacional está garantizada. Asimismo, los hijos cuentan con una gran cantidad de recursos para construir una personalidad madura y equilibrada. Linares (2012) definió la nutrición relacional como la consciencia de ser complejamente amado, tratándose de una amor que incluye elementos cognitivos, pragmáticos y emocionales. Además, Linares (2012) presentó la nutrición relacional como el motor que guía la construcción de la personalidad, estimulando los procesos madurativos del psiquismo.

En el cuadrante inferior derecho, Linares (1996, 2002, 2007, 2012) ha ubicado las triangulaciones, definidas por una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente conservada. Es probable que en esta modalidad de relación familiar, la pareja parental, ante dificultades considerables para resolver sus conflictos, tienda a buscar aliados para posicionarse conjuntamente en contra del otro. Linares (2012) destacó que en las triangulaciones, a pesar de que los padres están aparentemente implicados en el bienestar y la salud de sus hijos, los conflictos conyugales entorpecen la cobertura de las necesidades dadas su incapacidad de controlar el impacto negativo de éstos y la parentalidad se acaba viendo secundariamente deteriorada.

El cuadrante superior izquierdo, caracterizado por una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, se han ubicado las deprivaciones (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012). En este tipo de familias, la pareja parental se presenta razonablemente bien avenida. Sin embargo, presenta cierta incompetencia en el

ejercicio de la parentalidad al no proporcionar una nutrición relacional adecuada. Tales carencias pueden manifestarse en altos niveles de exigencia y responsabilización. Así como también, las funciones nutricias pueden estar supeditadas al logro de unas inalcanzables cotas normativas (Linares & Campo, 2000; Linares, 2012).

Finalmente, el cuadrante inferior izquierdo corresponde a las caotizaciones, representadas por condiciones relacionales muy deficitarias: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012).

Linares (1996, 2007, 2012) ha asociado las triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones, modalidades de relación familiar disfuncional, a la psicopatología (ver Figura 2).

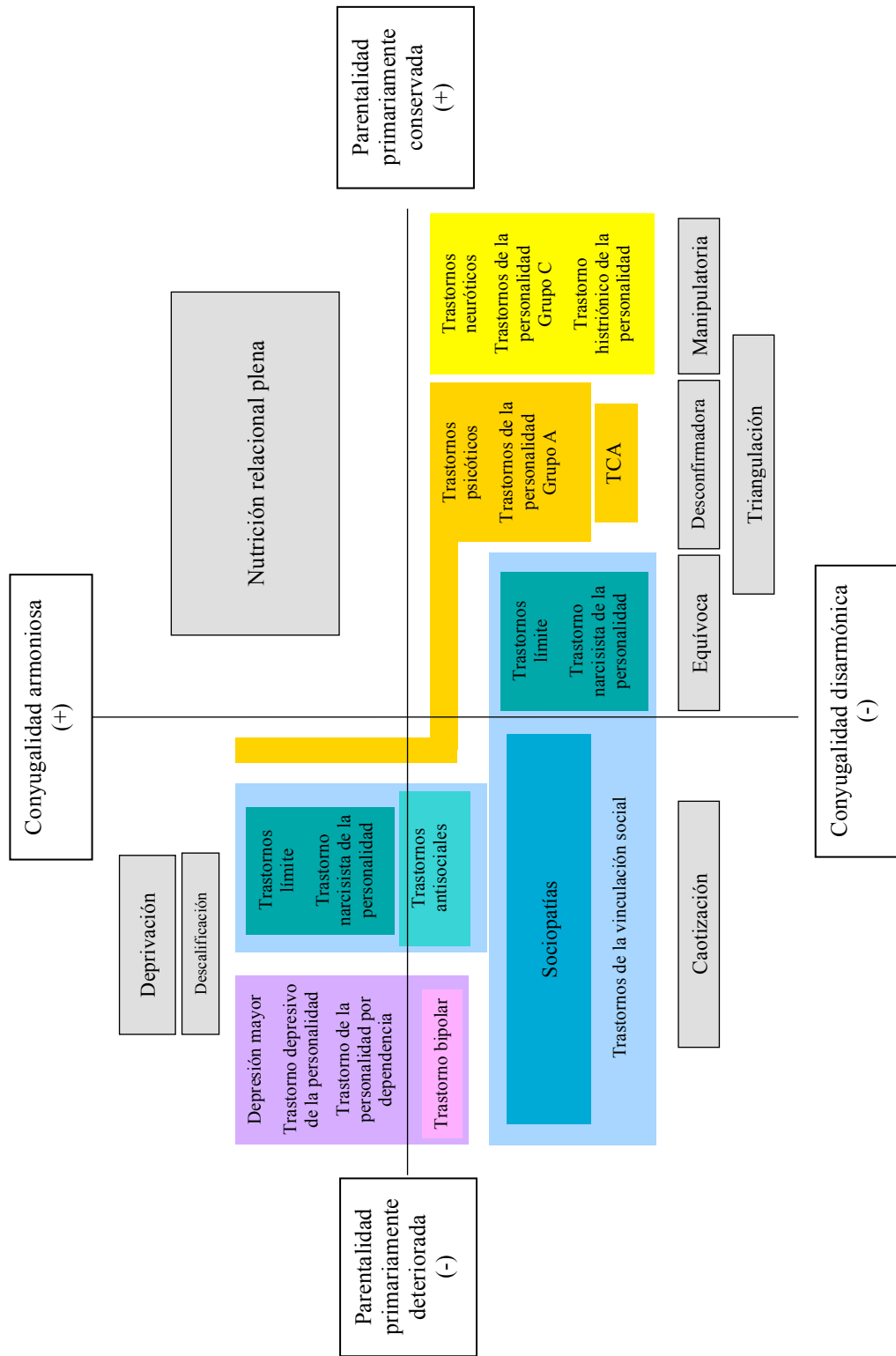


Figura 2. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas y su correspondencia con la psicopatología (Linares, 1996, 2007, 2012).

Entre los distintos trastornos mentales y en concreto, los trastornos psicósomáticos, Linares (1996) destacó los TCA como trastornos que no tienen una ubicación propia y específica en relación a la conyugalidad y la parentalidad. Aún así, encuadró los TCA en el cuadrante inferior derecho del diagrama que se observa en la Figura 2, es decir, entre una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente conservada. La triangulación adquiere un matiz desconfirmador en el universo psicótico, dentro del cual Linares ubicó los TCA partiendo de las aportaciones de Selvini Palazzoli (1981, como se citó en Linares, 1996).

Uno de los trastornos que Linares (1996) no ubicó en el diagrama ortogonal son los trastornos por consumo de sustancias al considerar que tampoco tienen una ubicación única y específica. Los trabajó en relación a la conyugalidad y la parentalidad a partir de la tipología de las drogodependencias de Luigi Cancrini: traumáticas o tipo A, neuróticas o tipo B, psicóticas o tipo C y sociopáticas o tipo D (Cancrini, 1973; Cancrini, 1987; Cancrini & La Rosa, 1996; Cancrini & Massoni, 1993). Cancrini (1987) consideró que sólo en las drogodependencias neuróticas o tipo B y psicóticas o tipo C se comprende mejor el consumo y abuso de sustancias en relación a la estructura y organización familiar, las cuales coinciden con el cuadrante de las triangulaciones del diagrama ortogonal de Linares (1996).

Esta conexión teórica postulada por Linares (1996, 2007, 2012), entre las funciones familiares básicas y la psicopatología, llevó a Ibáñez et al. (2012) a construir y validar el CERFB en población general española, con la finalidad de contribuir en la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad y, por tanto, en el rigor del diagnóstico relacional.

1.3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

1.3.1. Desarrollo y validación en población española

Ante la necesidad de desarrollar teóricamente, construir y validar en población general española un instrumento que evalúe y diferencie simultáneamente la conyugalidad y la parentalidad, Ibáñez et al. (2012) han construido el CERFB.

Para ello, se partió del intento de Linares (1996) de dar respuesta a esta necesidad, al construir la Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (EERFB), basada en su propia teoría, sobre la conyugalidad y la parentalidad como funciones familiares básicas propias de la atmósfera relacional de una familia.

La teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), basada en su observación clínica, es la referencia teórica a partir de la que se crea la EERFB, y por lo tanto, el CERFB. Linares sustrajo de las sesiones clínicas grabadas, frases, afirmaciones, actitudes y comportamientos que de forma reiterada se daban en distintas interacciones familiares. De esta forma, se consiguieron cuatro subescalas de 20 ítems cada una conforme al modelo teórico de Linares: Conyugalidad Armoniosa, Conyugalidad Disarmónica, Parentalidad Conservada y Parentalidad Deteriorada.

El primer y único intento de validación de la escala lo realizaron Edelstein, Faus, Martínez, Menéndez, Paino y Puig (1994), quienes administraron el instrumento a 187 familias de Barcelona (138 familias no clínicas y 49 familias con patología psiquiátrica). En dicho estudio piloto, en primer lugar, redujeron el número de ítems a 34, mediante el análisis de componentes principales y la aplicación de la rotación varimax, manteniendo su distribución entre las cuatro subescalas. Y, en segundo lugar, encontraron, a pesar de la divergencia muestral, diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con patología psiquiátrica y el grupo no clínico en las cuatro subescalas.

La capacidad potencial de la EERFB se retomó el año 2004, con la finalidad de crear una nueva herramienta útil para el diagnóstico relacional de las familias de la población general y clínicas. A partir de este interés se firmó un convenio de colaboración entre la FPCEE Blanquerna de la URL y la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Dr. Robert de la Universitat Autònoma de Barcelona, en el cual el Dr. Juan Luís Linares, como autor de la EERFB, autorizaba la utilización de la misma para desarrollar una nueva herramienta de medida, concretamente el CERFB.

Fruto de dicho convenio, Ibáñez et al. (2012) construyeron en población general española un instrumento que permite evaluar y diferenciar, al mismo tiempo, la conyugalidad y la parentalidad discriminando entre parejas funcionales y disfuncionales y entre un ejercicio adecuado o no de las funciones parentales. De este modo, Ibáñez et al. (2012) pretenden aumentar el conocimiento de las relaciones familiares propias de contextos definidos tanto en el campo de la prevención e intervención familiar como en la investigación. Para ello, dichos autores recuperaron la EERFB y el intento de validación de ésta realizado por Edelstein et al. (1994) para la creación del CERFB.

La investigación realizada por Ibáñez et al. (2012), centrada en el estudio de la validez factorial exploratoria, la consistencia interna y la validez de constructo del CERFB, concluyó que los análisis realizados son indicativos de unas buenas propiedades psicométricas.

La estructura factorial de la escala Conyugalidad presenta un único factor, divergiendo con la visión bidimensional del constructo teórico: los ítems de este factor que saturan positivamente corresponden en su totalidad a la subescala Conyugalidad Armoniosa, mientras que los ítems que saturan negativamente corresponden a la subescala Conyugalidad Disarmónica (Ibáñez et al., 2012). La escala Parentalidad se

estructura en dos factores diferenciados y coherentes con el modelo bidimensional propuesto (Ibáñez et al., 2012): Parentalidad Primariamente Conservada y Parentalidad Primariamente Deteriorada.

En relación a la fiabilidad, Ibáñez et al. (2012) obtuvieron un alfa de Cronbach de .92 y .91 para los factores Conyugalidad y Parentalidad, respectivamente, evidenciando así una excelente consistencia interna de ambas escalas.

Siguiendo a Ibáñez et al. (2012) los dos factores hallados, Conyugalidad y Parentalidad, mostraron que el CERFB, compuesto por 25 ítems, presenta una apropiada validez de constructo y posee propiedades psicométricas adecuadas, considerándose un instrumento válido para evaluar el modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012).

De este modo, el CERFB de Ibáñez et al. (2012) consta de 25 ítems valorados en una escala Likert de cinco puntos de respuesta, que evalúan la percepción de los padres en relación a sus hijos y a su pareja.

En conclusión, el CERFB deviene el primer instrumento desarrollado teóricamente, construido y validado en población general española que evalúa la familia desde la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 1996, 2002, 2007, 2012). Asimismo, es importante destacar que el CERFB con la finalidad de avanzar en la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad y en la rigurosidad del diagnóstico relacional, pretende dar un paso más en el avance de la psicología aplicada en esta línea de estudio y aumentar el conocimiento de las relaciones familiares propias de contextos definidos tanto en el campo de la prevención e intervención familiar como en la investigación (Ibáñez et al., 2012; Linares, 2012).

A partir de aquí, se pudo plantear la expansión del desarrollo del CERFB hacia las poblaciones clínicas. En estos momentos, un pilar importante de esta línea de

investigación es este estudio que recoge la tesis. Asimismo, la tesis de la doctoranda Laura Mercadal está ligada a la validación y determinación de la aplicabilidad clínica del CERFB en los trastornos por consumo de sustancias.

Los resultados exploratorios preliminares de esta segunda tesis sugieren la potencialidad evaluativa y discriminativa del CERFB de los trastornos por consumo de sustancias respecto a las familias sin diagnóstico psicopatológica a partir de una muestra total de 120 participantes (60 familias clínicas y 60 familias no clínicas grupo control). Las familias participantes en el estudio se ajustan a los mismo criterios de inclusión muestral definidos en los diversos estudios de validación del CERFB con el objetivo de hacer viable la comparación entre grupos. La valoración de conyugalidad y parentalidad de las familias con un hijo con trastorno por consumo de sustancias es significativamente menor a la de las familias no clínicas en la línea esperada dada la mayor capacidad nutricional que describe Linares (1996) en las dinámicas relacionales funcionales (Mercadal et al., 2013).

1.3.2. Adaptación y validación en población general italiana

Siguiendo la trayectoria iniciada por Ibáñez et al. (2012) de la validación del CERFB en población general española, Vilaregut et al. (2015) han iniciado la adaptación y validación del CERFB en población general italiana. En esta línea, el objetivo principal de la investigación fue examinar las propiedades psicométricas del CERFB en población general italiana. Se dio respuesta a éste a partir de una muestra total de 234 participantes (117 parejas como unidad familiar) que se ajustaron a los mismos criterios de inclusión empleados en el estudio en población española.

Preliminarmente, se obtuvo la versión italiana del CERFB. Los ítems del instrumento fueron traducidos del español al italiano por un psicoterapeuta familiar y

posteriormente al español de nuevo por un intérprete. Se verificó la concordancia de ambas versiones españolas.

El análisis factorial exploratorio de la versión italiana del CERFB, igual que en el estudio realizado por Ibáñez et al. (2012), presentó una estructura bidimensional, agrupándose por un lado, la escala Conyugalidad con 14 ítems, y por otro lado, la escala Parentalidad con 11 ítems (Vilaregut et al., 2015). Dicha estructura bidimensional coincide con las funciones descritas en la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012).

Por un lado, la estructura factorial de la escala Conyugalidad reveló un único factor, difiriendo con la visión bipolar de máxima positividad y negatividad del constructo. Sin embargo, en este factor los ítems que saturaron negativamente corresponden a la subescala Conyugalidad Armoniosa, y los ítems que saturaron positivamente a la subescala Conyugalidad Disarmónica (Vilaregut et al., 2015). Por otro lado, la estructura de la escala Parentalidad también reveló un único factor sin coincidir con la visión bipolar de máxima positividad y negatividad del constructo teórico. En este caso, los ítems que saturaron negativamente corresponden a la subescala Parentalidad Primariamente Conservada, y los ítems que saturaron positivamente a la subescala Parentalidad Primariamente Deteriorada (Vilaregut et al., 2015).

En relación a la fiabilidad, el factor Conyugalidad presentó una excelente consistencia interna a partir de la obtención de un alfa de Cronbach de .92. Asimismo, la fiabilidad del factor Parentalidad presentó una elevada consistencia interna a partir de un alfa de Cronbach de .80 (Vilaregut et al., 2015). Estos resultados son similares a los obtenidos en la versión española del CERFB de Ibáñez et al. (2012); Conyugalidad ($\alpha = .91$) y Parentalidad ($\alpha = .92$).

Como se esperaba, los análisis de la validez convergente y divergente entre el

CERFB italiano y la cuarta versión en italiano de la Escala de Evaluación de la Adaptación y Cohesión Familiar (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* [FACES IV]; Baiocco, Cacioppo, Laghi & Tafa, 2013), la versión en italiano de la Escala de Comunicación Familiar (*Family Communication Scale* [FCS]; Baiocco et al., 2013) y la Escala de Satisfacción Familiar (*Family Satisfaction Scale* [FSS]; Olson, 1995), revelaron correlaciones significativas y positivas entre la Conyugalidad y Parentalidad del CERFB y los constructos teóricos de cohesión, flexibilidad, comunicación familiar y satisfacción familiar, los dos primeros propios de la FACES IV y los dos últimos de la FCS y la FSS, respectivamente. Asimismo, revelaron correlaciones significativas y negativas con los constructos teóricos de rigidez y desapego de la FACES IV. Estos tests-criterio, complementaron la validez de constructo del CERFB determinada a nivel estructural (Vilaregut et al., 2015).

Vilaregut et al. (2015) concluyeron que la versión italiana del CERFB, con buenas propiedades psicométricas, puede ser considerada para evaluar simultáneamente las relaciones familiares básicas, a través de la conyugalidad y la parentalidad. Por este motivo, Vilaregut et al. (2015) proponen una vez más el CERFB como una herramienta de indudable utilidad para comprender mejor las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, y de este modo mejorar la eficacia de los programas de prevención e intervención psicológica.

Vilaregut et al. (2015), teniendo en cuenta estos hallazgos, introdujeron de cara a futuras investigaciones la posibilidad de realizar la validación del CERFB en población clínica italiana. Prevén que el CERFB puede convertirse en una herramienta útil para el diagnóstico relacional también en dicha población; la versión española del CERFB ya ha mostrado resultados satisfactorios en esta línea (Campreciós et al., 2014).

2. Trastornos de la conducta alimentaria

2.1. Estado actual

2.2. Relaciones en la familia de origen

2.2.1. Aportaciones de los clásicos de la terapia familiar sistémica

2.2.2. Aportaciones recientes

2.2.3. Instrumentos de evaluación

2. Trastornos de la conducta alimentaria

2.1. Estado actual

Diagnóstico

La categoría TCA consta en distintas clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales y médicos. Todas ellas recogen las subcategorías principales de los TCA: la AN, la BN y el TCANE.

La Tabla 1 presenta comparativamente las subcategorías diagnósticas de los TCA de tres sistemas de clasificación de referencia actuales: DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002), DSM-5 (APA, 2014) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Sigue vigente la clasificación del DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002) a pesar de la publicación del DSM-5 (APA, 2014) debido a los cambios que éste ha introducido en la concepción diagnóstica más clásica de dichos trastornos. Se requiere de un periodo de transición y adaptación por parte del sistema de salud. Por un lado, la categoría de los TCA está renombrada “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” al incluir en él los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez al desaparecer la categoría que recogía los segundos centrada en este periodo de la vida. Por otro, dos de las subcategorías principales de los TCA, la AN y la BN, aparecen revisadas con el umbral dentro del cual se definen dilatado y el trastorno de atracones propuesto en los apéndices de la versión anterior está reconocido como subcategoría específica.

Tabla 1.

Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002) y DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)

DSM-IV-TR		DSM-5		CIE 10
<i>Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez</i>		<i>Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos</i>		<i>F50 Trastornos de la conducta alimentaria</i>
307.52 (F98.3) Pica		307.52 (___) Pica (F98.3) En niños (F50.8) En adultos		
307.53 (F98.2) Trastorno por rumiación		307.53 (F98.21) Trastorno de rumiación		
307.59 (F98.2) Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez		307.59 (F50.8) Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos		
<i>Trastornos de la conducta alimentaria</i>				
307.1 (F50.0) Anorexia nerviosa		307.1 (___) Anorexia nerviosa (F50.01) Tipo restrictivo (F50.02) Tipo con atracones/purgas		F50.0 Anorexia nerviosa
307.51 (F50.2) Bulimia nerviosa		307.51 (F50.2) Bulimia nerviosa		F50.1 Anorexia nerviosa atípica F50.2 Bulimia nerviosa F50.3 Bulimia nerviosa atípica F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas
		307.51 (F50.8) Trastorno de atracones		
		307.59 (F50.8) Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado		F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria
307.50 (F50.9) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado		307.50 (F50.9) Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado		F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

La mayor especificidad del DSM-5 (APA, 2014) en el diagnóstico de los TCA se ha observado en la reducción de las cifras de prevalencia de la subcategoría residual TCANE al mismo tiempo que aumentan las de AN y BN y las del trastorno de atracones (Fisher, Gonzalez, & Malizio, 2015; Nakai, Fukushima, Taniguchi, Nin, & Teramukai, 2013; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2013; Smink, van Hoeken, Oldenhinkel, & Hoek, 2014). El TCANE se había registrado en diversos estudios a lo largo de la década previa a la publicación del DSM-5 (APA, 2014) como el diagnóstico de TCA más común (Eddy, Celio Doyle, Hoste, Herzog, & Le Grange, 2008; Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007; Peláez, Raich, & Labrador, 2010; Smink et al., 2013).

Sin embargo, existe un debate en torno al valor de dichas subcategorías de los TCA (Fairburn & Cooper, 2011; Walsh & Sysko, 2009). Los síntomas de los TCA cambian en el tiempo y hay una continua oscilación de los pacientes de una a otra (Ackard, Fulkerson, & Neumark-Sztainer, 2011; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Prevalencia

Evidencias empíricas de la última década presentan los TCA como un fenómeno muy presente en la actualidad. Qian et al. (2013) realizaron la primera y más reciente revisión sistemática y meta análisis de estudios de todo el mundo de prevalencia de los TCA en la población general hasta la fecha. En primer lugar, refirieron una cifra universal de prevalencia de los TCA a lo largo de la vida de 1.01% (1.59% en mujeres y 0.38% en hombres); de AN de 0.21% (0.33% en mujeres y 0.15% en hombres), de BN de 0.81% (1.05% en mujeres y 0.27% en hombres) y de trastorno de atracones de 2.22% (2.53% en mujeres y 1.19% en hombres). Ponen de manifiesto con ellas la marcada desigualdad en el diagnóstico de estos trastornos según el género ya que la única proporción entre los dos géneros que no resultó estadísticamente significativa fue la del

trastorno de atracones a pesar de que se registren cifras de prevalencia cada vez mayores en los hombres (Mitchison, Hay, Slewa-Younan, & Mond, 2014; Raevuori, Keski-Rahkonen, & Hoek, 2014). En la misma línea, Raevuori et al. (2014) recogen también una mayor igualdad de la proporción a lo largo de la vida de hombres respecto a la de mujeres en el diagnóstico del trastorno de atracones (1:2-1:6) en su revisión de estudios epidemiológicos en relación a la de la AN (1:3-1:12) o BN (1:3-1:18).

En segundo lugar, tampoco encontraron uniformidad en la distribución de estas cifras a nivel geográfico; la prevalencia de los TCA y sus dos subcategorías principales, la AN y la BN, es más elevada en la Europa occidental, Nueva Zelanda y los Estados Unidos que en Asia, en concreto, Corea del Sur.

Y en tercer lugar, concluyeron una tendencia general de aumento de los TCA y de forma significativa en el caso de la AN. La BN es la excepción al no mostrar un patrón claro. Relacionado con la inclusión del trastorno de atracones en el DSM-5 (APA, 2014) ésta es la subcategoría con la cifra de prevalencia más elevada a nivel mundial, lo que sugiere que los ajustes diagnósticos tienen un papel en el rango de variabilidad que observamos en la prevalencia de los TCA junto con las limitaciones propias de la dificultad de los estudios epidemiológicos.

Los resultados del único estudio incluido en la revisión de Qian et al. (2013) que proporcionó cifras de prevalencia para los TCA según la edad es el de Wells et al. (2006) que concluyó una prevalencia más elevada entre los 16 y 44 años que a partir de los 45 años. Con el foco en esta población, el DSM-5 (APA, 2014) recogió una prevalencia en mujeres jóvenes en los últimos doce meses de 0.4% de AN y de entre 1 y 1.5% de BN, siendo en ambos casos la proporción de mujeres respecto a los hombres de 10:1. En cambio, la proporción por género del trastorno de atracones es menos desequilibrada según su registro en Estados Unidos de una prevalencia de mujeres y

hombres adultos de 1.6% y 0.8% respectivamente, en línea con prevalencias ya citadas.

A nivel europeo, Preti et al. (2013) estimaron la prevalencia a lo largo de la vida de los TCA, específicamente, de las dos modalidades principales que recoge el DSM-IV (APA, 1994), AN y BN, y del trastorno de atracones propio y con el umbral dilatado, en la población general con una muestra de seis países entre los que se encuentra España en el marco del proyecto *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD/MHEDEA 2000) que forma parte del WHO/*World Mental Health 2000* (WMH2000) Initiative. Obtuvieron unas cifras que también presentan los TCA como un fenómeno más común en mujeres y que encabeza el trastorno de atracones (1.12%; 0.26% en hombres y 1.92% en mujeres) seguido de la BN (0.51%; 0.12% en hombres y 0.88% en mujeres) y la AN (0.48%; 0% en hombres y 0.93% en mujeres).

Se puede apreciar como las cifras europeas se mantienen en la línea de las universales de Quai et al. 2013 registrando el trastorno de atracones como el TCA más común entre los hombres. Asimismo, identificaron una mayor probabilidad de un diagnóstico de TCA cuanto menor sea la edad.

Centrándonos en España respecto a otros países europeos, se registró una prevalencia del 2.4% inferior a la de Francia (4.1%), Bélgica (3.5%) e Italia (3.3%) pero superior a la de Holanda (1.7%) y Alemania (1.2%) entre enero de 2001 y agosto de 2003. Peláez et al. (2010) han observado que las cifras de prevalencia obtenidas en los estudios epidemiológicos españoles son similares a las de otros países desarrollados: de 1-3% en la población adolescentes y jóvenes y según el género, de 4-5% en las mujeres.

Específicamente en el territorio catalán el *Pla de Salut de Catalunya* (2002-2005) del *Departament de Sanitat i Seguretat Social* de la *Generalitat de Catalunya* (2003) destacó los TCA como un problema importante de la salud pública a pesar de la falta de estudios epidemiológicos de prevalencia con cifras propias. Ante dicha

situación, se planteó como objetivo su detección precoz desde atención primaria. Más recientemente se recoge la diferencia de género en la proporción de prevalencias de los TCA, siendo mayor la de mujeres en el *Informe de salut a Catalunya del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010* (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2010).

Cabe añadir a las prevalencias destacadas que los TCA son un fenómeno de una severidad importante (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009) la qual ha aumentado en la actualidad (Kuek, Utpala, & Lee, 2015). Dicha severidad está en parte relacionada con el aumento de la mortalidad en los TCA (Crow et al., 2009; Smink et al., 2013). Se derivan del metanálisis de Arcelus, Mirchell, Wales y Nielsen (2011) unos ratios estandarizados de mortalidad de 5.86 en la AN, 1.93 en la BN y 1.92 en el TCANE. Entre los individuos con AN que murieron, 1 de cada 5 se suicidaron. En esta línea, Smink et al. (2013) en su revisión de la literatura reciente sobre la epidemiología, curso y respuesta al tratamiento de los TCA destacaron el suicidio como una causa común de muerte en la AN y la BN a pesar de ser más frecuente en la primera. El DSM-5 (APA, 2014) recogió una tasa anual de suicidio de la AN de 12 por 100.000. Aún así, Bodell, Joiner y Keel (2013) identificaron un mayor riesgo de suicidio en la BN independientemente de la presencia de comorbilidad y Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas (2011) también recogen este mayor riesgo en la BN pero un detrimento mayor en la AN, destacando el detrimento social. Además, los TCA son trastronos de larga duración (Carretero, Sánchez, Rusiñol, Raich, & Sánchez, 2009) y cuyos síntomas relacionados con la preocupación por la imagen corporal y aparición de conductas restrictivas o de control alimentario se han registrado en edades cada vez más tempranas (Gracia, Marcó, & Trujano, 2007).

Por consiguiente, no es de extrañar que en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013) del Ministerio de Sanidad, Política Social e

Igualdad (2011), con el propósito de promocionar la salud mental de la población y prevenir la enfermedad mental, se propongan los TCA, entre otros trastornos mentales, como área prioritaria de intervención. También queda patente en la gran variedad de servicios sanitarios que están implicados en su atención a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la tercera edad: atención ambulatoria, hospital parcial, hospitalización convencional, rehabilitación comunitaria y recursos sociales (*Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2006*).

Esta propuesta junto con los objetivos del *Pla de Salut de Catalunya* (2002-2005) del *Departament de Sanitat i Seguretat Social* de la *Generalitat de Catalunya* (2003) favorecen la aparición de distintas guías para el manejo de los TCA a nivel de prevención, detección e intervención en el territorio nacional: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y el *Departament de Salut* de la *Generalitat de Catalunya* (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009), *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns del comportament alimentari: Anorèxia i bulímia nervioses* (*Generalitat de Catalunya, 2001*), *Trastorns del comportament alimentari: Guia per a l'atenció primària de salut* (*Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2007*) y Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria (Nieto, Casado, García, & Peláez, 2008).

Factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes

La literatura actual presenta los TCA como un fenómeno complejo dada la co-ocurrencia de factores contribuyentes a través de múltiples niveles de biología, psicología y ambiente desde un estadio prenatal hasta la adultez. Klump, Bulik, et al.

(2009) justifican la multifactorialidad de la AN y la BN en particular con su condición de trastornos mentales graves.

Es reiterativo entre las limitaciones de los estudios con el foco tanto en la etiología como en los factores de riesgo y de mantenimiento de la psicopatología en general la falta de evidencias empíricas que esclarezcan la linealidad de los factores en interacción. Sin embargo, ya tiene implicaciones clínicas y de investigación en beneficio del abordaje de los TCA para el bienestar individual y familiar la identificación de dichas interacciones posibles.

Factores psico-biológicos individuales

En lo que concierne a la biología, hay una línea de estudios que evidencia la influencia de la genética en los TCA sin olvidar su interacción con el ambiente (Campbell, Mill, Uher, & Schmidt, 2011; Harden, Mendle, & Kretsch, 2012; Karwautz et al., 2011; Klump, Suisman, Burt, McGue, & Iacono, 2009; Root et al., 2010). Por ejemplo, la revisión de Campbell et al. (2011) de los factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de los TCA recogió la nutrición y el estrés como causas de cambios epigenéticos y Karwautz et al. (2011) registraron la importancia de la interacción con los estilos parentales en la AN. Otras aportaciones son las de Rozenstein, Latzer, Stein y Eviatar (2011a), quienes identifican por primera vez en la literatura una eficiencia menor de comunicación interhemisférica en los TCA y cuya interacción con el ambiente está pendiente de especificación. El estudio más importante hasta la fecha (Boraska et al., 2014) ha concluido resultados alentadores a pesar de que la comprensión de la biología subyacente a la AN siga siendo incompleta.

La influencia de eventos estresantes tales como la muerte de un familiar cercano se asocia en la literatura tanto con la AN (Karwautz et al., 2011) o el abuso emocional, físico y sexual en la infancia con la BN (Fosse & Holen, 2006).

Ha destacado también la asociación de los TCA con factores relativos a la temática de dichos trastornos, la alimentación, la apariencia y el cuerpo, tales como con la insatisfacción corporal y deseo de delgadez (Allen, Byrne, McLean, & Davis, 2008; Carretero et al., 2009; Franco, Díaz, López-Espinoza, Escoto, & Camacho, 2013; Gil, Ortiz, & Fernández, 2007; Jiménez-Cruz & Silva-Gutiérrez, 2010; Stice, Ng, & Shaw, 2010; Trujano, Gracia, Nava, Marcó, & Limón, 2010), con las dietas (Gil et al., 2007; Karwautz et al., 2011; Stice et al., 2010), la práctica de deporte para mejorar ciertas partes del cuerpo (Gil et al., 2007) y la BN de tipo purgativo, trastorno de atracones y TCANE con una historia de obesidad y el inicio del TCA en la adolescencia (Carretero et al., 2009).

Uno de los rasgos psicológicos más estudiados es el perfeccionismo, que se ha asociado tanto a la AN (Pike et al. 2008) como a la BN de tipo purgativo, el trastorno de atracones y el TCANE (Carretero et al., 2009). Tiene una dimensión familiar también dado que Miller-Day y Marks (2006) también lo registraron en los progenitores de las familias con un hijo con TCA, y Herraiz-Serrano, Rodríguez-Cano, Beato-Fernández, Latorre-Postigo, Rojo-Moreno y Vaz-Leal (2015 y Soenens, Vansteenkiste, Vandereycken, Luyten, Sierens y Goossens (2008) lo relacionaron con la sobreprotección paterna y el control parental, respectivamente. La impulsividad ha sido asociada con las conductas purgativas y el miedo a la madurez con la BN de tipo purgativo, el trastorno de atracones y el TCANE (Carretero et al., 2009).

En lo que se refiere al papel que desempeñan las variables emocionales, Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa (2011) describieron en los TCA una influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo, una baja autoestima y un afrontamiento del estrés impulsivo con ausencia de expresión emocional. Rozenstein et al. (2011a) también identificaron dificultades emocionales relacionadas con la

alexitimia a nivel familiar, en pacientes y hermanos, y observaron que están mediadas por la depresión que acompaña los TCA. Y se destacó la influencia del afecto negativo (Stice et al., 2010) y en concreto en la AN (Pike et al., 2008).

En lo que concierne a los perfiles de personalidad en los TCA, varios estudios esclarecieron clasificaciones ligeramente diversas de tres funcionamientos: un funcionamiento adaptado y funcional de niveles bajos de psicopatología psiquiátrica; un funcionamiento de regulación y control deficientes, más externalizante; y un funcionamiento más rígido de regulación y control excesivos, más interior (Claes, Vandereycken, Luyten, Soenens, Pieters, & Vertommen, 2006; Lavender et al., 2013; Perkins, Slane, & Klump, 2013; Thompson-Brenner, Eddy, Satir, Boisseau, & Western, 2008). Thompson-Brenner et al. (2008) y Perkins et al. (2013) asocian los perfiles más patológicos con un funcionamiento familiar más disfuncional.

Factores socio-culturales

El perfil sociodemográfico más clásico asociado a los TCA tiene algunas características básicas ampliamente reconocidas y reportadas en la literatura. Por ejemplo, es femenino (Gil et al., 2007; Warren, Schoen, & Schafer, 2010). Se trata de una característica que descriptivamente se desprende de forma evidente del conjunto de cifras de prevalencia reportadas. En esta línea de la diferencia de género, el nivel de psicopatología alimentaria es mayor en las mujeres (Núñez-Navarro et al. 2012; Raevuori et al., 2014). Podría ser un condicionante importante del hecho que la mayoría de los estudios en la temática de los TCA se han llevado a cabo en muestras femeninas. Sin embargo, ya hemos visto en el apartado de prevalencia y así lo corrobora Raevuori et al. (2014) que la presencia del género masculino en esta categoría diagnóstica ya no es algo tan poco usual y por lo tanto, cada vez más hay estudios con muestras masculinas ya sea centrados en los factores influyentes (Bucchianeri, Fernandes, Loth,

Hannan, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2015; Dominé, Berchtold, Akre, Michaud, & Suris, 2009; Slater & Tiggemann, 2014; Zubatsky, Berge, & Neumark-Sztainer, 2015), en los factores protectores (Loth et al., 2015) o en la manifestación clínica y comorbilidad (Claes et al. 2012; Mitchison et al., 2014; Núñez-Navarro et al., 2012; Reas, Rø, Karterud, Hummelen, & Pedersen, 2013). Sin embargo, sucede aún que la mayoría de estudios no tienen poder estadístico debido a la poca representatividad del género masculino. El paciente con TCA es habitualmente de clase social media alta (Gil et al., 2007) con padres con un nivel de educación elevado (Ahrén, Chiesa, Koupil, Magnusson, Dalman, & Goodman, 2013) y perteneciente a occidente (Qian et al., 2013). Es habitualmente una adolescente-joven. Este datos se desprende también de las cifras de prevalencia y las edades de los sujetos objeto de estudio en la gran mayoría de los estudios de los TCA así como de los resultados de Allen, Crosby, Oddy y Byrne (2013) y Gracia et al. (2007).

Sin embargo, Mitchison et al. (2014) sugieren una tendencia, de 1998 al 2008, a la democratización del perfil sociodemográfico de dichos trastornos, expandiéndose a grupos de la población con menos incidencia hasta el momento tales como los hombres, el sector socioeconómico medio-bajo y en edades superiores a los 45 años. Estos grupos más minoritarios, a su vez, son los que presentan una mayor afectación.

La cultura podría ser considerada el nivel más macro de influencia. Asimismo, los TCA son considerados síndromes culturales (Miller & Pumariega, 2001), en especial, la BN (Keel & Klump, 2003). Ha destacado la influencia del estereotipo cultural de la delgadez a través de las relaciones sociales (Ruíz, Vázquez, Mancilla, & Trujillo, 2010) y a través de los medios de comunicación (Gonçalves, Moreira, Trindade, & Filates, 2013; Hausenblas, Campbell, Menzel, Doughty, Levine, & Thompson, 2013; Jiménez-Cruz & Silva-Gutiérrez, 2010; Slater & Tiggemann, 2014;

Tucci & Peters, 2008) aunque con menor impacto en los varones (Vara, Pons, Lajara, Mónica, Parrón, & Porras, 2011; Warren et al., 2010). Otros autores profundizaron en dicho impacto de los medios de comunicación registrando la presencia de mediadores tales como la internalización por parte de las madres (Cooley, Toray, Wang, & Valdez, 2008) y la genética (Ferguson, Muñoz, Winegard, & Winegard, 2012) o no registraron asociación alguna entre los medios de comunicación y los TCA (Ferguson, Muñoz, Garza, & Galindo, 2013). En cambio, se ha destacado por encima de los medios de comunicación a los iguales (Ferguson et al., 2013) y la familia (Allen, Gibson, McLean, Davis, & Byrne, 2014).

En el marco social han cobrado especial relevancia en los TCA las dificultades interpersonales en la AN, tales como la desconfianza interpersonal y la inseguridad social (Karwautz et al., 2011) y en la BN de tipo purgativo, el trastorno de atracones y el TCANE (Carretero et al., 2009). También los iguales (Quiles, Quiles, Pamies, Botella, & Treasure, 2013). En concreto, el bullying por su parte en la BN (Fosse & Holen, 2006) y el diagnóstico de TCA (Gil et al., 2007). En esta línea, Harden et al. (2012) registraron la mediación de la comparación con los iguales del riesgo de TCA asociado al desarrollo puberal temprano.

En el marco de la familia se han destacado factores como los comentarios y actitudes de la familia hacia la apariencia (Fortesa & Ajete, 2014; Wade, Gillespie, & Martin, 2007), comentarios negativos de hermanos en torno a la alimentación (Jacobi, Fittig, Bryson, Wilfley, Kraemer, & Taylor, 2011), la preocupación materna por el peso de los hijos (Allen et al., 2014) o la autoritariedad materna en conductas extremas de control del peso en el trastorno de atracones (Zubatsky et al., 2015). Otros factores familiares influyentes en los TCA que han resultado de los estudios más recientes son aquellos relacionados con las comidas familiares; la protección asociada a la

participación en ellas (Gonçalves et al., 2013) podría verse modificada por un ambiente o interacciones familiares perjudiciales. En particular, por un ejercicio parental controlador de presión hacia el comer, en el caso de los varones, y por conversaciones y comentarios en torno al peso y el cuerpo, y un funcionamiento familiar pobre en general, en el caso de las mujeres (Loth et al., 2015).

Ahrén et al. (2013) incluyeron los hermanos en su estudio y observaron un efecto negativo de los hermanastros que relacionan con los eventos adversos anteriores (divorcio) o el mantenimiento de tensiones familiares (reajuste a la existencia y relación con hermanastros y padrastros) que implica su presencia. A su vez, registraron el mayor número de hermanos y mayor tamaño familiar como factor protector en los TCA.

También en el marco de la familia hay literatura que ha registrado la asociación de la psicopatología familiar con los TCA. Se ha destacado en ella la historia familiar de TCA (Allen et al., 2014; Lilenfeld, Ringham, Kalarchian, & Marcus, 2008; Micali, Hilton, Natatani, Heyman, Turner, & Mataix-Cols, 2011; Rozenstein, Latzer, Stein, & Eviatar, 2011b). Sin embargo, Józefik (2012) no registró el diagnóstico de TCA en las madres como específico de los TCA; no esclareció diferencias con las familias con un hijo con trastornos depresivos. Además, específicamente en los en los trastornos de atracones, Lilenfeld et al. (2008) identificaron historia familiar de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias, y Blomquist y Grilo (2015) de trastornos de ansiedad. Y en la AN, Strober, Freeman, Lampert y Diamon (2007) de trastronos de ansiedad y el TPOC.

En relación con la presencia de psicopatología familiar concomitante con los TCA está la literautra centrada en el impacto de la experiencia negativa de cuidado de los TCA por parte de los familiares predominantemente (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda, & Treasure, 2014; Whitney, Haigh, Weinman, & Treasure, 2007). Dicha

experiencia ha estado más registrada en cuidadores de BN y cuanto mayor la duración del TCA (Anastasiadou et al., 2014) y pacientes con conductas purgativas en general (Sepúlveda et al., 2014). El malestar psicológico que experimentan los cuidadores se concreta en ansiedad y depresión, siendo las madres como cuidadores familiares principales las que reportan los niveles más elevados (Anastasiadou et al., 2014; Berbel, Sepúlveda, Graell, Andres, Carrobles, & Morandé, 2010; Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008). Ma (2011) llegó a registrar este estrés psicológico mayor de las madres en niveles clínicos.

En la esfera de la personalidad, el perfil de los padres de las familias con un hijo con TCA conlleva diversidad en las dinámicas familiares y por lo tanto, más de una caracterización de la familia con un hijo con TCA (Amianto, Giovanni, Bertorello, & Fassino, 2013).

Paralelamente a los factores familiares presentados (conductas y actitudes en torno a la alimentación, el peso y la figura, y la psicopatología familiar), la literatura con el foco en la familia en los TCA hace hincapié tanto en el funcionamiento general como en la naturaleza de las relaciones intrafamiliares diádicas dada su relevancia (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich, & Halley, 2013). A grandes rasgos, dicha literatura ha concluido una disfunción familiar en los TCA (Cunha, Relvas, & Soares, 2009; Espina, Ochoa de Alda, & Ortego, 2003; Fäldt, 2008; Fassino, Amianto, Rocca, & Giovanni, 2010; Herraiz-Serrano et al., 2015; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery, & Zalsman, 2015; Józefik, Pilecki, & Matusiak, 2014; Kyriacou et al., 2008; Latzer, Lavee, & Gal, 2009; Maglio & Molina, 2012; Paulson-Karlsson, Engstrom, & Nevonen, 2009; Pilecki, Józefik, & Salapa, 2013; Soenens et al., 2008; Tasca & Balfour, 2014; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014; Vázquez, Ruíz, Álvarez, Mancilla, & Tena, 2010; Wade et al., 2007).

Sin embargo, hay estudios que a pesar de discutir sus resultados en esta línea, no reportaron especificidad de la familia con un hijo con TCA (Botella & Grañó, 2008; Doba & Nandrino, 2010; Erol, Yazici, & Toprak, 2007; Józefik et al., 2014; Pilecki et al., 2013; Sim, Homme, Lteif, Vande Voort, Schak, & Ellingson, 2009; Soenens et al., 2008; Tetley et al., 2014; Tseng, Gau, Tseng, Hwu, & Lee, 2014; Wade et al., 2007). La falta de especificidad de las familias anoréxicas ha sido justificada a menudo con el funcionamiento propio de estos trastornos en la línea de la negación, dificultades con los conflictos y de expresión emocional y el mantenimiento de la apariencia ideal así como la falta de especificidad en relación con las familias con un hijo con TOC ha sido justificada con las características obsesivas que comparten ambos trastornos y podrían reflejarse en las relaciones familiares de una forma similar.

Siendo esta temática el objeto de estudio de esta tesis, se desarrolla en los apartados posteriores la asociación entre las relaciones familiares y los TCA que recoge la amplia literatura disponible clásica y más reciente en detalle.

Comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria

La complejidad de los TCA incluye la posible presencia de comorbilidad en estos pacientes, ya sea con uno o más trastornos (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006; Jáuregui, Santiago, & Estébanez, 2009) en la AN (Kuek et al., 2015), en la BN (Swanson et al., 2011) o en el trastorno de atracones (Becker & Grilo, 2015; Swanson et al., 2011). A nivel europeo, Preti et al. (2009) recogieron unas cifras de comorbilidad elevadas en muestra clínica: 42.1% en AN, 69.4% en BN y 62.2% en trastorno con atracones. En línea con estas cifras, la BN es la subcategoría de mayor comorbilidad con trastornos mentales (Swanson et al., 2011) y con trastornos de la personalidad (Magallón-Neri et al., 2013). Raevuori et al. (2014) registraron una mayor comorbilidad en el género masculino en comparación con el femenino.

Los trastornos mentales comórbidos que han sido más identificados en la literatura son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Aspen et al., 2014; Blinder et al., 2006; Godart et al., 2003; Kuek et al., 2015; McElroy et al., 2011; Pallister & Waller, 2008; Preti et al., 2009; Solano & Cano, 2012; Swinbourne, Hunt, Abbott, Russell, St Clare, & Touyz, 2012). En la comorbilidad con los primeros han destacado los trastornos depresivos (Blinder et al., 2006; Giovanni, Gramaglia, Bailer, Bergese, Marzola, & Fassino, 2011; Godart et al. 2015; Jacobi et al., 2011). Giovanni, Gramaglia, Bailer et al. (2011) observaron dicha comorbilidad mediada por un IMC bajo como índice de malnutrición global. Y en la comorbilidad con los segundos han destacado el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC; Altman & Shankman, 2009; Micali et al., 2011; Tseng et al., 2014) más común entre el género masculino (Tseng et al., 2014).

En función de la subcategoría de TCA es más probable la concurrencia con ciertos trastornos mentales. Swanson et al. (2011) registraron una mayor variedad de los trastornos mentales comórbidos con las subcategorías BN y trastorno de atracones que en la AN. Está relacionada con este registro de mayor variedad la insistencia en la mayor severidad de las subcategorías de TCA con atracones/purgas al presentar mayor estrés psicopatológico general y alimentario (Tasca, Maxwell, Bone, Trinneer, Balfour, & Bissada, 2012) y entre éstas, la BN de tipo purgativo (Carretero et al., 2009). Predominan los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad entre la diversidad citada (Becker & Grilo, 2015; Grilo, White, & Masheb, 2009; Presnell, Stice, Seidel, & Madeley, 2009; Slane, Klump, Donnellan, McGue, & Iacono, 2013; Swanson et al., 2011). El trastorno depresivo mayor, en concreto, se asocia de forma predominante entre las subcategorías de los TCA con atracones/purgas (Giovanni, Gramaglia, Bailer et al., 2011; Giovanni, Gramaglia, Marzola, Amianto, Zuccolin, & Fassino, 2011). Y

con ellas también los trastornos por consumo de sustancias (Becker & Grilo, 2015; Blinder et al., 2006; APA, 2014; Nøkleby, 2012; Slane et al., 2013).

Swanson et al. (2011) solamente registraron en la AN comorbilidad con el trastorno negativista desafiante pero otros autores han aumentado la lista de trastornos mentales comórbidos en la AN con los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (APA, 2014) entre los que destaca el TOC (Blinder et al., 2006) y su sintomatología (Błachno, Bryńska, Tomaszewicz-Libudziec, Jagielska, Srebnicki, & Wolańczyk, 2014) especialmente en la AN de tipo restrictivo (APA, 2014).

En lo que se refiere a la comorbilidad de los TCA con los trastornos de la personalidad, Reas et al. (2013) la registraron más probable en el género femenino que en el masculino. Jáuregui et al. (2009) identifican la mayor presencia de comorbilidad con los trastorno de la personalidad en el trastorno de atracones, seguido de la BN y la AN. El trastorno de atracones presenta co-ocurrencia con los trastornos de personalidad de los tres clústers destacando el trastorno de la personalidad evasiva del A y el trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva del C. Sin embargo, dicha asociación no es directa y está mediada por los trastornos del estado de ánimo y éste y los trastornos por consumo de sustancias (Becker & Grilo, 2015).

Magallón-Neri et al. (2013) asociaron en general las subcategorías con purgas/atracones y los trastornos de la personalidad del cluster B. En esta línea, la BN presenta una co-ocurrencia más frecuente con el trastorno de la personalidad narcisista (Jáuregui et al., 2009) y el trastorno de la personalidad histriónica (Jáuregui et al., 2009; Magallón-Neri et al., 2013). De entre los tarstornos de personalidad del clúster B se destaca el trastorno de la personalidad límite: en la AN con atracones/purgas (Gaudio & Ciommo, 2011), en la BN (Magallón-Neri et al., 2013), la BN y el TCANE (Reas et al., 2013) y en el trastorno de atracones (Becker & Grilo, 2015).

El trastorno de la personalidad comórbido con la AN más frecuentemente identificado en la literatura reciente es el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (Gaudio & Ciommo, 2011; Jáuregui et al., 2009; Magallón-Neri et al., 2013; Reas et al., 2013; Starcevic & Brakoulias, 2014). Gaudio y Ciommo (2011) especifican la comorbilidad con el TPOC en la AN de tipo restrictivo.

Estas comorbilidades registradas aumentan la complejidad de los TCA y la severidad de la psicopatología general contribuyendo en la discapacidad general y peor calidad de vida (Aspen et al., 2014; Becker & Grilo, 2015; Błachno et al., 2014; Gaudio & Ciommo, 2011; Giovanni, Gramaglia, Bailer et al., 2011; Grilo et al., 2009; Presnell et al., 2009; Starcevic & Brakoulias, 2014; Tseng et al., 2014). En esta línea, Pilecki et al. (2013) registraron una asociación entre el aumento de sintomatología depresiva en pacientes con BN y una evaluación más peyorativa de las relaciones familiares.

A pesar de haber desglosado las evidencias de la vulnerabilidad ante los TCA a través de distintos factores, psico-biológicos y socio-culturales y subfactores, algunos de los estudios las han concluido relevantes en combinación con otras vulnerabilidades (Bääck, 2011; Becker & Grilo, 2015; Blodgett Salafia, Gondoli, Corning, McEnery, & Grundy, 2007; Cooley et al., 2008; Fassino et al., 2010; Ferguson et al., 2012; Giovanni, Gramaglia, Bailer et al., 2011; Harden et al., 2012; Herraiz-Serrano et al., 2015; Miller Day & Marks, 2006; Rozenstein et al., 2011a; Soenens et al., 2008; Tetley et al., 2014).

2.2. Relaciones en la familia de origen

Los modelos clásicos del funcionamiento familiar intentaron determinar el rol de las familias en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, entre otras psicopatologías. Desde la perspectiva sistémica, desde la cual se ha desarrollado el marco conceptual en el que se basa el CERFB, el estudio de las familias con un hijo con TCA fue emprendido

por los clásicos de dicha perspectiva. Desde Europa, en concreto, Italia, por Mara Selvini Palazzoli, de la *Scuola di Milano*, como máxima representante del equipo de Milán formado también por Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, a nivel comunicacional, y posteriormente junto con su hijo Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino, a un nivel más integrador de las tradiciones comunicacionistas y estructurales (Selvini Palazzoli, 1974; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1990, 1999). También por Luigi Cancrini en una analogía de las familias con hijos con TCA con las familias con hijos con trastornos por consumo de sustancias (Cancrini & La Rosa, 1996) y Luigi Onnis considerando los TCA entre los trastornos psicossomáticos (Onnis, 1990, 1997), ambos del *Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma (Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica)*. Desde Estados Unidos, por Salvador Minuchin definiendo la estructura familiar de las familias psicossomáticas (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman, & Todd, 1975; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

La investigación en la línea inicial más clásica ha sido criticada, sin suficiente fundamentación empírica, por los supuestos en base a los cuales la disfunción familiar de en los TCA era más propiciadora del desarrollo que una respuesta al trastorno (Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010).

Como alternativa y en respuesta a las críticas se desarrolló un movimiento que abandona la patologización de las familias para considerar la familia un recurso principal en el abordaje de los TCA (Alexander & Treasure, 2012; Eisler, 2005; Lock & Le Grange, 2013; Loeb & Le Grange, 2009). Diseñado a partir de los casos de AN en la adolescencia, se trata de un movimiento que mantiene el foco en la familia con el objetivo de empoderar a los padres en sus roles para ayudarlos a devenir facilitadores esenciales de la recuperación. Desde una postura no culpabilizadora, ni de los padres ni

de las pacientes, se trabajan las dinámicas relacionales que han atrapado a las familias en el mantenimiento de la psicopatología sin dejar de lado el papel de la familia en las comidas. El apoyo en la alimentación se considera crucial, sobre todo en la AN, porque la recuperación pasa por el aumento de la nutrición y del peso. Mantiene un manejo de los TCA basado en la comprensión compleja de dicha psicopatología, es decir, considerando que su ocurrencia depende de la co-presencia de factores a distintos niveles en la línea que hemos planteado en el apartado anterior.

La línea de investigación desde esta postura que surgió en torno al primer estudio Maudsley² (Russell, 1987) ha determinado la eficacia de la terapia familiar para adolescentes con AN (Cook-Darzens, 2013; Couturier, Kimber, & Szatmari, 2013; Dancyger, Krakower, & Fornari, 2013; Downs & Blow, 2013; Eisler, 2005; Smith & Cook-Cottone, 2011; Stiles-Shields, Hoste, Doyle, & Le Grange, 2012). La involucración activa de los padres en la BN también es prometedora (Cook-Darzens, 2013; Couturier et al., 2013; Downs & Blow, 2013; Le Grange, 2011; Stiles-Shields et al., 2012). Sin embargo, la efectividad de las intervenciones familiares en adultos con AN es menos clara (Downs & Blow, 2013; Eisler, 2005) y están en desarrollo y estudio (Stiles-Shields et al., 2012). Estos resultados se han visto incorporados en las guías clínicas alrededor del mundo (*Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2006; Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2007; Generalitat de Catalunya, 2001; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Haute Autorité de Santé, 2010; National Institute for Clinical Excellence, 2004; Yager et al., 2012*). Dichas intervenciones familiares se

² Maudsley es la institución de atención, formación e investigación en salud mental más prestigiosa del Reino Unido e incluso Europa. El *Maudsley Hospital* es parte del *South London and Maudsley NHS Foundation Trust* y del *Academic Health Sciences Centre* llamado *King's Health Partners* con el *King's College London, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust* y *King's College Hospital NHS Foundation Trust*.

enmarcan en un tratamiento multidisciplinario para el abordaje de la multifactorialidad y complejidad de los TCA buscando las correlaciones entre los componentes relacionales, psico-biológicas individuales y socio-culturales, ninguno suficiente por sí solo (Ahrén, et al., 2014; Onnis et al., 2004; Onnis et al., 2012; Selvini Palazzoli et al., 1999).

Asimismo, en el campo de la terapia familiar sistémica también se han superado las posturas de los clásicos a partir de una adaptación a los cambios epidemiológicos y clínicos de los TCA, ligados a las transformaciones socioculturales, y la renovación epistemológica del modelo sistémico hacia los modelos evolutivos y constructivistas (nivel mítico), la co-construcción del sistema terapéutico y la óptica de la complejidad. Estas renovaciones implican una modificación de las descripciones e interpretaciones de las familias que se pueden ver en la literatura actual (Onnis, Mulè, & Vietri, 2004).

En los subapartados sucesivos se revisan las aportaciones de los clásicos de la terapia familiar sistémica y las de los estudios más recientes con el foco en la familia y los TCA independientemente de concepción de las relaciones familiares como causa de o respuesta a la psicopatología dado el diseño transversal de la mayoría de los estudios en la temática. Las aportaciones se centran en la descripción de relaciones y funcionamientos disfuncionales, cuya identificación no los identifica como causa o pretende culpar a la familia (Holtom-Viesel & Allan, 2014). La relevancia de la identificación de factores familiares reside en su concurrencia con los TCA o conductas alimentarias desadaptadas o disfuncionales, suficiente para que pueda ser considerados en la prevención e intervención familiar, así como en la investigación.

2.2.1. Aportaciones de los clásicos de la terapia familiar sistémica

Aportaciones de Salvador Minuchin

Los TCA han sido considerados trastornos psicósomáticos. A grandes rasgos, se ha descrito como característica de dichos trastornos una estructura familiar de excesiva insistencia en el cuidado interno que permite un funcionamiento óptimo. Y en concreto, cuatro características disfuncionales típicas que revelan los modelos interactivos y organizativos del sistema familiar independientemente del síntoma psicósomático: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto (Minuchin et al., 1975; Minuchin & Fishman, 1984; Minuchin et al., 1978; Onnis, 1990).

El aglutinamiento se manifiesta en una sobre involucración recíproca de los miembros. Son características las tendencias intrusivas en los pensamientos, sentimientos, acciones y las comunicaciones de los otros. Asimismo, se manifiesta en un elevado control parental y límites generacionales e interindividuales débiles que generan confusión de roles y funciones. No facilita la autonomía y privacidad en estas familias ni la diferenciación individual.

La sobreprotección se manifiesta en un alto grado de solicitud e interés recíproco entre los miembros. Las respuestas de tipo protector son estimuladas y suministradas constantemente en un contexto de hipersensibilidad al malestar. Tampoco facilita la autonomía y la diferenciación. El trastorno adquiere una función protectora con respecto a la familia que encaja en esta línea, favoreciendo la movilización de la familia por proteger el comportamiento somático ocultando así a menudo conflictos intrafamiliares.

La rigidez se manifiesta en una particular resistencia al cambio y mantenimiento de la propia homeostasis, dificultando el crecimiento y la maduración en ciertos momentos del ciclo vital como sería en la adolescencia. Asimismo, en la presentación misma de la familia como unida y armoniosa, en la que no existirían problemas más allá

del trastorno psicossomático. No facilita las relaciones con el exterior.

Por último, la evitación del conflicto se manifiesta en el amplio abanico de mecanismos de los que disponen estas familias para evitarlo y no agravar el desacuerdo dado un umbral bajo de tolerancia a éste. Asimismo, ante la aparición de conflictos, hay dificultades en su resolución. La sintomatología contribuye en esta línea a que el conflicto se mantenga oculto y no estalle abiertamente: interfiere ante la tensión entre los padres, por ejemplo, u otras problemáticas, atrayendo la atención. Minuchin (2001) se refiere a esta tendencia estructural disfuncional a involucrar a los hijos en los conflictos existentes en la pareja como tríada rígida, considerándola el modelo transaccional típico de estas familias psicossomáticas.

Pese a estas características, se trata de familias que en general no presentan problemas con los demás y las que destacan sus relaciones de lealtad y protección. La apariencia de éstas es típica e ideal. Como comentan Minuchin y Fishman (1984), uno de los problemas con que el terapeuta tropieza en estos casos es justamente el carácter agradable de las familias. Se observan miembros ansiosos por responder y pueden hacer creer al terapeuta que esta cooperando y sentirse a la vez decepcionado por los problemas que le oponen, así como con la facilidad con la que lo absorben las manifestaciones de una especie de política de paz a cualquier precio.

Se desprende de lo aquí mencionado una hipótesis de partida que está en la base del modelo sistémico: la organización disfuncional de la familia facilita, junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y persistencia del síntoma psicossomático a cargo de unos miembros, pero éste a su vez y mediante un mecanismo circular de *feedback*, tiende a mantener estable la organización familiar disfuncional y a conservar su equilibrio patológico (Onnis, 1990).

Aportaciones de Mara Selvini Palazzoli

Es importante destacar y justificar el empleo de la terminología *familia anoréxica* por parte de Selvini en el conjunto de su trabajo. Gran parte de su investigación se basó en casos de AN que ella denominaba *anorexia pura* desde 1950 hasta 1970. Aunque con el paso del tiempo esta *pureza* haya disminuido, Selvini ha seguido manteniendo una tendencia a hablar de anorexia aunque con síntomas bulímicos (Onnis, 1997).

Selvini Palazzoli et al. (1999) identificaron dos funciones del síntoma en la historia personal de la paciente que llamaron primera y segunda anorexia. La primera función de la anorexia es la expresión del sentimiento de desvalorización que experimenta la paciente y, a la vez, la defensa que adopta contra su sufrimiento manteniéndolo a raya con el ayuno y el sentimiento de lucidez y potencia que de él deriva. Asimismo, representa la búsqueda de poder de la paciente en la relación con su cuerpo, compensado el fracaso de poder en sus relaciones. La segunda función es la experiencia de control sobre el entorno, en concreto, los padres, que tiene que ver con la cronicidad.

Modelos de procesos psicóticos: el proceso anoréxico en la familia

El uso de la prescripción invariable permitió al Equipo de Milán descifrar modelos generales de juegos familiares, entre los que se encuentra el anoréxico, y por lo tanto, a intervenir con el objetivo de esclarecerlos (Selvini Palazzoli et al., 1990).

El punto de partida fue la hipótesis epidemiológica compleja que sostiene que el síntoma anoréxico sólo puede surgir en el punto de confluencia de una cantidad equilibrada de factores agrupados en dos categorías: los factores específicos de la cultura occidental y por otro la modalidad organizativa y evolutiva de las interacciones en la familia. Entre los primeros destaca la moda de la delgadez y la abundante oferta de

alimentos en los países industrializados y entre los segundos, la posición central de los hijos en la familia al estar considerado su bienestar un imperativo, y la prolongación de su dependencia respecto a los padres, y consecuentemente, de aceptación de responsabilidades (Palazzoli et al., 1990).

El proceso anoréxico de seis estadios parte de un primer estadio en el que existe un juego de la pareja en el cual están normalmente involucrados miembros de la familia extensa. En este juego, la mujer suele adoptar una actitud reivindicativa de los deberes del buen padre frente a la familia, mientras que el marido evita estas provocaciones proponiendo una definición distinta de los roles familiares. Así, de forma silenciosa y aguantando, declara incapaz a la mujer en su obligación primaria de ser una madre cariñosa y equilibrada.

En el segundo estadio, el hijo y futuro paciente identificado se implica en el juego de la pareja, normalmente, coincidiendo con su etapa infantil y preadolescente, manteniendo por eso todavía una posición equidistante hacia sus padres. Según la modalidad A el hijo se somete a la madre y deviene su confidente al sentir compasión por ella. Según la B, el hijo es el preferido del padre, lo admira y considera a su madre injusta con él.

En el tercer estadio y con la llegada de la adolescencia, el hijo más ligado a la madre (modalidad A), se siente abandonado por ella al ver que quiere más a otro hermano y este hecho hace que se incline hacia el padre. Suelen darse aquí relaciones seductoras entre el padre y la hija, siendo frecuentemente chicas las que presentan síntomas de trastorno alimentario. Entonces, se da una instigación recíproca entre ellos en contra de la madre. El padre le muestra a la hija que es lo que tiene que aguantar, viéndolo ahora ella como provocador. El vínculo con el padre en la modalidad B se intensifica y aumenta la instigación contra la madre. El hijo y el padre se encuentran

unidos como víctimas de la madre.

En el cuarto estadio y ante el malestar descrito aparece la dieta, ya sea como movimiento en contra de la madre, siendo una decisión propia a favor de una aparente independencia y mayor satisfacción social (modalidad A), o como desafío a la madre (modalidad B). Al ser la madre la figura que tradicionalmente se ha ocupado de la alimentación familiar, la sintomatología cobra un sentido en su contra. En ambas modalidades se considera la decisión de la dieta la detonante del cambio a pesar de que contrariamente, refuerza el juego parental: mientras que la madre no está a favor de la dieta, el padre no sigue la iniciativa de la hija pero critica los excesos de la mujer.

En el quinto estadio el hijo se siente traicionado por el padre, que no se pone de su lado y revela como él. Lo ve como un cobarde. Este viraje en la relación paterna acentúa el síntoma como movimiento ahora en contra de ambos progenitores.

El sexto y último estadio se caracteriza por las estrategias basadas en el síntoma. El paciente identificado descubre el poder que ha adquirido como miembro sintomático y padre y madre mantienen el *statu quo* porque creen que el síntoma ya no desaparecerá.

La familia anoréxica

Selvini Palazzoli et al. (1999) describieron las características más frecuentes de los miembros que componen las familias anoréxicas que resultaron de su trabajo con dichas familias desde sus inicios.

El padre y su familia de origen. Observaron una mayor carencia en la figura paterna que en la materna, a pesar de que los padres idealicen mucho a sus familias de origen exentándolas de esa insuficiencia afectiva. Al mismo tiempo se idealizan ellos mismos no reconociendo su fragilidad. Es frecuente la compensación del dolor infantil haciéndose precozmente eficientes e independientes y negando la necesidad de un

sustituto materno afectuoso y disponible. Sin embargo, las carencias afectivas pueden implicar reacciones defensivas diversas: la frustración que impulsa a triunfar a nivel profesional, actitudes más bien dominantes o pasivas y depresivas e incluso violentas.

La madre y su familia de origen. Su papel en estas familias no está libre de la influencia del factor cultural que condiciona a la mujer a someterse a las necesidades del cónyuge y, en general de la familia, mientras que condiciona a los hombres a priorizar el ámbito laboral. En ellas es fácil observar un sometimiento que va más allá de la dependencia económica. Estiman su propia tarea de responder a las necesidades familiares de forma exclusiva, sin vivenciar una corresponsabilidad con el cónyuge que le brinde apoyo en las situaciones frustrantes. Estas madres podrían parecer en muchas ocasiones incapaces de hacer reivindicaciones en su propio nombre, quejumbrosas, con una clara tendencia al sacrificio y pocas habilidades para divertirse.

En sus familias de origen suelen haberse sentido poco comprendidas con sus madres y con carencias afectivas en la infancia, en particular con su necesidad de dependencia. En la relación con su marido son frecuentemente buenas encajadoras de humillaciones, lo que hace pensar en posibles vivencias similares en la infancia. Como sus maridos, no son conscientes de estas posibles relaciones decepcionantes que se encuentran protegidas por las idealizaciones construidas alrededor.

La relación de pareja. Es característica la excesiva adecuación de la mujer al inicio de la relación conyugal a las necesidades del marido. Los primeros tiempos del matrimonio suelen ser satisfactorios. Es en el momento del nacimiento y los primeros tiempos de la crianza de la hija (futura paciente anoréxica) cuando aparecen con frecuencia dificultades existenciales, que ponen en marcha un proceso de escalada conflictiva de recíproca insatisfacción en la pareja. Sin embargo, hay un cuidado por no

llevar la situación al punto de ruptura.

La paciente en la relación con sus padres. Se describieron tres tipos de relaciones que se corresponden con tres mapas relacionales familiares distintos: una relación afectiva con la figura materna (A), una relación con el padre como figura afectiva de referencia dada la frustración por las omisiones maternas (B), y ausencia de vínculo afectivo con ambos progenitores al haber sido confiadas en su primera infancia a parientes o niñeras (C).

La relación madre-hija propia del mapa familiar A parece responder más a las necesidades de respeto de la propia crianza que a las insatisfacciones conyugales. Sin embargo, en las relaciones conyugales de las familias con un patrón B la problemática sexual de la pareja está presente y favorece un juego de provocaciones y amenazas entre los padres. En los mapas familiares C, las relaciones de la pareja no parecen rozar la intimidad de la hija, cuya vida afectiva parece estar caracterizada por la soledad.

Hermanos. Es frecuente encontrar en las historias de los hermanos y hermanas dificultades que parecen encubiertas por el síntoma.

Refuerza el síntoma la adopción de un rol paterno por parte de un hermano varón mayor que la paciente. Su pseudoasistencia a la paciente, que le permite distanciarse de sus propios conflictos, busca ganar prestigio ante la madre.

Las hermanas cercanas en edad a la paciente asumen más a menudo una actitud crítica y descomprometida. La tensión competitiva es fuerte. La paciente captura tiempo y atenciones con los síntomas y la hermana tiende a despreciarla sutilmente por la debilidad que demuestra, reforzando su percepción de escaso valor.

En el caso de hermanos y hermanas menores, la paciente suele sentir celos por la preferencia de sus padres hacia el pequeño al haber llegado en otro momento que permite vivir una situación familiar distinta. Pueden presentarse conductas encubiertas

agresivas de la paciente hacia el benjamín de la madre, sobre todo, en casos más crónicos, y el sufrimiento con resignación de estos comportamientos por parte del benjamín por amor a la madre suscitan la ira de la paciente.

La personalidad de la anoréxica

Selvini Palazzoli et al. (1999) describieron cuatro tipos de personalidad en las anoréxicas a partir de sus casos, entre cuya descripción identificaron patrones de relación familiares característicos en los que cobra sentido la sintomatología.

Personalidad de tipo dependiente. Casi todas estas pacientes eran anoréxicas restrictivas, se mostraron colaboradoras y prevalecía en ellas un rol sexual infantil. A nivel social, ninguna estaba aislada y tenían amigas. La adecuación al estudio y al trabajo estaba en la media general.

Suelen tener un patrón familiar A. Han sido criadas en una estrecha relación con la madre, de la que comprende perfectamente los estados de ánimo, no sabiendo reconocer sus propias necesidades y subordinándolas a las de los demás. Idealizadoras de sus padres, en especial, de la madre, son poco transgresoras y reivindicativas más allá del síntoma. Confusamente, se sienten humilladas por su dependencia de la madre y por la incapacidad de pensar por sí mismas. El comienzo de la anorexia se produce a menudo en edad muy precoz y el paso a la bulimia es raro.

Con la dieta buscan un alivio de sus sentimientos de desvalorización, escasa autoestima y de no contar para nada; el ayuno y el control representan la propia independencia de juicio sobre sí mismas, su cuerpo y sus decisiones.

Si la anorexia dura mucho tiempo, ésta debilita los rasgos de dependencia de la madre, explicitándose una intolerancia de la madre hacia el síntoma y por lo tanto, el control que la paciente impone sobre el entorno y en concreto, la madre. Son madres

más bien protectoras. El padre suele considerar la paciente la niña de la madre y se aleja. Es más un rival de las atenciones maternas que un seductor pero nunca es destructivo con la paciente en coherencia con la propia convicción inconsciente de haber hecho lo mejor al dejar a su hija a la madre.

Personalidad de tipo borderline. La mayoría de estas pacientes presentaban conductas anoréxico-bulímicas. Su colaboración fue menor; un tercio fue hostil y pasivo. Prevalecía en ellas un rol sexual activamente seductor. Raras veces estaban aisladas, son capaces de mantener relaciones afectivas prolongadas e importantes de amistad y pareja. Su adecuación al estudio y al trabajo era ligeramente más baja que la media. Algunas tenían asociados a los rasgos borderline de tipo histriónico.

Normalmente, presentan un patrón familiar B. Suelen ser personalidades muy dolientes que muestran rasgos prepsicóticos indicativos del grave sufrimiento infantil. Su apego al padre se resiente de la desesperada exigencia de identificar un referente afectivo en un mundo relacional de abandono y agresividad.

Sus madres suelen presentar una personalidad frágil, turbada con frecuencia por eventos emocionales catastróficos en épocas próximas alrededor del nacimiento y primeros tiempos de crianza. Estas madres se alejan del clásico estereotipo de la madre sacrificada de la anorexia.

A menudo intelectualmente dotadas, son capaces de destacar a nivel académico al precio de una gran ansiedad aunque disfrutándolo luego como una reconfortante prueba de su integridad mental. Temen volverse locas desgarradas de su propia turbulencia emocional, en la que los predominantes sentimientos de angustia y depresión están reñidos con el recurso a la excitación (aceptando comportamientos destructivos de sus parejas, con la bulimia, las manipulaciones del cuerpo, el abuso de drogas, acciones temerarias).

En sus historias aparecían numerosos síntomas infantiles, trivializados por los padres e interpretados como caprichos a los que no se debía responder.

El control alimentario asociado a aspectos de rígida organización cotidiana busca estabilizar un mundo interior fluctuante y caótico, caracterizado por la angustia. El ayuno y la restrictividad suelen ser severos, intercalados por explosivos atracones. El abuso de laxantes en fases depresivas les ofrece una sensación de limpieza y sentir una experiencia de interna debilidad para poner fin a la angustia.

Si aceptan la terapia, pueden crear un vínculo muy fuerte con el terapeuta aunque rompen fácilmente la relación apenas se sienten decepcionadas. También en el vínculo terapéutico muestran rasgos de dependencia mezclados con fuertes rasgos narcisistas de rechazo.

Personalidad de tipo obsesivo-compulsivo. La mayoría de estas pacientes eran anoréxicas restrictivas. Su colaboración terapéutica estaba en la media, así como su adecuación al estudio o trabajo. Socialmente estaban muy aisladas o tenían una única relación con un chico. Son susceptibles con angustia a la reprobación crítica.

El placer está ausente del ocio y sus éxitos académicos y laborales a pesar de su dedicación, incapaces de sostener su autoestima. Suelen vestir de forma anónima rechazando una identidad sexual y practican actividades motorizadas y deportivas de forma compulsiva. Se imponen posiciones fastidiosas y privan de sencillas comodidades.

Suelen presentar un patrón familiar C. Han recibido una crianza irreprochable a nivel formal pero casi actuada. Mantienen una parcial capacidad crítica hacia los padres. Raras veces los idealizan, quizás al padre, a quien estiman si son correspondidas. En la relación con la madre hay una histórica barrera, por la distancia, la incomunicación y la inaccesibilidad. Estas madres han sufrido carencias en la infancia. Han cumplido con su

deber con sus hijas sin obtener placer en la relación. Son mujeres que a menudo han tenido en algún periodo crucial del desarrollo de la hija grandes preocupaciones y fuertes sobrecargas. Estos fuertes sentimientos han sido vividos en soledad haciendo de su vínculo con la hija más una carga emocional que una gratificación. Ahora, no se sustraen de su deber al ser mujeres profundamente sacrificadas.

Las pacientes tienen vivencias de soledad e incompreensión por parte de sus madres inalcanzables o distraídas por mil problemas, con la sensación de no poder fiarse de ellas. Esto las hace desconfiadas con el terapeuta y, en fases avanzadas, angustiadas por su mismo deseo de dependencia.

En la adolescencia, las madres presentan en actitudes hiper-críticas y una educación rígida carente de dialogo. Pueden llegar a ser desvalorizadoras y fóbicas respecto al desarrollo sexual de la hija. Los padres se están en general ausentes de la vida emocional de la hija, apreciando sus competencias mentales.

La dieta es estricta, vivida como una prueba de control y adecuación. Si son contrariadas, tienen crisis de ira y retraimiento a las que les siguen nuevas restricciones. Los atracones, a pesar de ser poco abundantes, son vividos como una derrota y las conductas de eliminación se activan con angustiada ferocidad. La impulsividad, dependencia y deseo son temidos como sentimientos de los que se puede derivar dolor.

Personalidad de tipo narcisista. La distribución de las subcategorías de TCA entre estas pacientes fue según la media, aunque casi todas empezaron por una fase restrictiva. Prevalecía la rigidez y el infantilismo en su rol sexual, el aislamiento a nivel social y una adecuación prestacional en la media.

Su colaboración terapéutica fue la más negativa, mostrándose hostiles, ambivalentes o pasivas y es que suelen llegar arrastradas por los padres. Esta particular hostilidad por la terapia se funda en la dificultad de establecer relaciones afectivas e

íntimas dentro y fuera de la familia. Aunque pueden tener relaciones pseudoadaptativas en la vida social, son instrumentalizadoras con las personas para exhibirse o las consideran modelos idealizadores a los que adherirse. Estas pacientes asumen actitudes de superioridad hasta el desprecio por los padres o uno de ellos, en general, la madre.

Alimentarse está asociado para ellas a acciones de control sobre el entorno y las relaciones. Los atracones consoladores no tienen un carácter desordenado o impulsivo y con el paso del tiempo son rígidamente eliminados. El cuidado del cuerpo es meticuloso aunque en soledad pueden ser descuidadas y es frecuente la tendencia regresiva a medida que afloran los rasgos depresivos.

En el mapa relacional familiar de tipo B y C característico de estas pacientes, coincidiendo con graves carencias infantiles, son frecuentes los elementos de excitación y seducción por parte de ambos padres en la preadolescencia y adolescencia. Son exhibidas como compensación narcisista, deben ser especiales. El daño precoz, con un apego de tipo esquivo y una muy prematura adulterización, se ha visto posteriormente estabilizado por una crianza carente de empatía.

El balance de los recursos de estas pacientes y sus padres suele ser muy precario de cara a la intervención terapéutica. Además, la fratria, acude con los celos competitivos característicos de una crianza en la que es deficiente la disponibilidad afectiva de los padres y va acompañada de privilegios de forma alternante.

Selvini Palazzoli et al. (1999) distinguieron una variante autista, en la cual prevalecen los rasgos depresivos y una paranoide, caracterizada por una historia de síndrome de indemnización respecto a los padres.

El trabajo terapéutico

Los objetivos principales del trabajo terapéutico con las familias anoréxicas que destacan Selvini Palazzoli et al. (1999) presentan un resumen de la dimensión relacional

disfuncional en dichas familias sobre la que es necesario intervenir.

El objetivo de cara la paciente es hacerla evolucionar de una condición de impotencia y de confusión, que manifiesta a través de la anorexia por el sufrimiento de la posición existencial insostenible en la que ha acabado, hacia una apertura al entendimiento de qué ha sucedido. Y proponen una terapia familiar para ello dada la facilitación de dicha evolución que pueden proporcionar los familiares. Por lo tanto, el objetivo específico de la terapia familiar en los TCA es combatir el profundo sentimiento de desvalorización de la paciente, sólo aplacado por el intento de tener y demostrar un control y un poder sobrehumanos.

Considerando el resto de familiares, se planteó de cara la madre la necesidad de transformar su depresión en conciencia constructiva que desemboque primero en la capacidad de empezar a combatir para defenderse a sí misma y a la propia dignidad, y luego en el hecho de hacerse cargo de las necesidades de la hija, enmendando así en su vida cotidiana las vivencias de abandono y desvalorización.

De cara al padre, hacerle tomar conciencia de cómo enmascara sus necesidades infantiles con una fachada de reivindicación machista y de cómo su incapacidad de comprender el los núcleos de sufrimiento de su mujer agrava la tendencia de ésta a dejarse aplastar en un papel subalterno, confusamente saturado de irritación y amargura. Consecuentemente, se deberá ayudarle a tolerar la deseada evolución de su mujer sin considerarla un ataque a su equilibrio de pareja y sin reaccionar con manifestaciones de celos ante el esfuerzo de ella de acercarse a su hija. En definitiva, el objetivo sería responsabilizar al padre de las vivencias de falta de asistencia o de trágica soledad de la hija en su infancia, ayudándolo a comprender su incapacidad para apoyar a su esposa en la toma a cargo de sus necesidades.

Entre los hermanos y hermanas es necesario sustituir la actitud competitiva

propia por una actitud solidaria. Así, los hermanos reconocerán que la dificultad de crecer en su específica historia familiar ha pesado en todos aunque algunos hayan podido evitar la anorexia, quizás, gracias a que otros se han hecho cargo de ella. Son frecuentes los celos cruzados: los supuestamente *sanos* se sienten desfavorecidos ante los *privilegios* de los que disfruta la paciente y ésta sufre por la muy superior estima que reciben los hermanos *sanos*.

Aportaciones de Cancrini y La Rosa

Cancrini y La Rosa (1996) describieron los TCA como trastornos de segundo nivel, así como las toxicomanías y los trastornos psicósomáticos. De esta forma, el paso del cuidado del cuerpo a la anorexia consideraron que se desarrollaba a lo largo del tiempo de una manera relativamente autónoma a pesar de tener origen en las dificultades propias de cada área: el área de las reacciones, de las neurosis, de las situaciones límite, de las psicosis y de los desarrollos o patologías intersistémicas. Su desarrollo estaba relacionado a su vez con las dificultades que encauzan las modas, tales como la cultura de consumo caracterizada por la difusión de una excesiva importancia por el cuidado del cuerpo.

Los TCA y las toxicomanías fueron considerados las formas más comunes de presentación de los problemas de desvinculación y de las dificultades de individuación de los adolescentes (Cancrini & La Rosa, 1996).

Cancrini (1973) inicia su trayectoria centrado en el estudio del papel de la familia y de la terapia familiar en el tratamiento de las adicciones clasificando, como se ha mencionado previamente, las drogodependencias en cuatro tipos: drogodependencias traumáticas o tipo A, drogodependencias neuróticas o tipo B, drogodependencias psicóticas o tipo C y drogodependencias sociopáticas o tipo D (Cancrini, 1973;

Cancrini, 1987; Cancrini & La Rosa, 1996; Cancrini & Massoni, 1993). Sin embargo, más adelante realizó una analogía entre las dinámicas familiares que hacen posible el trastorno psicopatológico toxicómano y aquellas que hacen posible el TCA estableciendo un paralelismo entre ambos trastornos en tres de las tipologías (Cancrini & La Rosa, 1996).

Anorexias traumáticas o de tipo A

Serían aquellas que van desde el rechazo del alimento con que se reacciona a un acontecimiento lamentable, al rechazo del alimento en el niño, o más frecuentemente, en el preadolescente que está luchando por su individuación dentro de las familias aglutinadas descritas por Minuchin (Minuchin et al., 1975; Minuchin & Fishman, 1984; Minuchin et al., 1978; Onnis, 1990).

Dicha tipología podría presentarse en situaciones familiares diversas. En algunos casos, podría tratarse de un hijo considerado ejemplar acostumbrado a guardar para él sus propios problemas, que se derrumbaba frente a la experiencia de un trauma grave volviéndose anoréxico. En otros, de individuos que recientemente han superado la fase de individuación o de la desvinculación y que el trauma pone en crisis su equilibrio en un periodo en el que sus anteriores relaciones ya no le suministran un apoyo adecuado y las nuevas son aún demasiado precarias para asegurarle un punto de referencia. En consecuencia, se trata de adolescentes que acaban de definir recientemente su propia identidad o de jóvenes adultos que aún no están sentimentalmente comprometidos o que sólo desde hace poco son miembros de una pareja, situaciones en las que la red de relaciones es inadecuada en el momento de la necesidad creada por el dolor y el duelo. Precisamente, el sentido de culpa, presente a menudo en la experiencia de duelo, se vincula fácilmente en estos adolescentes o jóvenes adultos con el esfuerzo de emancipación de un núcleo familiar en una situación de estrés.

Las anorexias traumáticas o de tipo A estarían clasificadas entre las situaciones del área de las reacciones. Responden a menudo al trabajo terapéutico basado en el abordaje y la verbalización del duelo en una relación significativa.

Anorexias de área neurótica o de tipo B

Estas anorexias desarrollan funciones extremadamente claras de cobertura y de mantenimiento del conflicto parental sin alcanzar casi nunca niveles realmente dramáticos, sin acompañarse de otros trastornos psicopatológicos relevantes y respondiendo bien a una intervención familiar estructural relativamente simple.

La estructura familiar en la que se desarrollaba dicha tipología comprende: (a) la fuerte implicación de uno de los padres (generalmente el del sexo opuesto) en la vida del hijo y el TCA, (b) el rol periférico del otro padre, (c) la triangulación como modalidad estructural-relacional, (d) la debilidad de los límites entre los subsistemas que definen la jerarquía familiar, (e) el desarrollo de una polaridad que define la figura del hijo anoréxico como “malo” respecto a otro hijo “bueno”, y (f) un modelo comunicativo caracterizado por mensajes contradictorios (no paradójicos) y un desarrollo rápido y violento de los conflictos.

El comportamiento anoréxico en esta tipología es alternativamente de doloroso desafío o de una intolerancia cargada de provocaciones dirigidas a las personas que considera responsables, generalmente los padres.

Desde el punto de vista terapéutico, el trabajo se debe centrar desde el principio en el control sintomático mediante la formación de un frente por parte de los padres.

Anorexia transicional o de tipo C – Verdadera anorexia mental

Esta anorexia sería la forma más grave situada en el límite entre las áreas neurótica y psicótica, tanto desde el punto de vista de las transacciones y de los juegos

predominantes dentro de la familia como desde la correspondencia psicopatológica. A veces es peligrosa para la vida de las pacientes y es difícilmente modificable con una intervención estructural, sobre todo si hay síntomas bulímicos y manifestaciones de tipo más claramente psicótico. Está relacionada con la fase de desvinculación.

La organización y el estilo comunicativo de estas familias está caracterizado por un frecuente uso de mensajes paradójicos e incongruentes que sostienen el esfuerzo en no definir las relaciones: los niveles de mistificación dentro de la familia y de sus relaciones con el exterior son altos, y esto hace que los datos proporcionados por la familia sean poco fiables, mientras que la atmósfera adquiere una importancia mayor. Asimismo, por la tendencia difusa a ignorar el significado del mensaje de los otros y a utilizar el TCA para resolver problemas de liderazgo, expresándose en términos de auto sacrificio. Ambos padres (cuya relación se caracteriza sólo a veces por la *hybris* simétrica de las familias psicóticas) están implicados en el TCA y a menudo hay un miembro de la fratria con un prestigio especial que tiene una implicación afectiva destacada en los problemas de la familia, se siente más competente para resolverlos y mantiene una historia de intimidad con uno de los padres. En el momento de la desvinculación de este miembro prestigioso, la sintomatología tiene el efecto pragmático de inmovilizarlo. La polaridad característica de esta tipología es la de éxito/fracaso que difiere de la de bueno/malo del tipo B. En consecuencia con dicha organización y comunicación familiar, la indicación terapéutica fundamental en esta tipología es la del trabajo familiar.

Selvini Palazzoli (como se citó en Cancrini & La Rosa, 1996) ya había considerado previamente la estructura familiar de las toxicomanías y los TCA muy parecida ante la cual los hombres desarrollan más fácilmente una toxicomanía y las mujeres un TCA de acuerdo con la influencia de los patrones socioculturales de moda.

Aportaciones de Luigi Onnis

Onnis (1990) también se centró en los TCA como trastornos psicossomáticos desde una aproximación sistémica, al considerar que es un contexto relacional donde el síntoma adquiere sentido: en un contexto relacional dado el síntoma psicossomático comunica con el cuerpo algo que debe ser expresado de acuerdo con las modalidades y reglas de la red en la que aparece y se perpetua. Las características que describió en las familias psicossomáticas bajo un perfil interactivo y estructural sin hablar de una única tipología familiar se corresponden con aquellas ya identificadas desde el estudio meramente estructural liderado por Minuchin (Onnis, 1997; Onnis et al., 2004).

Onnis (2004) consideró redundante en sus observaciones la labilidad de los límites, físicos y psicoemocionales, entre los individuos y subsistemas de una familia anoréxica que dificulta los procesos de individuación y diferenciación. Resulta una situación en la que el control que ofrece la sintomatología anoréxica ofrece un atisbo de diferenciación.

Onnis (1990) contribuyó en el estudio de las triangulaciones describiendo que dicha ubicación estructural disfuncional del hijo entre los padres tiene el efecto de permitir a los cónyuges evitar definir su relación, ya sea a partir de un mecanismo de desviación del conflicto o de coalición. El hijo y futuro paciente identificado actúa en la tríada de mediador de la comunicación en la pareja. En la misma línea que Minuchin (2001), destacó la rigidez que caracteriza la tríada una vez se ha instaurado la sintomatología. Partió, pues, de una relación conyugal insatisfactoria debido a conflictos no resueltos, no expresados ni afrontados en estas familias (Onnis et al., 2004).

La característica familiar en estos trastornos del miedo al conflicto está relacionada con los mitos de unión familiar y fantasmas de ruptura, lo cual no permite su resolución a favor de una redefinición familiar evolutiva. Se contempla como una

amenaza de disgregación familiar cualquier indicio mismo de tensión, desacuerdo o separación. Es por esto que estas familias ofrecen una imagen de armonía e incluso presentan un clima emocional distendido que en ocasiones no encaja con el dramatismo de su discurso (Onnis, 1990, 1997; Onnis et al., 2004).

Por lo tanto, cobra sentido en este contexto la función protectora del trastorno psicossomático, el cual perpetua el juego de los triángulos permitiendo la no redefinición de la relación conyugal, que a su vez, evita el conflicto que podría generar su definición.

A partir del estudio de las historias familiares de recorrido como mínimo trigeracional, se esclareció el peso de la pérdida en estos trastornos. Fue frecuente el hallazgo de sucesos traumáticos, separaciones tempranas, enfermedades graves o abandonos que justificarían la emergencia de los mitos de unidad familiar como una especie de defensa compartida y escondida (Onnis, 1997; Onnis et al., 2004).

Onnis (1990) ya intentó alejarse del esclarecimiento de la familia como nociva o causa evidenciando la circularidad del proceso de desarrollo de los trastornos psicossomáticos: el paciente psicossomático y su familia se influyen y refuerzan constituyendo un sistema interpersonal.

Dichos trastornos tienen frecuentemente a cronificarse debido a la influencia de la concepción tradicional médica y la interrelación entre el síntoma y las estructuras y dinámicas familiares. Deviene pues determinante el abordaje complejo que incluya la consideración del contexto emocional y familiar (Onnis, 1997).

Avanzada su investigación entorno a los trastornos psicossomáticos, plantean un método de esculturas como instrumento terapéutico de retorno al pasado en un intento de correlacionar una pluralidad de niveles sistémicos tales como la familia y el individuo, las interacciones del aquí y ahora, los aspectos históricos y evolutivos y la subjetividad del terapeuta (Onnis, 1997; Onnis et al., 2004). Este método se considero

especialmente relevante dada su consistencia con los propios trastornos psicossomáticos a nivel analógico. Asimismo, indaga la percepción de la dimensión temporal la cual se detiene en el proceso evolutivo con la aparición de la sintomatología.

2.2.2. Aportaciones recientes

Se desprende de la literatura de la última década el abandono de la idea de una tipología familiar unívoca en los TCA paralelo al acuerdo casi unánime que se observa en la última revisión sistemática sobre la temática de Holtom-Viesel y Allan (2014) de mayores patrones familiares de transacciones disfuncionales en dichas familias en comparación con las familias con hijos sin diagnóstico psicopatológico. La evidencia que se ha desprendido del interés que se mantiene por conocer de forma cada vez más compleja las relaciones familiares en dicha psicopatología es de gran variabilidad y conflictiva. De todos modos, se destacan los resultados de los estudios que son frecuentemente concluyentes en una misma dirección.

Relación conyugal

En lo que se refiere a la relación marital de los padres de las familias con un hijo con TCA, es frecuente el registro de mayores dificultades en ellas respecto a las familias con hijos sin diagnóstico psicopatológico (Espina et al., 2003; Józefik et al., 2014; Latzer et al., 2009). Fäldt (2008) matizó esta disfunción que presentan los estudios cuantitativos a partir de técnicas proyectivas, recogiendo la percepción de los hijos con TCA de sus padres como una pareja fría y sin amor. Sin embargo, Józefik et al. (2014) no registraron diferencias entre las dificultades de las familias con un hijo con TCA y con trastornos depresivos, sugiriendo que la disfunción en la pareja no es propia de los TCA sino de la psicopatología en general.

Blodgett Salafia, Schaefer y Haugen (2014) concluyeron una asociación tanto directa como indirecta entre el conflicto marital y la sintomatología alimentaria. Reforzaron las aportaciones de Cui y Conger (2008) y Doyle y Markiewicz (2005) registrando el vínculo parental de control sin afecto como mediador de dicha asociación. En esta línea de identificación de mediadores de la relación entre el desajuste conyugal y los TCA, Latzer et al. (2009) destacaron la relación padres-hijos poco favorable y George, Fairchild, Cummings y Davies (2014) la inseguridad emocional de los hijos sobre la relación marital.

Ringer y Crittenden (2007) registraron la influencia de esta disarmonía conyugal en el ejercicio de la parentalidad, siendo la triangulación una de las posibles vías de esta influencia. Eisler (2005) consideró que coincide que los TCA tienen una mayor incidencia en la etapa adolescente de los hijos, en la cual los padres deben ajustarse al ciclo vital familiar y reencontrarse. Sucede que el TCA hace más visible y complica este ajuste pudiendo facilitar incluso la involucración del hijo en éste.

Contrariamente a estas aportaciones, Ma (2011) no registró un impacto en la vida marital por parte de ninguno de los dos cónyuges de las familias con un hijo con TCA.

El hecho de que la literatura en torno a la conyugalidad en los TCA fuera más prolifera años atrás es ejemplificativo del movimiento que se ha esclarecido que aparece en respuesta a las críticas de las concepciones de la familia de las aportaciones más clásicas de la terapia familiar.

Relación parental

En relación con la parentalidad, la otra función familiar básica de interés en este estudio, gran parte de la literatura ha estado centrada en determinar el tipo de vínculo

que tienen los hijos con TCA con sus padres. A grandes rasgos, el vínculo de control sin afecto más observado, como se especificará a continuación, es indicativo de una relación con los hijos menos favorable (Blodgett Salafia et al., 2014; Fäldt, 2008) en relación a las familias con hijos sin diagnóstico psicopatológico (Latzer et al., 2009). Dicho vínculo ha sido asociado con la severidad de la sintomatología alimentaria y sólo los bajos cuidados paternos también con la de la sintomatología TOC asociada (Tseng et al., 2014).

En la línea de la complejidad de los TCA, se han identificado mediadores de la relación entre esta parentalidad deficitaria y los TCA: los rasgos de la personalidad en la BN (Fassino et al., 2010), los niveles de ansiedad y depresión (Blodgett Salafia et al., 2007), el autoconcepto (Cella, Iannaccone, & Cotrufo, 2014; Perry, Silvera, Neilands, Rosenvinge, & Hanssen, 2008) y el perfeccionismo que ya se había identificado previamente (Soenens et al., 2008).

El vínculo parental disfuncional de control sin afecto se ha evidenciado característico de las familias con un hijo con TCA (Blodgett Salafia et al., 2014; Cella et al., 2014; Doba & Nandrino, 2010; Horesh et al., 2015; Jáuregui, Bolaños, & Garrido, 2011; Tetley et al., 2014), en concreto, en las subcategorías BN y TCANE (Herraiz-Serrano et al., 2015). Berge, Wall, Larson, Eisenberg, Loth y Neumark-Sztainer (2014) sólo registraron la influencia del elevado control y Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer y Bachar (2008) lo asociaron a la severidad del TCA. En cambio, López, Herrero y Botella (2014) sólo registraron la influencia de los bajos cuidados. Tetley et al. (2014), en la revisión sistemática más reciente de la literatura sobre la temática no concluyeron diferencias entre las distintas subcategorías diagnosticas así como tampoco, junto con Tseng et al. (2014), la especificidad de dicho vínculo en los TCA respecto a otras familias con hijos con distinta psicopatología.

Tseng et al. (2014) diferencian significativamente el vínculo con cada uno de los progenitores registrando el control elevado en las madres y los cuidados bajos o incluso insuficientes en los padres. Asimismo, Fosse y Holen (2006), Lampis, Agus y Cacciarru (2014) y Wade et al. (2007) destacaron este vínculo de control sin afecto y Soenens et al. (2008) sólo el control como relevante con la figura paterna. Wade et al. (2007) concluyeron la especificidad de dicho vínculo paterno en los TCA respecto al trastorno depresivo mayor. Y Lampis et al. (2014) identificaron la influencia de este vínculo con la figura materna en asociación con el perfeccionismo, especialmente, en la AN. Sin embargo, éstos últimos autores observaron que la diferencia en el estilo parental entre progenitores pierde relevancia en niveles sintomáticos críticos.

Los estudios centrados en el apego en los TCA, han concluido un apego inseguro (Ringer & Crittenden, 2007; Soares & Dias, 2007; Tasca & Balfour, 2014). En concreto, Bäck (2011) observó que a mayor apego inseguro con ambos progenitores, mayor recuerdo de reglas relacionadas con la alimentación. Considerando las subcategorías de TCA, Tasca y Balfour (2014) destacaron un apego pobre en la AN. Y en el estudio de esta misma subcategoría, Cunha et al. (2009) destacaron la baja calidad de apego con la madre.

Relación materna

La relación materna en los TCA es la relación intrafamiliar que más atención ha recibido por parte de la literatura (Allen et al., 2014; Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf, & Jantschek, 2007; Blodgett Salafia et al., 2007; Cooley et al., 2008; Ferguson et al., 2012; Mushquash & Sherry, 2013). Ha resultado significativa desde la orientación más psicodinámica en el estudio del apego (Bäck, 2011; Ringer & Crittenden, 2007). Asimismo, Tseng et al. (2014) observaron una asociación entre la relevante sobreprotección materna ya mencionada y la severidad de la sintomatología

alimentaria. La influencia de la figura materna también ha destacado entorno a las actitudes y conductas relacionadas con la alimentación y la imagen corporal de sus hijos (Allen et al., 2014; Cooley et al., 2008).

Relación paterna

Poco a poco la figura paterna ha ido recibiendo más atención en la literatura de los TCA con el foco en las relaciones familiares (Hooper & Dallos, 2012; Horesh et al., 2015; Jones, Leung, & Harris, 2006). Es más, hay un número considerable de estudios que lo presentan como relevante en dichos trastornos. Algunos de ellos han destacado como importante en la relación con él las relaciones conflictivas (Gil et al., 2007), su actitud imperativa (Enten & Golan, 2009; Miller-Day & Marks, 2006), mayor tiempo dedicado al trabajo (Enten & Golan, 2009) y ausencia de conexión emocional (Hooper & Dallos, 2012). Entre esta lista se encuentra el vínculo de control sin afecto como ya se ha especificado, en cuya línea Herraiz-Serrano et al. (2015) consideraron el efecto protector del afecto paterno frente a la ansiedad y favoreciendo la autoestima.

Hooper y Dallos (2012) justificaron la función del TCA respecto a la ausencia de conexión emocional en la relación padre-hija: el TCA consigue atención por parte de los padres y conexión, siendo una vía de liberación del malestar que es atendida. En esta línea, el efecto protector de la percepción de las hijas de conexión con el padre y conocimientos sobre su paradero (Berge et al., 2014).

Ha sido destacada también la figura del padre en las familias con TCA en el estudio de la transmisión transgeneracional (Canetti et al., 2008; Pilecki & Józefik, 2013; Pilecki, Józefik, & Sałapa, 2014). En concreto, Canetti et al. (2008) registraron un mayor vínculo paterno de control sin afecto a mayor control de los abuelos paternos. A su vez, están relacionados con una mayor severidad de la sintomatología alimentaria el cuidado de las abuelas maternas y paternas.

Latzer et al. (2009), evaluaron las relaciones conyugales y parentales al mismo tiempo en su estudio y concluyeron, en comparación con grupo no clínico, mayor estrés en la relación marital y una relación con los hijos menos favorable. A partir de aquí, esclarecieron modelo representativo de estas familias: la relación entre la calidad marital de los padres y el TCA está mediada por la relación padres-hijos. No registraron diferencias significativas entre las relaciones familiares en la AN y en la BN.

Funcionamiento familiar

A grandes rasgos, Bäck (2011) y Zachrisson y Skarderud (2010) describieron unas relaciones familiares negativas en los TCA y Allen et al. (2014) estrés familiar, en cuya línea Ma (2011) registró la misma percepción de disfuncionalidad en el funcionamiento familiar en ambos progenitores. Se corresponde con el mejor funcionamiento y clima familiar observado en las familias no clínicas en comparación con las familias con un hijo con TCA (Paulson-Karlsson et al., 2009) y la atribución del efecto protector de éste (Allen et al., 2014; Bäck, 2011; Berge et al., 2014; Herraiz-Serrano et al., 2015; Lampis et al., 2014).

A nivel de clima emocional, la literatura ha recogido niveles elevados de emoción expresada entre los que se destaca la sobreimplicación emocional (Anastasiadou et al., 2014). En cambio, Duclos, Vibert, Mattar y Godart (2012) destacaron un elevado criticismo que asocian con un peor funcionamiento psicológico del hijo con TCA, una asociación entre los comentarios positivos y un mejor estado de la enfermedad, y entre el afecto y un mejor peso. Wade et al. (2007) observaron la especificidad del criticismo elevado en los TCA respecto a familias con un hijo con trastorno depresivo mayor.

En lo que concierne a la cohesión, ha sido frecuentemente asociada en niveles

bajos con los TCA (Cunha et al., 2009; Lampis et al., 2014; Maglio & Molina, 2012). Además, Maglio y Molina (2012) concluyeron dichos niveles de baja cohesión estables interculturalmente. Estos niveles bajos no invalidan el aglutinamiento y la sobreprotección descritas por Minuchin (Minuchin et al., 1975; Minuchin & Fishman, 1984; Minuchin et al., 1978; Onnis, 1990) propias de las familias psicósomáticas, dado que Minuchin les otorgaba un valor negativo y la cohesión que evalúa la FACES (Olson, Bell, & Portner, 1978), el instrumento empleado en estos estudios, está considerada positiva y funcional a niveles altos. En cambio, Aragona, Catapano, Loredio y Alliani (2011) registraron niveles de cohesión y adaptabilidad en los TCA, evaluados a partir del FACES, similares a los de las familias no clínicas, no confirmando el aglutinamiento, la sobreprotección y rigidez de la familia psicósomática clásica. Considerando las distintas subcategorías de los TCA, registraron niveles más elevados de cohesión en la AN que en la BN. Resultados que también se justifican con el funcionamiento propio de la AN en la línea de la negación, dificultades con los conflictos y de expresión emocional y el mantenimiento de la apariencia ideal. Lampis et al. (2014) asociaron también la baja cohesión con relaciones desligadas en los TCA. Resultados que podría explicarse por la baja conexión emocional entre los miembros registrada en estas familias (Doba & Nandrino, 2010; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Hooper & Dallos, 2012; Huemer et al., 2012) y la pobreza de las respuestas afectivas. Doba y Nandrino (2010) concretan las dificultades de regulación en la distancia interpersonal en estas familias en la elevada dependencia de los lazos familiares, el rechazo, el control en el cuidado por parte de los padres y la falta de cercanía emocional.

Las dificultades en la resolución de problemas en estas familias que Holtom-Viesel y Allan (2014) observaron en la literatura ya había sido descrita por Minuchin

(Minuchin et al., 1975; Minuchin & Fishman, 1984; Minuchin et al., 1978; Onnis, 1990). Asimismo, la focalización en ellas mismas, centrándose el proceso de diferenciación de sus miembros en lo que pasa en la familia en vez de involucrar a los iguales como las familias con hijos sin diagnóstico psicopatológico (Sibeoni, Khair, Orri, Lachal, QUALIGRAMH, Moro, & Revah-Levy, 2014). Vázquez et al. (2010) y Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, López-Aguilar, Álvarez-Rayón y Tena-Suck (2010) registraron en ellas escasa expresividad en relación con las familias no clínicas.

La comunicación en las familias con un hijo con TCA se ha descrito de baja calidad (Holtom-Viesel & Allan, 2014) y negativa (Maglio & Molina, 2012).

Miller-Day y Marks (2006) asociaron con los TCA la percepción de poco control personal. A pesar de ser una asociación basada en el estudio de factores individuales, le otorgan un sentido en el funcionamiento familiar. Por ejemplo, Holtom-Viesel y Allan (2014) destacaron en dichas familias reglas familiares limitantes. Las actitudes y conductas familiares más impositivas favorecen la aparición de la sintomatología alimentaria como ilusión de control personal, en este caso, en la alimentación.

La literatura ha recogido evidencias de mediadores de la asociación entre los TCA y el funcionamiento familiar: experiencias familiares negativas relacionadas con la alimentación y la apariencia (Kluck, 2008) y aspectos relacionados con la imagen corporal (Benninghoven et al. 2007).

Sobre la relaciones en el subsistema filial, Dimitropoulos, Freeman, Bellai y Olmsted (2013) reportaron más celos fraternos por parte de los hijos con AN que de sus hermanos. A su vez, Dimitropoulos, Klopfer, Lazar y Schacter (2009) concluyeron una elevada lealtad y compromiso con la familia por parte de los hermanos en la adopción

de un rol de mediadores y protectores de sus hermanos con AN en la recuperación. Los hermanos perciben tanto el agobio de los padres como los conflictos familiares relacionados con el trato con la AN y en respuesta a ello y a su rol, desarrollan estrategias de afrontamiento. Fruto de esta relación que se desarrolla a partir de la AN su vínculo se hace más fuerte, lo que no quita que la AN genere malestar en el hermano también. En el conjunto de las relaciones familiares, los hermanos adoptan un rol muy activo que de alguna manera quieren pero que a la vez les hace sentir invalidados, impotentes y desesperanzados, ya sea por la minimización de los padres de la severidad de la AN o por la acomodación a ella (Dimitropoulos et al., 2009). Según Areemit, Katzman, Pinhas y Kaufman (2010) la calidad de vida de los hermanos se ve negativamente afectada.

Maglio y Molina (2012) describieron una mayor variabilidad entre las percepciones de la familia de los miembros de las familias con TCA respecto a las de las familias no clínicas; Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren (2005) la describieron en la AN. Se ha destacado entre esta divergencia la visión más crítica del hijo con TCA (Dancyger, Fornari, & Sunday, 2006; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Maglio & Molina, 2012) mientras que la naturaleza de las discrepancias de los padres es más variable de un estudio a otro (Holtom-Viesel & Allan, 2014). Mejores percepciones familiares del hijo con TCA han sido asociadas a mejores resultados de éxito en el tratamiento, independientemente de la severidad del trastorno (Holtom-Viesel & Allan, 2014). Asimismo, Anschutz, Kanters, Van Strien, Vermulst y Engels (2009) observaron que la percepción de los hijos preadolescentes de preocupación en torno al peso por parte de sus madres y actitudes alentadoras a la delgadez están asociadas a la insatisfacción corporal y restricción alimentaria. Considerando las distintas subcategorías de los TCA, la percepción del funcionamiento familiar es más

disfuncional por parte de las familias con un hijo con TCA con atracones/purgas respecto a familias con un hijo con AN de tipo restrictivo (Holtom-Viesel & Allan, 2014) y por parte de las familias con un hijo con BN respecto a familias con un hijo con AN, TCANE o sin diagnóstico psicopatológico (Vázquez et al., 2010). En una línea similar, Eisler (2005) concluyó que las familias con un hijo con AN son las que presentan un funcionamiento más parecido a las familias no clínicas y Vázquez et al. (2010) que las familias con un hijo con TCANE son las que perciben menor disfunción en su funcionamiento.

En lo que concierne a las percepciones de los hermanos sin diagnóstico psicopatológico, aquellas de mayor disfunción familiar están asociadas a la sintomatología alimentaria (Dimitropoulos et al., 2013). Según Wade et al. (2007), incluso perciben mayores dificultades familiares a nivel de conflicto parental y criticismo que los hijos con AN, relacionándolo con el funcionamiento propio de dicha psicopatología. Cook-Darzens et al. (2005) registraron también en los hermanos de pacientes con AN la mayor insatisfacción familiar en contraposición con la percepción del padre. Profundizando en sus percepciones, por un lado, Maglio y Molina (2012) las registraron de mayor disgregación respecto al acuerdo de mayor cohesión entre los padres y el hijo con TCA y por otro, Dimitropoulos et al. (2013) en línea con las de sus hermanos con AN en la percepción del afecto y control parentales. Las aportaciones de Maglio y Molina (2012) encajan con la modalidad relacional de la triangulación descrita en las familias con un hijo con TCA, en la que se ven implicados los padres y el paciente (Cancrini & La Rosa, 1996; Eisler, 2005; Linares, 1996; Minuchin, 2001; Onnis, 1990; Onnis et al., 2004; Ringer & Crittenden, 2007; Selvini Palazzoli et al., 1990, 1999). Las aportaciones de Dimitropoulos et al. (2013) van en la línea de las de Cooley et al. (2008), Enten y Golan (2009) y Kluck et al. (2014) que sugieren la

importancia de la percepción familiar del paciente en los TCA, en este caso, dada la evidencia que se ha visto que otorga la literatura al vínculo parental. Destacar también las conclusiones de Enten y Golan (2009) de la asociación de la percepción de los hijos del autoritarismo del padre a los TCA y no del autoritarismo en sí.

Estas discrepancias entre los miembros de una familia con un hijo con TCA han sido valoradas relevantes en la medida que contribuyen en el mantenimiento de la psicopatología (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky, & Sunday, 2005; Holtom-Viesel & Allan, 2014). Por consiguiente, deberían considerarse en la evaluación y abordaje familiar de dichos trastornos (Cook-Darzens et al., 2005; Dancyger et al., 2005, 2006; Holtom-Viesel & Allan, 2014).

Anorexia nerviosa

Holtom-Viesel & Allan (2014) recogieron la siguiente caracterización de la literatura reciente de las familias con un hijo con AN: mayor cohesión (vs. BN y familias no clínicas) y menor jerarquía familiar (vs. familias no clínicas), menor orientación hacia el logro (vs. BN), ausencia de autonomía individual de los hijos con TCA en comparación con sus hermanos. Se ha destacado en estas familias también la evitación del conflicto (Doba & Nandrino, 2010), prácticas disciplinarias estrictas (Gil et al., 2007), una elevada demanda parental y discordancia familiar (Pike et al., 2008), una baja capacidad de redefinir situaciones estresantes y hacerlas manejables, responsabilidad individual y auto culpa en los distintos miembros en relación a los problemas de los otros miembros de la familia y capacidad de pedir ayuda (Cunha et al., 2009). Considerando la subcategoría AN de tipo restrictivo, se ha destacado como relevante el rendimiento elevado y la adherencia a valores y normas (Holtom-Viesel & Allan, 2014) y la tendencia a negar el conflicto relacional a nivel de cohesión y comunicación familiar, considerada propia de las familias AN (Botella & Grañó, 2008).

Cook-Darzens et al. (2005) observaron una mayor percepción de desligamiento en dichas familias en comparación con las familias no clínicas sin presentar niveles patológicos de distancia. A su vez, observaron que las diferencias en la percepción de la cohesión eran más pronunciadas en las díadas en las cuales no estaba involucrada la madre, sugiriendo a la figura materna como facilitadora de la percepción de unidad.

Sim et al. (2009) concluyeron que el funcionamiento familiar en la AN caracterizado por el conflicto familiar, la sensación de ineficacia e insatisfacción en relación al rol parental, la disminución de la alianza con el padre y mayores niveles de depresión en la madre, está mediado por el estrés emocional que refleja el proceso de acomodación a la presencia de dicha psicopatología.

Soenens et al. (2008) no registraron diferencias significativas en el control paterno entre familias con un hijo con AN y familias con un hijo con BN o sin diagnóstico psicopatológico, que relacionan con el funcionamiento propio anoréxico de negar y esconder. En contraposición, Cook-Darzens et al. (2005) relacionaron la ausencia de diferencias entre las familias con un hijo con AN y sin diagnóstico psicopatológico con la posibilidad de patrones de relación familiares funcionales en dichos trastornos.

Eisler (2005) desde el estudio de los procesos de organización familiar similares en torno a la AN ha destacado en la literatura seis características: a) el rol central de la sintomatología como reguladora de la alimentación y las interacciones; b) una centralización en el presente; c) una reducción y rigidez de los patrones interaccionales; d) una pronunciación de aspectos de la organización familiar, normalmente aquellos más insatisfactorios; e) la interrupción del transcurso de los distintos miembros a lo largo del ciclo vital debido a la falta de atención de las necesidades para ello; y f) una pérdida de sensación de control por parte de todos. En esta línea, Anastasiadou et al.

(2014) han observado acomodación al TCA y permisividad cuanto mayor la duración del TCA y cuando más tiempo compartido entre el paciente y el cuidador. Sibeoni et al. (2014) también describieron en estas familias, aunque no focalizados en la AN, la dimensión relacional estancada en el conflicto alrededor de la comida: conflicto de poder y evitación de conflicto al mismo tiempo en oposición al dinamismo y la expresión que caracterizan las familias funcionales alrededor de las comidas.

Bulimia nerviosa

Las familias con un hijo con BN han estado caracterizadas por una elevada conflictividad (Doba & Nandrino, 2010; vs. familias no clínicas; Vázquez et al., 2010), menor cohesión (vs. TCANE y familias no clínicas; Vázquez et al., 2010), mayores expectativas parentales (Wade et al., 2007), dificultades de organización y planificación (Ruíz-Martínez et al., 2010; vs. familias no clínicas; Vázquez et al., 2010; vs. la AN de tipo restrictivo; Holtom-Viesel & Allan, 2014), menor flexibilidad (vs. familias no clínicas) y mayores dificultades para confiar en los demás (vs. AN de tipo restrictivo; Holtom-Viesel & Allan, 2014). En las familias con un hijo con BN y AN de tipo purgativo se ha destacado un peor cumplimiento de tareas que en aquellas no clínicas.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Las familias con un hijo con TCANE han sido caracterizadas en la literatura por la distancia, una baja integración y falta de apoyo entre los miembros, lo que reduce la posibilidad de conflictos (Ruíz-Martínez et al., 2010).

2.2.3. Instrumentos de evaluación

El estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento en una población específica dada proporciona la evidencia empírica necesaria para su uso en dicha

población de acuerdo con las recomendaciones de la *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* y *National Council on Measurement in Education* (2014) en relación a la evaluación en psicología. En esta línea, estudios psicométricos expresan la necesidad de continuar el proceso de validación de un instrumento con muestras clínicas (Costa, Luján, Arca, Masjuan, & Olson, 2013; Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, & Sanz, 2006).

En lo que se refiere a los TCA, el más reciente estudio de revisión de la literatura sobre el funcionamiento familiar en los TCA explicita la necesidad de investigar con instrumentos desarrollados específicamente para dicha población clínica (Holtom-Viesel & Allan, 2014). Sin embargo, hay escasez de instrumentos que evalúen las relaciones familiares y que estén adaptados y validados en población española clínica con TCA (ver Tabla 2). Es significativo que esta revisión no haya incluido estudios en población española.

El instrumento Memoria de la Crianza Percibida (*Egna Minnen Beträffande Uppfostran-Child Version*, EMBU-C; Penelo, Viladrich, & Domènech, 2010), por ejemplo, fue validado a nivel clínico pero de forma inespecífica: los TCA fueron incluidos entre otros diagnósticos psicopatológicos en la muestra clínica.

Tabla 2.
Instrumentos validados en España que evalúan la familia en los trastornos de la conducta alimentaria.

Nombre	Acronimo	Autoría	Objetivo	Sujetos	Número de ítems	Idioma original
Family Questionnaire	FQ	Sepúlveda et al. (2014)	Emoción expresada	Cuidadores	20	Inglés
Level of Expressed Emotion	LEE-S	Sepúlveda, Anastasiadou, Río y Graell (2012)	Clima emocional	Parientes	45	Inglés
Brief Dyadic Scale of Expressed Emotion - Expanded patient version	BDSEE	Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols (2011)	Emoción expresada	Parientes	14	Español, España

Se puede observar como existe una mayor variedad internacional reciente de instrumentos que evalúan la familia en los TCA con estudios psicométricos específicos. En italiano, el *Family Coping Questionnaire for Eating Disorders* (Fiorillo et al., 2015); en inglés, el *Family Experience with Eating Disorders Scale* (FEEDS; Folse, 2007; Folse & Krawzak, 2013), el *Eating Disorder Symptom Impact Scale* (EDSIS; Sepúlveda, Whitney, Hankins, & Treasure, 2008), la *Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders* (AESED; Sepúlveda, Kyriacou, & Treasure, 2009); en francés, la *Five-Minute Speech Sample* (Rein et al. 2011; Rein, Perdereau, Curt, Jeammet, Fermanian, & Godart, 2006); y también en alemán la *Five-Minute Speech Sample* (van Furth, van Strien, van Son, & van Engeland, 1993).

En España se han empleado instrumentos validados en español en estudios con población con trastornos de la conducta alimentaria a pesar de la falta de evidencia psicométrica en dicha población. Algunos ejemplos son el *Camberwell Family Interview* en el estudio de Rodríguez y Vaz (2005), la Escala de Ajuste Diádico (*Dyadic Adjustment Scale* [DAS]; Spanier, 1976) en el estudio de Espina et al. (2003), la Escala de Ajuste Marital (*Marital Adjustment Scale*; Carroble, 1989) y el Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument* [PBI]; Ballús, 1991) en el estudio de Ibáñez, Muñoz, Ortega y Soriano (2006), y la FACES III (Gómez et al., 1999) junto con el PBI (Ballús, 1991) en el estudio de López et al. (2014). Sin embargo, las aportaciones de Anastasiadou et al. (2014) y Emanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Watkins, Lask y Waller, (2003) de la influencia en los TCA de las diferencias culturales en la familia justifican la necesidad de validar dicha especificidad clínica de los instrumentos. En esta línea, Minuchin (2009) ha afirmado la plasticidad familiar a la hora de cambiar para adaptarse a la sociedad y circunstancias históricas.

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivos generales y específicos

3.2. Hipótesis

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivos generales y específicos

Con el objetivo final de validar y determinar la aplicabilidad clínica del CERFB en familias clínicas con un hijo con TCA, se plantearon los siguientes objetivos generales y específicos.

Objetivos generales

1. Analizar las propiedades psicométricas del CERFB, validez y fiabilidad, en familias clínicas con un hijo con TCA. En lo que concierne a la validez, el objetivo es analizar la validez de constructo del CERFB de acuerdo con la conceptualización más actual de la validez que subsume en la validez de constructo los tres tipos de validez clásicamente descritos: de contenido, de constructo y de criterio (Keszei et al., 2010; Martínez, 1995).
2. Configurar los baremos del CERFB en familias clínicas con un hijo con TCA con el fin de disponer de un grupo de referencia para ubicar y con el que comparar las puntuaciones del CERFB de las familias con un hijo con TCA u otras.
3. Evaluar la capacidad discriminativa a nivel empírico del CERFB en el diagnóstico relacional de las familias clínicas con un hijo con TCA y funcionales sin diagnóstico psicopatológico según la hipótesis teórica de Linares (1996).

Objetivos específicos

1. Someter a análisis factorial confirmatorio (AFC) la estructura bifactorial del CERFB en familias clínicas con un hijo con TCA.
2. Analizar la validez convergente entre las escalas Conyugalidad y Parentalidad del

CERFB y la DAS (Bornstein & Bornstein, 1992) y el PBI (Ballús, 1991), respectivamente.

3. Calcular el coeficiente alpha de Cronbach de cada una de las dos escalas del CERFB, Conyugalidad y Parentalidad, como indicador de su consistencia interna en familias clínicas con un hijo con TCA.
4. Facilitar la comparación entre estudios que utilicen el CERFB en familias clínicas con un hijo con TCA mediante la baremación en percentiles de las puntuaciones totales directas de Conyugalidad y Parentalidad.
5. Facilitar la comparación entre ambas escalas del CERFB, Conyugalidad y Parentalidad, y la interpretación del CERFB en comparación con otros instrumentos mediante la baremación en percentiles de las puntuaciones totales de cada escala en base 10 y tipificadas (T).
6. Realizar un estudio descriptivo, comparativo y correlacional de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con TCA y familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico según el género.
7. Establecer los puntos de corte discriminativos del CERFB en el diagnóstico relacional de las familias clínicas con un hijo con TCA y funcionales sin diagnóstico psicopatológico.

3.2. Hipótesis

Las hipótesis que han guiado el estudio son las siguientes:

1. El modelo de estructura bifactorial del CERFB propuesto por Ibáñez et al. (2012) se ajusta a la muestra de familias clínicas con un hijo con TCA y explica las relaciones

familiares básicas en ellas.

2. El CERFB presenta una adecuada validez convergente entre las escalas Conyugalidad y Parentalidad del CERFB y la DAS (Bornstein & Bornstein, 1992) y el PBI (Ballús, 1991), respectivamente. En concreto, la escala Conyugalidad correlaciona positiva y significativamente con la escala Ajuste Diádico de la DAS y la escala Parentalidad correlaciona positiva y significativamente con la escala Cuidado del PBI y negativa y significativamente con la escala Sobreprotección del mismo instrumento.

3. El CERFB presenta una fiabilidad adecuada en familias clínicas con un hijo con TCA a partir de los coeficientes alfa de Cronbach de las dos escalas, Conyugalidad y Parentalidad, como indicadores de consistencia interna.

4. Las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con TCA difieren significativamente de las de las familias funcionales sin miembros con diagnóstico psicopatológico con una valoración más disarmónica de la conyugalidad y deteriorada de la parentalidad a partir de un punto de corte específico para cada una de las dos funciones.

4. Método

4.1. Diseño

4.2. Participantes

4.2.1. Muestreo y criterios de inclusión

4.2.2. Descripción de los participantes

4.3. Instrumentos

4.4. Procedimiento

4.5. Análisis de datos

4. Método

4.1. Diseño

Se desarrolló un estudio instrumental, clasificado entre los estudios empíricos con metodología cuantitativa, dada su contribución en el proceso de validación de un instrumento, el CERFB. En particular, mediante el análisis de sus propiedades psicométricas y aplicabilidad clínica en familias con un hijo con TCA (Montero & León, 2007).

4.2. Participantes

4.2.1. Muestreo y criterios de inclusión

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional según los criterios de inclusión definidos para las familias objeto de estudio (Hibberts, Johnson, & Hudson, 2012).

Los criterios de inclusión para la muestra de familias grupo clínico fueron los siguientes: (a) Nacionalidad española; (b) Formadas por una pareja heterosexual de adultos (> 18 años) con, como mínimo, un hijo biológico en común (> 11 años) conviviendo en la actualidad y con un diagnóstico de TCA según los criterios del DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002); (c) Formadas por parejas casadas, de hecho o que conviven habitualmente; (d) Los hijos no son padres o madres; y (e) No haber realizado terapia familiar durante más de tres meses.

Los criterios de inclusión para la muestra de familias grupo control fueron los mismos que para las familias grupo clínico con la excepción del diagnóstico de TCA de los hijos.

4.2.2. Descripción de los participantes

La muestra total fue de 688 participantes (344 parejas como unidad familiar); 338 participantes (169 familias) grupo clínico y 350 participantes (175 familias) grupo control.

Grupo clínico

Los participantes grupo clínico fueron 169 hombres y 169 mujeres al tratarse de parejas completas. Las edades del 98.8% de los hombres estaban comprendidas entre los 36 y los 75 años ($M = 52.00$, $DE = 6.39$) y del 92.2% de las mujeres entre los 36 y los 69 años ($M = 49.47$, $DE = 5.24$). En lo que se refiere a su nivel de estudios, el 29.0% de hombres y el 23.1% de mujeres tenían estudios primarios, el 32.0% de hombres y el 37.3% de mujeres estudios secundarios, y el 36.7% de hombres y el 37.9% de mujeres estudios superiores. De estos cónyuges residentes en España y con nacionalidad española, el 47.9% nacieron en Cataluña, el 45.9% en otras comunidades autónomas españolas y el 4.4% en el extranjero.

El 95.9% de las parejas grupo clínico que formaban estos cónyuges estaban casadas y el 3.0% viviendo en pareja. El tiempo de convivencia del 96.4% de las parejas oscilaba entre los 4 y los 56 años ($M = 25.42$, $DE = 6.25$). El total de las parejas estaban constituidas como familias con entre 1 y 5 hijos ($M = 2.19$, $DE = 0.70$) y el 97.6% de ellas con una media de hijos conviviendo en el momento de participación en el estudio con la familia de origen de 1.89 ($DE = 0.73$).

En la distribución de la residencia del total de estas familias grupo clínico en España, destacó Catalunya con el 65.1% de familias residentes; el 34.9% de familias restantes se distribuyó entre otras 13 comunidades autónomas.

En la Tabla 3 y 4 se presentan con mayor detalle estos datos sociodemográficos de las familias grupo clínico y sus miembros.

Tabla 3.
Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias clínicas.

Variable	Padre		Madre	
	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Edad (años)	167	52.00 (6.39)	166	49.47 (5.24)
<i>Nivel de estudios</i>				
Primarios	49	29.0	39	23.1
Secundarios	54	32.0	63	37.3
Superiores	62	36.7	64	37.9
Sin datos	4	2.4	3	1.8
<i>Lugar de nacimiento</i>				
<i>Nacional</i>				
Cataluña	78	46.2	84	49.7
Andalucía	31	18.3	23	13.6
Castilla y León	11	6.5	12	7.1
Comunidad de Madrid	7	4.1	7	4.1
Comunidad Valenciana	4	2.4	6	3.6
Región de Murcia	3	1.8	6	3.6
Extremadura	6	3.6	3	1.8
Castilla-La Mancha	6	3.6	3	1.8
Aragón	3	1.8	5	3.0
Cantabria	1	0.6	3	1.8
Galicia	2	1.2	2	1.2
Canarias	2	1.2	2	1.2
La Rioja	1	0.6	2	1.2
País Vasco	1	0.6	1	0.6
Comunidad Foral de Navarra	1	0.6		
Principado de Asturias	1	0.6		
<i>Internacional</i>				
Latinoamérica	6	3.6	3	1.8
Europa	1	0.6	4	2.4
África	1	0.6		
Sin datos	3	1.8	3	1.8
<i>Estado civil</i>				
Viviendo en pareja	6	3.6	4	2.4
Casado/a 1. ^{er} matrimonio	150	88.8	162	95.9
Casado/a 2. ^{as} nupcias o más	10	5.9	2	1.2
Sin datos	3	1.8	1	0.6

Nota. *N* = 169. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

Tabla 4.
Descriptivos sociodemográficos de las familias clínicas.

Variable	n	M (DE) o %
Convivencia conyugal (años) ^a	326	25.42 (6.25)
Número de hijos	169	2.19 (0.70)
Número de hijos convivientes	165	1.89 (0.73)
<i>Comunidad autónoma española de residencia</i>		
Cataluña	110	65.1
Andalucía	19	11.2
Castilla y León	9	5.3
Comunidad Valenciana	6	3.6
Comunidad de Madrid	6	3.6
Castilla-La Mancha	5	3.0
Región de Murcia	3	1.8
Extremadura	3	1.8
Aragón	2	1.2
Canarias	2	1.2
Cantabria	1	0.6
País Vasco	1	0.6
Comunidad Foral de Navarra	1	0.6
La Rioja	1	0.6

Nota. N = 169. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

^aN = 338

Centrándonos en los hijos con TCA de las familias grupo clínico, el 3.6% eran hombres y el 95.3% mujeres. El 98.2% de ellos tenían edades comprendidas entre los 12 y los 37 años ($M = 19.58$, $DE = 4.65$). En lo que concierne a su nivel de estudios, el 17.8% tenían estudios primarios, el 62.1% secundarios y el 14.2% superiores.

A nivel clínico, predomina el diagnóstico de la subcategoría AN en el 50.3% de los hijos, seguido del de BN en el 21.9% y TCANE en el 19.5% según los criterios del DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002). En el 94.0% de los casos el TCA se había iniciado cuando tenían entre 6 y 32 años ($M = 14.72$, $DE = 3.44$) y tenía una media de evolución en el momento de la participación en el estudio de entre 0 y 23 años ($M = 5.01$, $DE = 4.37$). En ese mismo momento, el IMC del 49.1% de los hijos oscilaba entre 13.33 y 36.89 ($M = 20.55$, $DE = 4.43$).

El TCA era el motivo por el cual las familias grupo clínico participaba en un tratamiento: el 58.0% desde el *Institut de Trastorns Alimentaris* (ITA), el 29.6% desde

el Centro ABB, el 4.1% desde el Centro Khepra, el 2.4% desde el Centro LABOR-NEPP y desde el *Centre IADA*, y el 1.8% desde el *Hospital Universitari de Santa Maria* de Lérida y desde el Servicio de Psiquiatría del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, en concreto, la Unidad de Psicoterapia de Terapia Familiar y la Unidad de día de los TCA de la Unidad de Psiquiatría. El 61.5% de ellas llevaban hasta tres meses o 100 días y el 33.7% más de tres meses o 100 días. Las dos modalidades de tratamiento principal eran el ingreso clínico en el 45.0% de los casos y el hospital de día en el 32.0%. En el 84.6% de los casos la media de sesiones familiares realizadas durante ese tiempo fue de 1.04 ($DE = 3.35$).

En la Tabla 5 se presentan con mayor detalle estos datos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias grupo clínico.

Tabla 5.
Descriptivos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas.

Variable	n	M (DE) o %
Datos sociodemográficos		
<i>Género</i>		
Hombre	6	3.6
Mujer	161	95.3
Sin datos	2	1.2
Edad (años)	166	19.58 (4.65)
<i>Nivel de estudios</i>		
Primarios	30	17.8
Secundarios	105	62.1
Superiores	24	14.2
Sin datos	10	5.9
Datos clínicos del TCA		
<i>Subcategoría diagnosticada</i>		
AN	85	50.3
BN	37	21.9
TCANE	33	19.5
Sin datos	14	8.3
Edad de inicio (años)	159	14.72 (3.44)
Evolución (años)	159	5.01 (4.37)
IMC actual (kg/m ²)	83	20.55 (4.43)
<i>Centro de tratamiento</i>		
ITA	98	58.0
Centro ABB	50	29.6
Centro Khepra	7	4.1
Centro LABOR-NEPP	4	2.4
Centre IADA	4	2.4
Hospital Universitari de Santa Maria	3	1.8
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	3	1.8
<i>Modalidad de tratamiento e intervenció</i>		
Ingreso clínico	76	45.0
Hospital de día	54	32.0
Terapia familiar	2	1.2
Terapia individual	10	5.9
Terapia individual y grupal	21	12.4
Terapia individual, grupal y familiar	1	0.6
Sin datos	5	3.0
Sesiones familiares	143	1.04 (3.35)
<i>Tiempo en el tratamiento</i>		
Hasta 3 meses o 100 días	104	61.5
Más de 3 meses o 100 días	57	33.7
Sin datos	8	4.7

Nota. N = 169. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis. TCA = trastorno de la conducta alimentaria; AN = anorexia nerviosa; BN = bulimia nerviosa; TCANE = trastorno de la conducta alimentaria no especificado; IMC = índice de masa corporal.

No se registró comorbilidad con el TCA en el 72.2% de los hijos, registrándose en el 14.8%. El 80% de la comorbilidad registrada fue con trastornos mentales del eje I y el 20% con trastornos de la personalidad del eje II también según el DSM-IV-TR

(López-Ibor & Valdés, 2002). En la Tabla 6 se especifican estos datos psicopatológicos. Asimismo, recoge los datos psicopatológicos del resto de miembros de las familias grupo clínico, observándose que no hay diagnóstico psicopatológico en el 64.5% de ellas en contraposición con el 27.2%. Destacar el predominio del diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo tanto en los padres, en el 4.1% como en las madres, en el 11.3%.

Tabla 6.
Descriptivos psicopatológicos según el DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002) de los miembros de las familias clínicas.

Variable	Hijo con TCA		Padre		Madre		Fratría	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ausencia de diagnóstico psicopatológico			142	84.0	125	74.0	142	84.0
Eje I-Trastornos mentales								
<i>Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia</i>							1	0.6
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	6	3.6	1	0.6	1	0.6	5	3.0
Trastornos relacionados con sustancias	1	0.6			3	1.8	1	0.6
Trastornos del estado de ánimo	4	2.4	7	4.1	19	11.3	2	1.2
Trastornos de ansiedad	5	3.0	2	1.2	6	3.6	1	0.6
Trastornos de la conducta alimentaria	169	100			3	1.8	4	2.4
Trastornos del sueño	1	0.6	1	0.6				
Trastornos adaptativos	3	1.8					1	0.6
Sin datos	16	9.5	16	9.5	14	8.3	14	8.3
Eje II-Trastornos de la personalidad								
Clúster B	1	0.6						
Clúster C	4	2.4						
Sin datos	23	13.6	16	9.5	14	8.3	14	8.3

Nota. *N* = 169. TCA = trastorno de la conducta alimentaria.

Grupo control

Los participantes grupo control también fueron parejas completas, por lo que 175 fueron hombres y 175 mujeres. El 98.2% de los hombres tenían edades comprendidas entre los 33 y los 68 años ($M = 53.38$, $DE = 5.92$) y el mismo porcentaje de las mujeres entre los 37 y los 66 años ($M = 50.03$, $DE = 5.42$). En lo que se refiere a su nivel de estudios, el 22.3% de hombres y el 28.0% de mujeres tenían estudios

primarios, el 40.6% de hombres y el 32.6% de mujeres estudios secundarios, y el 33.7% de hombres y el 34.3% de mujeres estudios superiores. De estos cónyuges residentes en España y con nacionalidad española, el 43.7% nacieron en Cataluña, el 52.0% en otras comunidades autónomas españolas y el 2.3% en el extranjero.

El 92.3% de las parejas grupo control que formaban estos cónyuges estaban casadas y el 3.4% viviendo en pareja. El tiempo de convivencia del 96.2% de las parejas oscilaba entre los 8 y los 44 años ($M = 25.98$, $DE = 5.68$). El 98.8% de las parejas estaban constituidas como familias con entre 1 y 4 hijos ($M = 2.16$, $DE = 0.70$) con una media de hijos que convivían en el momento de participación en el estudio con la familia de origen de 1.78 ($DE = 0.70$).

En la distribución de la residencia de estas familias grupo control en España, destacó Catalunya con el 56.0% de familias residentes; el 41.7% de familias restantes se distribuyó entre otras 6 comunidades autónomas.

En la Tabla 7 y 8 se presentan con mayor detalle estos datos sociodemográficos de las familias grupo control y sus miembros.

Tabla 7.
Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias control.

Variable	Padre		Madre	
	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Edad (años)	172	53.38 (5.92)	172	50.03 (5.42)
<i>Nivel de estudios</i>				
Primarios	39	22.3	49	28.0
Secundarios	71	40.6	57	32.6
Superiores	59	33.7	60	34.3
Sin datos	6	3.4	9	5.1
<i>Lugar de nacimiento</i>				
<i>Nacional</i>				
Cataluña	81	46.3	72	41.1
Islas baleares	33	18.9	37	21.1
Galicia	19	10.9	22	12.6
Andalucía	8	4.6	15	8.6
Aragón	5	2.9	2	1.1
Castilla-La Mancha	4	2.3	3	1.7
Extremadura	4	2.3	2	1.1
Castilla y León	5	2.9	1	0.6
Comunidad de Madrid	3	1.7	2	1.1
Principado de Asturias	2	1.1	3	1.7
Comunidad Valenciana	3	1.7	1	0.6
País Vasco	1	0.6	2	1.1
La Rioja			3	1.7
Comunidad Floral de Navarra			1	0.6
Región de Murcia			1	0.6
<i>Internacional</i>				
Europa	3	1.7	2	1.1
Latinoamérica			2	1.1
Estados Unidos			1	0.6
Sin datos	4	2.3	3	1.7
<i>Estado civil</i>				
Viviendo en pareja	4	2.3	8	4.6
Casado/a 1. ^{er} matrimonio	155	88.6	154	88.0
Casado/a 2. ^{as} nupcias o más	8	4.6	6	3.4
Sin datos	8	4.6	7	4.0

Nota. *N* = 175. Las unidades de medida de las variables están entre paréntesis.

Tabla 8.
Descriptivos sociodemográficos de las familias control.

Variable	n	M (DE) o %
Convivencia conyugal (años) ^a	337	25.98 (5.68)
Número de hijos	173	2.16 (0.70)
Número de hijos convivientes	172	1.78 (0.70)
<i>Comunidad autónoma española de residencia</i>		
Cataluña	98	56.0
Islas Baleares	45	25.7
Galicia	22	12.6
Comunidad de Madrid	2	1.1
País Vasco	2	1.1
Principado de Asturias	1	0.6
Comunidad Valenciana	1	0.6
Sin datos	3	1.7

Nota. N = 175. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

^a N = 350

4.3. Instrumentos

Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

El CERFB de Ibáñez et al. (2012) es un instrumento auto administrado que consta de 25 ítems que evalúan la percepción de los padres de las relaciones familiares, en concreto, de la relación con sus hijos y su pareja. Los ítems son politómicos, valorados en una escala Likert de 5 puntos con el siguiente formato de respuesta: 1 significa *nunca*, 2 *pocas veces*, 3 *algunas veces*, 4 *bastantes veces* y 5 *siempre*.

Está formado por dos escalas que evalúan las dos funciones familiares básicas: Conyugalidad (14 ítems) y Parentalidad (11 ítems). La puntuación de cada una se obtiene a partir de la suma de las respuestas de los ítems que las componen indicando el grado de funcionalidad conyugal y parental, siendo indicativas de mayor funcionalidad las puntuaciones más elevadas y viceversa. La puntuación de Conyugalidad oscila entre 0 y 70, y la de Parentalidad entre 0 y 55. Para ello cabe considerar que los ítems 6, 7, 9, 10, 14, 22 y 24, que evalúan la Conyugalidad Disarmónica, y los ítems 1, 2, 4, 15, 18, 21 y 23, la Parentalidad Primariamente Deteriorada, puntúan a la inversa y precisan ser recodificados antes de ser considerados en la suma de la puntuación total.

Los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas Conyugalidad y Parentalidad iguales a .91 y .92, respectivamente, sustentan una excelente fiabilidad del CERFB (ver Apéndice D).

Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS)

La DAS de Spanier (1976) es un instrumento auto administrado que consta de 32 ítems que miden la percepción de ajuste diádico de cada miembro de la pareja. En concreto, miden cuatro dimensiones del ajuste diádico que a su vez forman las cuatro subsescalas del instrumento: Consenso (13 ítems), Cohesión (5 ítems), Satisfacción (10 ítems) y Expresión de Afecto (4 ítems). Asimismo, proporciona una medida global de ajuste diádico.

La mayoría de los ítems son politómicos, valorados en escalas Likert con distintos formatos de respuesta con la excepción de los ítems 29 y 30 que son dicotómicos (Sí/No). En concreto, valorados en una escala de 6 puntos están los ítems 1 a 15 según el grado de acuerdo con el cónyuge en la que 0 significa *Siempre en desacuerdo* y 5 *Siempre de acuerdo*, los ítems 16 a 20 y 25 a 28 según la frecuencia de los ítems en la que 0 significa *Siempre* y 5 *Nunca*, y 0 *Nunca* y 5 *Más a menudo*, respectivamente, y el ítem 32 según los sentimientos acerca del futuro de la relación en la que 0 significa *Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito* y 5 *Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo*; valorados en una escala de 5 puntos están el ítem 23 según la frecuencia en la que se besa al cónyuge en la que 0 significa *Nunca* y 4 *Todos los días*, y el ítem 24 según la participación en actividades extra familiares en la que 0 significa *En ninguna* y 4 *En casi todas*; y valorado en una escala de 7 puntos está el ítem 31 según el grado de felicidad en la

relación en la que 0 significa *Muy desgraciada* y 6 *Radiante*.

La puntuación de cada subescala se obtiene a partir de la suma de las respuestas de los ítems que las componen, resultando la suma de éstas en la puntuación total de Ajuste Diádico que oscila entre 0 y 151. Las puntuaciones más elevadas son indicativas de mejor ajuste diádico y viceversa. Para ello, cabe considerar que los ítems 18 y 19 puntúan a la inversa y precisan ser recodificados antes de ser considerados en la suma de las puntuaciones.

Se administró la versión española traducida por Echeburúa y de Corral (Bornstein & Bornstein, 1992) de la cual Santos-Iglesias, Vallejo-Medina, & Sierra (2009) reportan una excelente fiabilidad del total de la escala mediante un coeficiente alfa de Cronbach de .92 como indicador de consistencia interna (ver Apéndice E).

Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)

El PBI de Parker, Tupling y Brown (1979) es un instrumento auto administrado que consta de 25 ítems que evalúan dos dimensiones parentales que a su vez forman las dos escalas del instrumento: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems). Los ítems son politómicos valorados en una escala Likert de 4 puntos con el siguiente formato de respuesta: 0 significa *nada*, 1 *un poco*, 2 *bastante*, y 3 *mucho*. Los ítems 2-4, 7, 14-16, 18, 21, 22, 24 y 25, puntúan a la inversa.

El PBI permite obtener una puntuación de cada dimensión parental a partir de la suma de las respuestas de los ítems que las componen. Para ello, cabe recodificar los ítems citados que puntúan a la inversa. La puntuación de Cuidado oscila entre 0 y 36, siendo indicativas las puntuaciones bajas de frialdad, de indiferencia y de negligencia o descuido y las altas de afecto, de calidez emocional, de empatía y de reciprocidad, y la de Sobreprotección entre 0 y 39, siendo indicativas las puntuaciones altas de control

parental, de sobreprotección, de intrusión y de infantilización, y las bajas de concesión parental de independencia y de desarrollo de autonomía. A su vez, la combinación de las puntuaciones obtenidas en ambas dimensiones permite definir un estilo parental: vínculo óptimo (Cuidado alto, Sobreprotección baja), control sin afecto (Cuidado bajo, Sobreprotección alta), constricción afectiva (Cuidado alto, Sobreprotección alta) y vínculo ausente o débil (Cuidado bajo, Sobreprotección baja).

La versión original del PBI se diseñó como un instrumento de evaluación de la percepción de hijos de mínimo 16 años de edad de las actitudes y conductas parentales de cada progenitor independientemente de forma retrospectiva durante sus primeros 16 años. Las escalas de Cuidado y Sobreprotección del PBI de dicha versión presentaron unas adecuadas y ampliamente reportadas propiedades psicométricas; una fiabilidad dos mitades de .88 y .74, fiabilidad test-retest de .76 y .63, y validez de constructo a partir de unas correlaciones entre las puntuaciones de dos jueces derivadas de entrevistas semiestructuradas y las puntuaciones directas del PBI autoadministrado de .77 y .47, respectivamente (Black Dog Institute, s.f.).

Se ha derivado de la versión original del PBI una actual, es decir, que evalúa la percepción de las actitudes y conductas parentales actuales. Asimismo, versiones cruzadas, que evalúan la percepción de cada progenitor de sus propias actitudes y conductas parentales tanto de forma retrospectiva como en la actualidad. Ésta última versión del PBI, la cruzada y actual, fue la que se administró. En particular, la traducción de Cañive y Fuentenebro (1987-1988, como se citó en Ballús, 1991) de la versión en español de la adaptación a población Barcelonesa de Ballús (1991; ver Apéndice F).

Cuestionarios ad-hoc sociodemográficos y clínicos

Se diseñaron unos cuestionarios ad-hoc específicos para este estudio y concretamente para cada grupo de familias. Común a ambos grupos de familias fue un registro de información sociodemográfica por parte de los cónyuges participantes relativa a ellos y a su familia propuesto originariamente en los estudios sobre el CERFB como cuestionario sociodemográfico de acompañamiento. Este cuestionario contextualiza la participación a partir de la fecha y recoge el género, la fecha de nacimiento y lugar de nacimiento, el lugar de residencia actual, el estado civil, el nivel de estudios y la toma de medicación solicitando especificaciones de tipo en caso afirmativo del cónyuge participante, los años de convivencia en pareja, el número de hijos y su edad, y el número de hijos que conviven en casa (ver Apéndice G).

En concreto, para las familias grupo clínico se amplió este cuestionario con una recogida de información clínica sobre la posibilidad de psicopatología en algún miembro de la familia nuclear en ese momento o si existían antecedentes, solicitando especificaciones de tipo en caso afirmativo (ver Apéndice H). Además, se diseñó un cuestionario que recogía información sociodemográfica y clínica por parte de los hijos participantes de estas familias y pacientes de los centros u hospitales relativa a ellos a partir del género, la edad, el nivel de estudios, la ocupación actual, si se está realizando tratamiento, el tipo y desde cuándo, la edad de inicio del TCA y el consumo de sustancias, solicitando especificaciones de tipo en caso afirmativo (ver Apéndice I). Este cuestionario se amplió con la recogida de información clínica relativa al Índice de Masa Corporal (IMC), al número de sesiones de terapia familiar, el diagnóstico del Eje I y II según los criterios del DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002) realizado por el propio centro u hospital, y la toma de medicación solicitando especificaciones de tipo en caso afirmativo según la voluntad de facilitación de dicha información por parte del

centro u hospital o la preferencia por su recogida directamente a través de la participación en el estudio (ver Apéndice J).

4.4. Procedimiento

Una vez aprobado el estudio por la Comisión de Evaluación del Proyecto de Tesis de la FPCEE Blanquerna de la URL en octubre de 2011 para garantizar su idoneidad desde el punto de vista metodológico y ético, y su pertinencia e interés científico, se procedió con la recogida de datos de los dos grupos muestrales de forma paralela.

En lo que se refiere a la del grupo clínico, se inició con el contacto con centros y hospitales que tratan los TCA dando a conocer el estudio para solicitar su colaboración. En aquellos que accedieron, se procedió con los protocolos necesarios y pertinentes. Se firmó un acuerdo de colaboración en el Centro Khepra (ver Apéndice K).

Previa presentación del protocolo de investigación a los profesionales, coordinación en la selección de las familias y preparación del material, se recogió, en cooperación con ellos, la participación de las familias que cumplían los criterios de inclusión muestral y aceptaron participar. Esta recogida incluía la propuesta de participación presencial a mínimo un miembro participante de la familia con la descripción del estudio y sus objetivos, así como de su participación y la entrega de material. Dicho material preparado por familias consistía en un sobre corporativo de la FPCEE Blanquerna que incluía una presentación por escrito del estudio (ver Apéndice L) y los bloques de participación precedidos por un consentimiento informado para cada uno de los miembros participantes de la familia: el padre, la madre y el hijo y paciente del centro u hospital. El bloque del padre y de la madre contenía el CERFB, la DAS, el PBI y los cuestionarios ad-hoc sociodemográficos y clínicos. El bloque del hijo contenía

cuestionarios sociodemográficos y clínicos. Era imprescindible que la participación de cada miembro fuera precedida por el cumplimiento y la firma del consentimiento informado que regula la información proporcionada y la voluntariedad y garantiza la confidencialidad (ver Apéndice M). El retorno del material debidamente cumplimentado podía darse en el mismo contexto de la propuesta y participación o en otro momento que se acordara según el funcionamiento y la organización de los distintos centros y hospitales. A su vez, en función de dicho condicionante también podía variar el grado de implicación de los miembros investigadores en el proceso de recogida descrito. Aún así, en todos los casos había profesionales de referencia o miembros investigadores disponibles para facilitar la participación. Asimismo, la participación en el estudio también fue posible a partir de la recepción del material en formato digital a partir de la herramienta web de encuestas online encuestafacil.com en la dirección de correo electrónico proporcionada para ello, previa presentación y propuesta de participación presencial a mínimo un miembro participante de la familia. El material digital era el mismo que el material en papel y seguía el mismo formato de presentación. Un correo electrónico presentaba de nuevo el estudio a la familia e incluía al final un enlace a la participación de cada miembro participante: el padre, la madre y el hijo y paciente del centro u hospital. Previo al acceso al contenido de los instrumentos, cada miembro debía aceptar la regulación de la participación en el estudio del consentimiento informado al acceder al enlace. Una vez finalizada la participación, la información proporcionada se enviaba automáticamente. La única diferencia era el establecimiento por familia de un código familiar que identificaría a cada participante como miembro de un núcleo familiar. Se dio en este grupo de familias en un caso excepcional, resultando pues en una participación en papel del 99.4% y online del 0.6%.

Los datos proporcionados por los centros y hospitales en los casos necesarios

complementarios a la participación directa de las familias fueron archivados y codificados con el resto de información familiar en la FPCEE Blanquerna de la URL con acceso restringido a los miembros investigadores.

La participación de los padres y las madres de las familias grupo control que cumplían los criterios de inclusión muestral se recogió también a partir de una propuesta de participación presencial con la descripción del estudio y sus objetivos, así como de su participación y la entrega de material a aquellos que accedieron participar. El material fue el mismo que el de las familias grupo clínico exceptuando los cuestionarios ad-hoc clínicos de los padres y las madres, y sociodemográficos y clínicos de los hijos. Consistía en un sobre corporativo de la FPCEE Blanquerna por familia que incluía una presentación por escrito del estudio y los bloques de participación de padre y madre precedidos por un consentimiento informado cada uno con el CERFB, la DAS, el PBI y los cuestionarios ad-hoc sociodemográficos. En estos casos, el retorno del material debidamente cumplimentado no se dio en el mismo contexto de la propuesta y participación sino en otro momento acordado. La participación en el estudio en formato digital, previa presentación y propuesta de participación presencial, fue mayor en este grupo, resultando en una participación en papel del 84% de las parejas grupo control y online del 16.0%. Los datos de estas familias fueron también archivados y codificados en la FPCEE Blanquerna de la URL con acceso restringido a los miembros investigadores.

La recogida de datos de ambos grupos se llevó a cabo de finales de 2009 a principios de 2014, dado que el estudio establece un lazo de continuidad con el trabajo de investigación de final del Màster Universitari en Psicologia Clínica i de la Salut de la FPCEE Blanquerna de la URL. A lo largo de este periodo, a medida que se iban recogiendo datos independientemente de su formato éstos se iban introduciendo

manualmente en el IBM SPSS Statistics 21. Las bases de datos resultantes permanecían en la FPCEE Blanquerna de la URL también con acceso restringido a los miembros investigadores.

4.5. Análisis de datos

Preliminarmente, se garantizó el control del efecto de potenciales variables extrañas en las puntuaciones de las familias grupo clínico de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB, la puntuación de Ajuste Diádico y las puntuaciones de Cuidado y Sobreprotección del PBI, tales como el formato de participación en el estudio, esto es, en papel vs. online (Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004; Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012), el tiempo en tratamiento de hasta 3 meses o 100 días vs. de más de 3 meses o 100 días, la presencia o ausencia de comorbilidad con el TCA (Aspen et al., 2014; Becker & Grilo, 2015; Błachno et al., 2014; Gaudio & Ciommo, 2011; Giovanni, Gramaglia, Bailer et al., 2011; Grilo et al., 2009; Perkins et al., 2013; Pilecki et al., 2013; Presnell et al., 2009; Selvini Palazzoli et al., 1999; Starcevic & Brakoulias, 2014; Thompson-Brenner et al., 2008; Tseng et al., 2014) y la presencia o ausencia de diagnóstico psicopatológico en otros miembros de la unidad familiar (Amianto et al., 2013). Para ello, se verificó la normalidad de las variables Conyugalidad, Parentalidad, Ajuste Diádico, Cuidado y Sobreprotección según las variables extrañas citadas mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($n \leq 50$) o Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$). Se asumió la normalidad en la comparación de medias de dos grupos aplicando el teorema del límite central al considerar tamaños de muestra suficientemente grandes ($n > 90$) utilizando pruebas paramétricas. Por lo tanto, se usó la prueba t de Student para la comparación de medias de Conyugalidad, Parentalidad, Ajuste Diádico, Cuidado y Sobreprotección según las variables extrañas con dos

muestras independientes ya se cumpliera la condición de normalidad ($p > .05$) o se aplicara el teorema del límite central, y la prueba U Mann-Whitney en los casos en los que no se cumplió la condición de normalidad ($p < .05$). Adicionalmente se realizó un ANOVA para evaluar y controlar también el efecto de la interacción entre la comorbilidad con el TCA y el diagnóstico psicopatológico de otros miembros de la unidad familiar. No se registró efecto alguno de las potenciales variables extrañas pudiéndose proceder con los análisis con el total de la muestra.

En primer lugar, los datos descriptivos de los participantes se calcularon y expresaron en media (M) y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y en porcentaje (%) para las variables cualitativas o categóricas.

En segundo lugar, se determinó la validez de constructo del CERFB en familias grupo clínico mediante un AFC a través de la modelización de ecuaciones estructurales (*Structural Equation Modelling*, SEM). Se puso a prueba con el AFC el modelo bifactorial del CERFB hipotetizado que emergió de los resultados factoriales exploratorios en población general española de Ibáñez et al. (2012) y que sustenta a su vez la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), la teoría de base del instrumento (Rial, Varela, Abalo, & Lévy, 2006; Worthington & Whittaker, 2006). Se trata de un modelo de dos factores latentes que representan dos constructos independientes, Conyugalidad y Parentalidad, aunque correlacionados entre sí. Los 25 ítems del CERFB constituyen las variables observables: 14 reflejan el factor Conyugalidad, en concreto, el 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 22, 24 y 25; y 11 el factor Parentalidad, en concreto, el 1, 2, 4, 5, 8, 13, 15, 18, 20, 21 y 23.

El tamaño de la muestra de participantes grupo clínico ($n=338$) en cuyos datos proporcionados se puso a prueba dicho modelo, es mayor a las recomendaciones clásicas de carácter amplio que recogen Rial et al. (2006), Worthington y Whittaker

(2006) y Kline (2011) de entre 5 y 10 casos por variable, de mínimo 5 casos por parámetro a estimar o de alrededor de 200 casos en términos absolutos.

La preparación de los datos para el AFC incluyó el análisis y tratamiento de los valores perdidos y de la normalidad de los datos. La exploración de la frecuencia y distribución de los valores perdidos identificó un total de 105 valores perdidos (1.2% del total de los datos) no observándose un porcentaje de valores perdidos superior al 3.3% en ningún ítem. Por lo tanto, los valores perdidos fueron sustituidos por la media del ítem incluyendo el total de los datos en los análisis (George & Mallery, 2003; Kline, 2011).

Se exploró la normalidad univariada a partir de los coeficientes de asimetría y curtosis de cada ítem. Los valores entre ± 1.0 son considerados excelentes y entre ± 2.0 aceptables (George & Mallery, 2003). Asimismo, se obtuvieron los estadísticos de contraste de asimetría y curtosis univariantes (z) y sus valores p asociados y los estadísticos conjuntos de asimetría y curtosis univariantes (chi-cuadrado [χ^2]) y sus correspondientes valores p . Se exploró también la normalidad multivariada a partir de los coeficientes multivariantes de asimetría y curtosis, y sus correspondientes estadísticos de contraste multivariantes (z) y valores p asociados, así como del estadístico de contraste conjunto de asimetría y curtosis multivariante (χ^2) y su correspondiente valor p . Los valores z que se ajustan al valor crítico ± 1.96 y los valores χ^2 inferiores a 5.99 no significativos ($p > .05$) son indicativos del cumplimiento de la condición de normalidad (González, Abad, & Lévy, 2006).

Los ítems del CERFB presentan un ajuste a la normalidad variable. En términos de normalidad univariante algunos presentan coeficientes de asimetría y curtosis con valores z que no se ajustan al valor crítico ± 1.96 , valores χ^2 mayores que 5.99 y valores p asociados significativos sugiriendo una posible desviación de la normalidad.

Asimismo, la mayoría de los estadísticos conjuntos de asimetría y curtosis univariantes también fueron indicativos de una posible desviación de la normalidad con valores χ^2 mayores que 5.99 y valores p asociados significativos. A nivel multivariante el conjunto de valores obtenidos sugiere una desviación de la normalidad. En contraposición, la medida de curtosis multivariante relativa fue de 1.119, revelando un ajuste razonable de los datos considerados colectivamente a la normalidad. Los estadísticos de contraste de asimetría y curtosis univariantes y sus valores p asociados revelaron que en la posible desviación de la normalidad mencionada la asimetría resultaba más problemática que la curtosis: 21 ítems presentaron coeficientes de asimetría con valores z mayores que ± 1.96 y valores p asociados significativos mientras que sólo 4 ítems presentaron coeficientes de curtosis con dichos valores z y p asociados (ver Tabla N1, Apéndice N).

A partir de aquí, el modelo hipotetizado fue puesto a prueba utilizando el método de estimación de probabilidad máxima (MLE) a partir de una matriz de varianzas-covarianzas de los ítems del CERFB (Bollen, 1989; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006; Stewart, Barnes, Cote, Cudeck, y Malthouse, 2001). En la Tabla N2 (ver Apéndice N) se pueden observar las varianzas de cada variable o ítem del CERFB en la diagonal de la matriz y por debajo de ésta las covarianzas entre los distintos ítems (Tabachnick & Fidell, 2007). La varianza de los factores se fijó a la unidad y no se permitió la correlación entre los términos de error.

Los resultados del test de normalidad de los ítems del CERFB podrían constituir un problema por el método de estimación elegido que asume la normalidad multivariada y el potencial sesgo en la estimación de parámetros pero Bollen (1989) justifica su uso cuando, como en el caso del presente estudio, la distribución de las variables observables no tiene un exceso marcado de curtosis. Además, Hair et al. (2006) afirmaron que las muestras grandes de 200 o más casos, como es el caso también,

tienden a mitigar los efectos de las violaciones de la condición de normalidad reduciendo los sesgos en la estimación de parámetros. Cudeck (en Stewart et al., 2001) también sugiere el empleo del MLE en este caso de distribuciones que no se desvían completamente de la normalidad por la fiabilidad de sus resultados en la mayoría de las situaciones ya que consideran que “variables are rarely normally distributed (...). Probably in strict terms the question is a nonissue from the beginning: Virtually no variable follows the normal distribution.” (p.80).

Siguiendo las recomendaciones de Hooper, Coughlan y Mullen (2008) en la SEM se valoró la bondad de ajuste del modelo a partir de una combinación de diversos índices de dos tipologías de índices de ajuste global. Por un lado, de entre los índices de ajuste absoluto, que evalúan el ajuste del modelo a los datos, es decir, a la matriz de varianzas-covarianzas observadas a partir de los parámetros estimados, el estadístico chi-cuadrado (χ^2), su valor p y grados de libertad (gl), el error de aproximación de la media cuadrática (*Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA*) y su intervalo de confianza asociado, y el residuo estandarizado de la media cuadrática (*Standardized Root Mean Square Residual, SRMR*). Son indicadores de un buen ajuste valores p de χ^2 no significativos al nivel .05 (Barrett, 2007). Se calculó también la razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/gl) que minimiza el impacto del tamaño muestral, cuyos valores indicativos de un buen ajuste oscilan entre ser iguales o inferiores a 2.0 (Tabachnick & Fidell, 2007) y hasta 5.0 (Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977). Los valores del índice RMSEA oscilan entre el 0 y el 1 siendo indicativos de mejor ajuste los valores pequeños. Los mismos autores que inicialmente consideraron valores de .05 a .10 indicativos de ajuste, más tarde los matizaron considerando los valores de hasta .08 indicativos de un buen ajuste y entre .08 y .10 de uno mediocre (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996). Asimismo, más recientemente

han sido acotados a valores cercanos al .06 (Hu & Bentler, 1999) o al .07 (Steiger, 2007). Los valores de referencia del intervalo de confianza asociado a este índice son el 0 en el límite inferior y el .08 en el superior (Hooper et al., 2008). Según Byrne (2001) y en otras palabras, cuanto menor sea este intervalo, mayor precisión denota del valor del índice RMSEA. Los valores del índice SRMR oscilan entre el 0 y el 1, indicando un ajuste bueno valores inferiores a .05 (Byrne, 1998; Diamantopoulos & Siguaaw, 2000) y un ajuste aceptable valores de hasta .08 (Hu & Bentler, 1999). Por otro, el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI) como índice de ajuste incremental, que compara el ajuste del modelo propuesto con un modelo hipotético nulo sin relación entre variables. Se consideran indicativos de un buen ajuste valores iguales o superiores a .95, ubicándose en el rango de 0 a 1 en el que 0 representa un ajuste nulo del modelo a los datos y 1 un ajuste perfecto (Hu & Bentler, 1999). Estos índices han sido elegidos con respecto a otros al presentar menor sensibilidad al tamaño muestral, a errores del modelo y a estimaciones de los parámetros.

Se complementó la determinación de la validez de constructo del CERFB en las familias grupo clínico con la evaluación de la validez convergente entre dicho instrumento y la DAS (Bornstein & Bornstein, 1992) y el PBI (Ballús, 1991). Para ello, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de Conyugalidad del CERFB y las puntuaciones de Ajuste Diádico de la DAS y entre las puntuaciones de Parentalidad del CERFB y las puntuaciones de Cuidado y Sobreprotección del PBI. Los valores de dichos coeficientes oscilan entre ± 1 , siendo indicativos de relación entre las puntuaciones de los dos instrumentos aquellos diferentes a 0 aumentando la fuerza de la relación cuanto más cercanos a ± 1 . En concreto, los valores $r = .10$ a $.29$ son indicativos de una fuerza pequeña, $.30$ a $.49$ media y $> .50$ grande (Cohen, 2009). Asimismo, los valores positivos hacen referencia a

la tendencia de aumento o disminución proporcional de las puntuaciones de las escalas pertinentes de ambos instrumentos, mientras que los valores negativos hacen referencia a la tendencia de aumento o disminución inversamente proporcional (Pallant, 2013).

En tercer lugar, se realizó un análisis de fiabilidad del CERFB en las familias grupo clínico a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) de cada una de las dos escalas del CERFB, Conyugalidad y Parentalidad, como indicador de la consistencia interna. Los valores de dicho coeficiente oscilan entre 0 y 1, siendo indicativos de mayor consistencia interna de los ítems en el cuestionario aquellos más cercanos a 1. Los valores alfa de Cronbach $> .90$ son indicativos de una consistencia interna excelente, $> .80$ buena, $> .70$ aceptable, $> .60$ cuestionable, $> .50$ pobre y $< .50$ no aceptable (George & Mallery, 2003).

En tercer lugar, se han obtenido los baremos del CERFB en los TCA en base a la muestra de familias clínicas. Se han trabajado a partir de puntuaciones directas, puntuaciones tipificadas (puntuaciones T) y puntuaciones en base 10. Las puntuaciones directas de Conyugalidad y Parentalidad se han transformado en puntuaciones T a través del algoritmo (puntuación directa – media del grupo clínico y según el género de la escala) / su desviación típica y en puntuaciones en base 10 a través del algoritmo (puntuación directa - mínima puntuación posible de la escala y según el género) * (10 / rango de la escala). Seguidamente, estas puntuaciones T y en base 10 y las puntuaciones directas han sido convertidas a una escala percentil estableciendo los baremos para Conyugalidad y Parentalidad del CERFB en los TCA. Dicho escalamiento de las puntuaciones consiste en asignarles el porcentaje de sujetos que obtienen puntuaciones inferiores lo que permite interpretar dicha puntuación respecto al grupo de referencia. Los percentiles constituyen una escala ordinal desigual entre los intervalos de puntuaciones (Muñiz, 1994).

Finalmente, se complementaron los análisis realizados en la publicación “Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria” de Campreciós et al. (2014) y especificados en el mismo garantizando el control del efecto de las mismas potenciales variables extrañas anteriormente citadas en la puntuaciones de Conyugalidad y Parentalidad en su conjunto y según el género y el grupo cuando procedía siguiendo el mismo procedimiento. Esto es, el efecto del formato de participación en las puntuaciones de ambos grupos de familias y el efecto del tiempo en tratamiento, la comorbilidad con el TCA, el diagnóstico psicopatológico de otros miembros de la unidad familiar y la interacción de éstas dos últimas en las de las familias grupo clínico exclusivamente. Tampoco se registró efecto alguno.

Para los análisis estadísticos se empleó el software IBM SPSS Statistics 21 y, específicamente para el análisis factorial confirmatorio, el software LISREL (Versión 8.50; Jöreskog & Sörbom, 2001). Se trabajó con un nivel de confianza del 95% ($p < .05$).

5. Resultados

5.1. Validez

5.1.1. Análisis factorial confirmatorio

5.1.2. Validez convergente

5.2. Análisis de fiabilidad

5.3. Baremación

5.4. Publicación “Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria” de Campreciós et al. (2014)

5. Resultados

5.1. Validez

5.1.1. Análisis factorial confirmatorio

La adecuación general del modelo bifactorial del CERFB hipotetizado a los datos de la muestra de familias clínicas es aceptable, tal y como indican los índices de bondad de ajuste obtenidos (ver Tabla 9).

Tabla 9.
Índices de ajuste del modelo bifactorial del CERFB.

χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	χ^2/gl	<i>RMSEA IC 90%</i>	<i>SRMR</i>	<i>CFI</i>
807.65	274	.000	2.95	.08 [.07, .08]	.08	.91

El estadístico χ^2 en relación a sus grados de libertad, minimizando el impacto del tamaño muestral, refiere un buen ajuste del modelo a los datos a pesar de que el test de χ^2 presente el modelo como significativamente distinto a los datos. El valor que presenta el índice SRMR es igual al valor máximo indicativo de un buen ajuste. El valor del índice RMSEA es levemente superior al valor máximo que delimita el rango de ajuste bondadoso, contrariamente al valor del índice CFI que es levemente inferior al valor mínimo. Sin embargo, ambos valores se encuentran dentro de los rangos más clásicamente definidos de ajuste del modelo a los datos, de hasta .10 y posteriormente, .80, y .90, respectivamente, que han sido revisados más recientemente de forma más minuciosa e ideal. Asimismo, los límites inferior y superior del IC del 90% del índice RMSEA se encuentran dentro de los esperables siendo el tamaño pequeño del intervalo entre ellos indicativo de una estimación precisa de ajuste aceptable del valor .80 del índice.

En la Figura 3 se puede observar la representación gráfica de la estructura

relacional del modelo bifactorial del CERFB en las familias grupo clínico resultante del análisis factorial confirmatorio en un diagrama de flujos. El conjunto de los ítems del cuestionario como variables observables, que están representados en los rectángulos, evalúan las dos funciones familiares básicas como factores latentes, que están representadas en las elipses, como indican las líneas rectas encabezadas por una sola flecha que los unen con los correspondientes parámetros de estimación estandarizados y errores de medida. En concreto, los 14 ítems relativos a la conyugalidad miden el factor y variable latente Conyugalidad, mientras que los 11 ítems relativos a la parentalidad miden el factor y variable latente Parentalidad. Los dos factores están correlacionados entre sí.

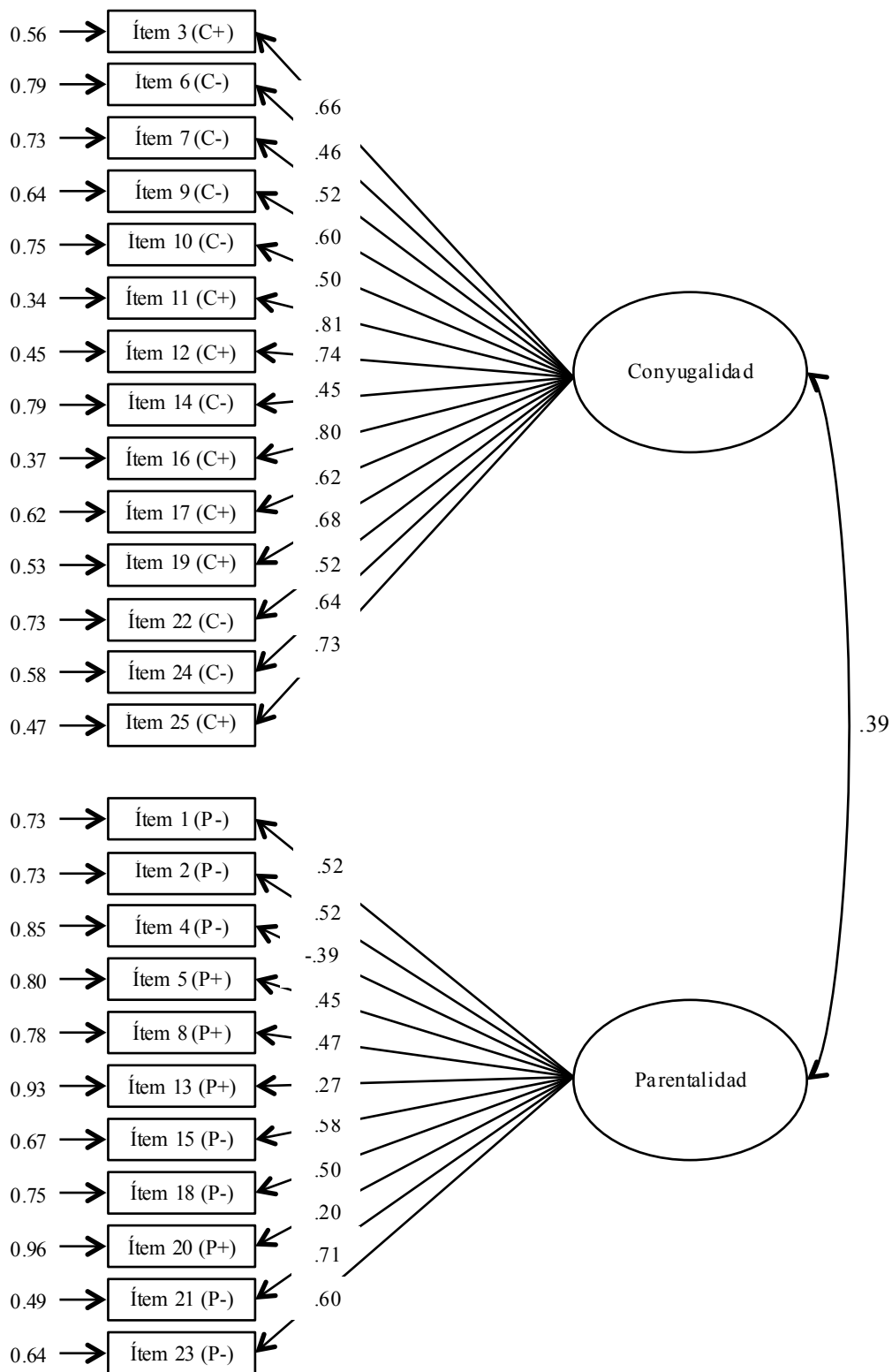


Figura 3. Representación estructural del modelo bifactorial del CERFB en familias clínicas con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria.

5.1.2. Validez convergente

La correlación entre las puntuaciones de la escala Conyugalidad del CERFB y las de Ajuste Diádico de la DAS es positiva y significativa ($r(223) = .78, p < .001$). En otras palabras, la tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de ambos instrumentos es proporcional.

La correlación entre las puntuaciones de la escala Parentalidad del CERFB y las de la escala Cuidado del PBI es positiva y significativa ($r(233) = .45, p < .001$) y entre las puntuaciones de la escala Parentalidad del CERFB y las de la escala Sobreprotección del PBI es negativa y significativa ($r(226) = -.21, p = .001$). En otras palabras, la tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de Parentalidad y Cuidado es proporcional a diferencia de la tendencia de las puntuaciones de Parentalidad y Sobreprotección que es inversamente proporcional.

El conjunto de los coeficientes de correlación de Pearson reportan una adecuada validez convergente entre las escalas de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB y la DAS y el PBI, respectivamente, en los TCA.

5.2. Análisis de fiabilidad

El coeficiente alfa de Cronbach para el factor Conyugalidad es de .90 y para el factor Parentalidad de .76, reportando una consistencia interna buena y aceptable, respectivamente. La eliminación de cualquier ítem no produce un aumento de la misma.

5.3. Baremación

En la Tabla 10 se presentan los baremos, en percentiles, para las puntuaciones directas, las puntuaciones en base 10 y las puntuaciones T de Conyugalidad y Parentalidad de la familias grupo clínico.

Tabla 10.

Baremos de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB en los trastornos de la conducta alimentaria.

Percentil	Conyugalidad			Parentalidad		
	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T
1	27.00	0.22	20.54	27.00	0.37	23.06
2	33.00	1.59	27.42			
3	34.00	1.81	28.57	30.00	1.48	28.98
4	35.00	2.04	29.72	31.00	1.85	30.95
5	36.00	2.27	30.87	32.00	2.22	32.92
6	37.00	2.50	32.01			
7				33.00	2.59	34.90
8	38.00	2.72	33.16			
9	39.00	2.95	34.31			
10	41.00	3.40	36.60	34.00	2.96	36.87
15	44.00	4.09	40.05	35.40	3.48	39.63
20	46.00	4.54	42.34	36.20	3.77	41.21
25	47.00	4.77	43.49	37.00	4.07	42.79
30	49.00	5.22	45.78	38.00	4.44	44.77
35	50.00	5.45	46.93			
40	51.00	5.68	48.08	39.00	4.81	46.74
45	53.00	6.13	50.37	40.00	5.18	48.71
50	54.00	6.36	51.52			
55	55.00	6.59	52.67	41.00	5.55	50.69
60	56.00	6.81	53.82	42.00	5.92	52.66
65	57.00	7.04	54.96	43.00	6.29	54.63
70	58.00	7.27	56.11	43.20	6.37	55.03
75				44.00	6.66	56.61
80	60.00	7.72	58.41	45.00	7.03	58.58
85	61.00	7.95	59.55	46.00	7.40	60.55
90				47.00	7.77	62.53
91	63.00	8.40	61.85			
92	64.00	8.63	63.00	48.00	8.14	64.50
93						
94				49.00	8.51	66.47
95	65.00	8.86	64.14			
96	66.00	9.09	65.29	50.00	8.88	68.45
97	67.00	9.31	66.44		9.25	
98	68.00	9.54	67.59	51.00	9.25	70.42
99	69.00	9.77	68.73	51.08	9.28	70.58
100	70.00	10.00	69.88	53.00	10.00	74.37

5.4. Publicación “Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria” de Campreciós et al. (2014)

Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C., Mercadal, L. y Ibáñez, N. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44, 311-326. Recuperado de <http://www.ub.edu/psicologia/castellano/anuario-de-psicologia>.

Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology
2014, vol. 44, nº 3, 311-326
© 2014, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria*

Meritxell Campreciós Orriols
Anna Vilaregut Puigdesens
Carles Virgili Tejedor
Laura Marcadal Salort
Universitat Ramon Llull

El objetivo de este estudio es conocer y describir las Relaciones Familiares Básicas, Conyugalidad y Parentalidad, de las familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y familias grupo control, así como determinar los puntos de corte del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) discriminativos entre ellas. Se administró el CERFB a 688 participantes de los cuales 338 (169 familias) formaron el grupo clínico y 350 (175 familias) el grupo control. Los resultados presentaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de Conyugalidad y Parentalidad entre las familias clínicas y control, siendo la valoración de ambas funciones menor por parte del grupo clínico en relación al grupo control. A su vez, se obtuvieron los puntos de corte discriminativos de 55 para Conyugalidad y de 42 para Parentalidad entre los dos grupos de familias. Se discuten estos resultados que apuntan que hay que seguir trabajando para mejorar la capacidad empírica del CERFB de evaluación y discriminación de las Relaciones Familiares Básicas de las familias con un hijo con TCA y familias control como instrumento de diagnóstico relacional.

Palabras clave: Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas, diagnóstico relacional, Conyugalidad, Parentalidad, trastorno de la conducta alimentaria.

* *Agradecimientos: Agradecer el soporte de la Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya [2014FI_B2_00143]. Agradecer también la colaboración del Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA), Centro Khepra, Centro Labor-Nepp, Centre IADA y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, todos ellos de Barcelona, Hospital de Santa Maria, de Lleida y Centro ABB, de Barcelona, Málaga y Sevilla, y la participación de las familias.*

Correspondencia: Anna Vilaregut Puigdesens, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Cister 34, 08022 Barcelona. Correo electrónico: mail: annavp@blanquerna.url.edu

Basic family relations in families with a child with an eating disorder

The aim of this study is to get to know and describe the Basic Family Relations, marital and parental functions, in families with a child with an eating disorder and control group families, as well as determine the discriminative cut-off points of the Basic Family Relations Inventory (BFRI) between them. The BFRI was applied to 688 participants of whom 338 (169 families) formed the clinical group and 350 (175 families) the control group. Results presented statistically significant differences in the scores of marital and parental functions between clinical and control families, being the valuation of both functions lower in the clinical group regarding the control group. In turn, the discriminative cut-off points of 55 for marital functions and 42 for parental functions were obtained between both groups of families. These results suggest that more work is still to be done to improve the BFRI's empirical evaluative and discriminative capacity of the Basic Family Relations in families with a child with an eating disorder and control families as a relational diagnosis tool are discussed.

Keywords: Basic Family Relations Inventory, relational diagnosis, marital functions, parental functions, eating disorders.

Introducción

El *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB) de Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili y Campreciós (2012) nació de la inquietud de sus autores por la construcción de una herramienta útil que permita aumentar el conocimiento sobre las relaciones familiares tanto en el campo de la prevención e intervención familiar como en la investigación.

El CERFB deviene el primer cuestionario que ha sido desarrollado teóricamente, construido y adaptado en población española que evalúa la familia, desde la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2007, 2012). Dicha teoría le otorga la capacidad de evaluar y diferenciar, simultáneamente, la Conyugalidad y la Parentalidad al sostener que la atmósfera relacional en una familia de origen se define por el ejercicio de estas dos funciones. Desde 1996, Linares las concibe como dos funciones independientes con influencia recíproca, inscritas cada una en una dimensión bipolar con un polo de máxima positividad y uno de máxima negatividad. Por un lado, la Conyugalidad, que se refiere al modo de relacionarse de la pareja, se inscribe entre la armonía y la disarmonía. Por otro, la Parentalidad, que refleja el desarrollo de las funciones parentales (amor complejo, Nutrición Relacional) por parte de las figuras responsables, se inscribe entre la conservación y el deterioro primario (Linares, 2012).

M. Campreciós Orriols, A. Vilaregut Puigdesens, C. Virgili Tejedor y L. Marcadal Salort 313

La combinación de estas dos funciones converge en la capacidad de Nutrición Relacional, definida como la vivencia de ser complejamente amado, a nivel cognitivo, pragmático y emocional, la cual repercute sobre los miembros de la familia, especialmente, en la construcción de la personalidad y la salud mental de los hijos.

Esta relación entre la Conyugalidad y la Parentalidad, como Relaciones Familiares Básicas, las entrecruza formando un diagrama ortogonal en el que se encuadran cuatro modalidades relacionales de base para la realización de un diagnóstico relacional (ver figura 1).

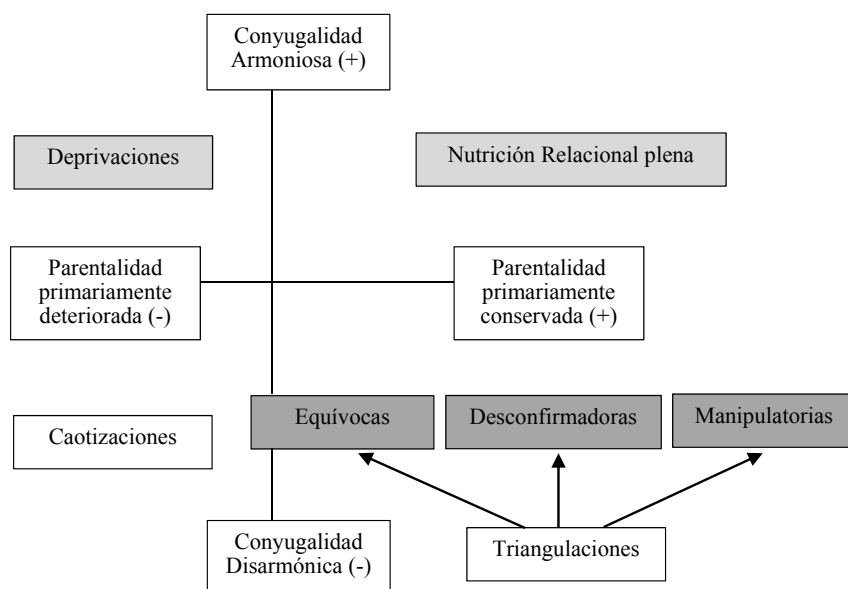


Figura 1. Modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas (adaptado de Linares, 1996, 2007, 2012).

Por lo tanto, el CERFB, con unas buenas propiedades psicométricas, es capaz de evaluar la Conyugalidad y la Parentalidad discriminando entre parejas funcionales y disfuncionales y entre un ejercicio adecuado o no de las funciones parentales (Ibáñez et al., 2012). Ahora bien, como recogen sus autores, se precisan estudios para completar su validación en población española general y clínica y entre estos se enmarca el presente.

Linares (1996, 2007, 2012) describe una capacidad nutricia a nivel relacional en las familias de origen caracterizadas por una Conyugalidad Armoniosa y una Parentalidad Primariamente Conservada. A su vez, relaciona las tres modalidades relacionales restantes y disfuncionales con la psicopatología. Entre los distintos trastornos mentales y en concreto, los psicósomáticos, Linares (1996) destaca los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como trastornos que no tienen una ubicación propia y específica en relación a la Conyugalidad y la Parentalidad. Aun así, encuadra los TCA en el cuadrante inferior derecho del diagrama de la figura 1 entre una Conyugalidad Disarmónica y una Parentalidad Primariamente Conservada. La modalidad de relación disfuncional que deriva de dicha combinación es la triangulación, que adquiere un matiz desconfirmador en el universo psicótico, la cual Linares considera característica de las familias con un hijo con un diagnóstico de TCA partiendo de Selvini (1981, como se citó en Linares, 1996). En las familias trianguladoras son frecuentes los conflictos conyugales que entorpecen la cobertura de las necesidades nutricias de los hijos dada su inclusión en el juego relacional de la pareja, quedando secundariamente deteriorada la Parentalidad.

Por ello, nos preguntamos por la capacidad discriminativa a nivel empírico del CERFB entre familias con un hijo con TCA y familias no clínicas con la intención de validar la hipótesis teórica de Linares (1996) referente al diagnóstico relacional de dichas familias clínicas según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002).

Nos planteamos estudiar estas familias clínicas porque los TCA son un fenómeno muy presente en nuestra sociedad y objeto de muchos estudios de las dos últimas décadas. La revisión de Peláez, Raich y Labrador (2010) de los estudios epidemiológicos españoles sobre los TCA evidencia una prevalencia del 1-3% en adolescentes y jóvenes de ambos géneros, siendo del 4-5% en el género femenino. Concluyeron así unas cifras similares a las de otros países desarrollados. Por consiguiente, no sorprende que en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) se propongan los TCA como área prioritaria de intervención.

Estamos hablando de prevalencias y propuestas propias de países industrializados, en los que existe una abundante oferta de alimentos y unos estándares de belleza caracterizados por una delgadez extrema defendida por los medios. Cancrini y La Rosa (1996) y Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1990, 1999) ya recogieron este factor propio de la cultura occidental e influyente en los TCA, y Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez (2010) corroboraron el impacto de la publicidad en la insatisfacción corporal y el deseo de delgadez.

Esta necesidad de intervención en los TCA requiere una evaluación previa en la que el CERFB contribuiría. La evaluación de las Relaciones Familiares Básicas

M. Campreciós Orriols, A. Vilaregut Puigdesens, C. Virgili Tejedor y L. Marcadal Salort 315

de las familias con un hijo con TCA permitirá reflexionar en el campo de la prevención e intervención con estas familias.

Nos sugieren la importancia del papel de la familia en la aparición y el mantenimiento de los TCA varios estudios que se inician con los clásicos de la terapia familiar, tales como la escuela de Milán, encabezada por Mara Selvini Palazzoli, con el foco en la comunicación y Minuchin y la escuela de Philadelphia con el foco en la estructuración familiar (Cancrini y La Rosa, 1996; Minuchin, 2001; Onnis, Mulé y Vietri, 2004; Selvini Palazzoli et al., 1990, 1999).

La caracterización disfuncional de la familia psicósomática con aglutinamiento, sobreprotección, dificultades en la resolución de conflictos y rigidez descrita por Minuchin, propia de las familias con un hijo con TCA, ha sido verificada en los estudios de Cunha, Relvas y Soares (2009), Dare, LeGrange, Eisler y Rutherford (1994), Eisler (2005) y Rostowska, Rostowski y Lewandowska-Walter (2009). Y en respuesta a dicho entorno, diversos autores identifican el síntoma alimentario como una demanda de autonomía e individuación (Cancrini y La Rosa, 1996; Gillett, Harper, Larson, Berrett y Hardman, 2009; Onnis et al., 2004). En términos generales Oliva (2006) apunta que la negación de la autonomía e individuación por parte de los padres dificulta el desarrollo funcional de los hijos.

Al describir y profundizar en la dinámica familiar con un hijo con TCA hemos observado como la mayoría de los estudios se han centrado en las relaciones entre el subsistema parental y filial. Entre los autores que hacen hincapié en la relación de los hijos con los progenitores, Rowa, Kerig y Geller (2001) y Wade, Gillespie y Martin (2007) consideraron relevante la relación con el padre. En contraposición, Ibáñez, Muñoz, Ortega y Soriano (2006), Ringer y Crittenden (2007), Rostowska et al. (2009) y Ma (2011) registraron una relación estrecha y de mayor implicación con la madre. La divergencia de opiniones y múltiples rasgos característicos de la relación con cada progenitor nos suscita la importancia de ella en los TCA.

Ahora bien, también encontramos autores que han estudiado el ajuste marital en la dinámica familiar con un hijo con TCA. Espina, Ochoa de Alda y Ortego (2003), Onnis et al. (2004) y Ringer y Crittenden (2007) reafirmaron la disarmonía de la relación conyugal descrita en estas familias por Selvini Palazzoli et al. (1999) que involucra a los hijos en sus desacuerdos con una función estabilizadora. Martínez-González et al. (2003) enfocaron este estatus marital disarmonico hacia la ruptura. Y Eisler (2005), con el foco en otro punto de la secuencia, identificó una acentuación de los problemas maritales en torno al síntoma anoréxico. En cambio, Rowa et al. (2001) observaron una relación de afecto negativo en la pareja que reproduce la relación del padre con la hija. Contrariamente, Ma (2011), en una población de China, no concluyó que existiera una afectación negativa de la vida marital ante un hijo con TCA. Este ajuste marital de dichas familias clínicas

que adquiere diversos matices no es percibido de forma distinta entre los cónyuges (Espina et al., 2003; Ma, 2011).

En base a todo lo expuesto, los objetivos de este estudio son, en primer lugar, realizar un estudio descriptivo, comparativo y correlacional de las Relaciones Familiares Básicas, Conyugalidad y Parentalidad, de las familias con un hijo con TCA y familias grupo control según el género. Y en segundo lugar, determinar los puntos de corte discriminativos del CERFB entre ambos grupos de familias.

Método

Participantes

A partir de un diseño de casos y controles se seleccionó, mediante un muestreo no probabilístico intencional, una muestra de familias que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: (a) Nacionalidad española; (b) Formadas por una pareja heterosexual de adultos (>18 años) con, como mínimo, un hijo biológico en común (>11 años) conviviendo en la actualidad y, para el grupo clínico, con un diagnóstico de TCA según los criterios del DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002); (c) Formadas por parejas casadas, de hecho o que conviven habitualmente; (d) Los hijos no son padres o madres; y (e) No haber realizado terapia familiar durante más de tres meses.

La muestra estuvo formada por 688 participantes (344 parejas como unidad familiar); 338 participantes grupo clínico (169 familias) y 350 participantes grupo control (175 familias).

Las parejas de las familias del grupo clínico llevaban una media de 25.42 años ($DT = 6.25$) de convivencia, estando el 97% de ellas casadas. Estaban constituidas como familias con una media de 2.19 hijos ($DT = .70$). De estos hijos, un 3.6% eran hijos varones y un 96.4% hijas mujeres con un diagnóstico de TCA de una media de 5.01 años ($DT = 4.36$) de evolución, ya sea de anorexia nerviosa (56.7%), bulimia nerviosa (24.7%) o trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE, 18.7%). Estos hijos tenían una media de edad de 19.58 años ($DT = 4.64$). Los cónyuges de estas parejas, con una media de edad de 50.74 años ($DT = 5.97$), tenían un 26.6% estudios primarios, un 35.3% secundarios y un 38.1% superiores.

Las parejas de las familias del grupo control llevaban una media de 25.98 años ($DT = 5.68$) de convivencia, estando el 96.4% de ellas casadas. Estaban constituidas como familias con una media de 2.16 hijos ($DT = .70$). Los cónyuges de dichas parejas, con una media de edad de 51.71 años ($DT = 5.91$), tenían un 26.3% estudios primarios, un 38.2% secundarios y un 35.5% superiores.

M. Campreciós Orriols, A. Vilaregut Puigdesens, C. Virgili Tejedor y L. Marcadal Salort 317

Instrumento

El CERFB de Ibáñez et al. (2012) consta de 25 ítems que evalúan la percepción de los padres en relación a sus hijos y a su pareja. Los ítems son politómicos, valorados en una escala Likert de cinco puntos con el siguiente formato de respuesta: 1 significa *nunca*, 2 *pocas veces*, 3 *algunas veces*, 4 *bastantes veces* y 5 *siempre*. El CERFB consta de 3 componentes: *Conyugalidad* (14 ítems), *Parentalidad Primariamente Conservada* (7 ítems) y *Parentalidad Primariamente Deteriorada* (4 ítems). El componente *Conyugalidad* es de naturaleza bipolar formado por dos polos correspondientes a *Conyugalidad Armoniosa* (7 ítems) y a *Conyugalidad Disarmónica* (7 ítems). En el análisis factorial de segundo orden los tres componentes se agrupan en dos factores, el factor *Parentalidad* ($\alpha = .92$) y el factor *Conyugalidad* ($\alpha = .91$).

El CERFB permite obtener una puntuación total de los dos factores que indica el grado de valoración de las funciones a las que se refieren. A mayor valoración, mayor funcionalidad y viceversa. La puntuación de *Conyugalidad* puede oscilar entre 0 y 70, y la de *Parentalidad* entre 0 y 55. Para ello cabe considerar que los ítems que evalúan la *Parentalidad Primariamente Deteriorada* y la *Conyugalidad Disarmónica* puntúan a la inversa y precisan ser recodificados (ver anexo).

Procedimiento

Una vez aprobado el estudio por la Comisión de Evaluación del Proyecto de Tesis de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* de la *Universitat Ramon Llull* para garantizar el cumplimiento de los principios éticos, se presentó a centros y hospitales que tratan los TCA para solicitar su colaboración. En aquellos que accedieron, los miembros del equipo investigador en cooperación con los profesionales de dichos centros y hospitales recogieron la participación de los padres y las madres de las familias que cumplían los criterios de inclusión muestral y aceptaron participar. Esta recogida incluía la propuesta de participación con la descripción del estudio y sus objetivos, un consentimiento informado y el cuestionario junto con una hoja de registro sociodemográfico, laboral y clínico. Paralelamente, se recogió la participación de los padres y las madres de familias grupo control. La recogida de datos de ambos grupos se llevó a cabo de 2010 a 2013.

Análisis de datos

Los resultados se analizaron con el software IBM SPSS Statistics 21. Preliminarmente, se verificó la normalidad de las variables *Conyugalidad* y *Parentalidad* en su conjunto y según el grupo y el género mediante la prueba de Kol-

mogorov-Smirnov sin que se cumpliera la condición de normalidad ($p < .05$). Sin embargo, considerando el tamaño de la muestra se aplicó el Teorema del Límite Central asumiéndose la normalidad en la comparación de medias de dos grupos y utilizando pruebas paramétricas. Se usó la prueba t de Student para la comparación de medias de Conyugalidad y Parentalidad según el género con dos muestras independientes y según el grupo con dos muestras relacionadas. Asimismo, para el estudio correlacional se obtuvieron coeficientes de correlación de Pearson de las mismas variables según el grupo y el género. Posteriormente, se elaboraron curvas ROC para analizar los índices de sensibilidad y especificidad de Conyugalidad y Parentalidad y se calculó el área bajo la curva (ABC). Por último, se realizaron tablas de contingencia para distribuir las frecuencias de las puntuaciones de ambas variables en función de los puntos de corte obtenidos y los grupos clasificados a partir de los criterios diagnósticos del TCA del DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002).

Resultados

En la tabla 1 de la página siguiente se puede observar que las diferencias intergrupo resultaron significativas para hombres y mujeres respecto a las puntuaciones de Conyugalidad y Parentalidad, siendo las puntuaciones medias de ambas variables más elevadas en el grupo control. Las diferencias entre tanto los hombres como las mujeres de ambos grupos respecto a ambas variables resultan en torno a un tamaño del efecto (d de Cohen) moderado, si bien las de los hombres alcanzan el mayor efecto.

En la comparación de medias de dos muestras relacionadas, se observó una percepción significativamente distinta de Conyugalidad entre los hombres y las mujeres de las parejas tanto del grupo clínico ($t = 2.35, p < .020$) como del grupo control ($t = 3.73, p < .000$). Las puntuaciones medias de las mujeres tanto del grupo clínico ($M = 51.93; DT = 9.37$) como del grupo control ($M = 54.82; DT = 9.24$) fueron menores que las de los hombres del grupo clínico ($M = 53.61; DT = 7.96$) y grupo control ($M = 56.97; DT = 7.52$). Referente a la Parentalidad, se observó una percepción significativamente distinta entre los hombres y las mujeres de las parejas del grupo clínico ($t = 2.18, p < .031$), siendo las puntuaciones medias de los hombres ($M = 40.15; DT = 5.12$) menores que las de las mujeres ($M = 41.21; DT = 5.00$). No se observó una percepción significativamente distinta entre los hombres y las mujeres de las parejas del grupo control ($t = 1.00, p < .316$).

Los coeficientes de correlación de Pearson mostraron una correlación significativa positiva de las percepciones de ambos géneros tanto del grupo clínico, de Conyugalidad ($r = .56, p < .000$) y Parentalidad ($r = .39, p < .000$), como del grupo control, de Conyugalidad ($r = .63, p < .000$) y Parentalidad ($r = .56, p < .000$).

M. Campreciós Orriols, A. Vilaregut Puigdesens, C. Virgili Tejedor y L. Marcadal Salort 319

TABLA 1. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS, VALORES DE T Y D Y GRADOS DE SIGNIFICACIÓN DE CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD DE HOMBRES Y MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO Y CONTROL.

Variable	Género	Grupo	n	M	DT	t	p	d
Conyugalidad	Hombres	Clínico	156	53.25	7.97	4.39	.000**	0.49
		Control	169	57.04	7.55			
	Mujeres	Clínico	143	52.04	9.44	2.69	.007*	0.31
		Control	168	54.90	9.19			
Parentalidad	Hombres	Clínico	148	40.24	5.07	5.16	.000**	0.58
		Control	171	43.46	5.93			
	Mujeres	Clínico	147	41.07	5.04	3.43	.001**	0.38
		Control	172	43.15	5.78			

* $p < .01$; ** $p \leq .001$.

La tabla 2 y la tabla 3 (ver página siguiente) muestran los puntos de corte empíricos de Conyugalidad y Parentalidad, respectivamente, a partir de los cuales las puntuaciones iguales o inferiores corresponden a participantes que pertenecen al grupo con peor valoración de ambas funciones. El punto de corte de Conyugalidad que discrimina entre las familias grupo clínico y grupo control es de 55, con una sensibilidad del 57.3% y una especificidad del 59.2%, siendo el área por debajo de la curva .61 (discrimina con una probabilidad del 61%). El punto de corte de Parentalidad que discrimina entre las familias grupo clínico y grupo control es de 42, con una sensibilidad del 60.3% y una especificidad del 64.7%, siendo el área por debajo de la curva .65 (discrimina con una probabilidad del 65%).

En la tabla 4 de la página 321 se puede apreciar un mayor porcentaje de puntuaciones de Conyugalidad y Parentalidad por debajo de los puntos de corte establecidos en el grupo clínico en comparación con el grupo control. Asimismo, se puede apreciar un mayor porcentaje de puntuaciones de ambas variables por encima de los puntos de corte establecidos en el grupo control en comparación con el grupo clínico.

TABLA 2. PUNTOS DE CORTE, PORCENTAJES DE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD, ÁREAS BAJO LA CURVA ROC, GRADOS DE SIGNIFICACIÓN E INTERVALOS DE CONFIANZA DE CONYUGALIDAD.

	<i>n</i>	Grupo clínico (%)	Punto de corte de Conyugalidad	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	ABC	<i>p</i>	95% IC
<i>Grupo control frente a grupo clínico</i>								
Todos	636	47.01	55	57.3	59.2	.61	.000**	[0.56, 0.65]
<i>Género</i>								
Hombres	325	48	55	60.4	60.3	.63	.000**	[0.57, 0.69]
Mujeres	311	45.98	55	54.2	58	.59	.004*	[0.53, 0.65]

p* < .01; *p* < .001; ABC: Área bajo la curva ROC.

TABLA 3. PUNTOS DE CORTE, PORCENTAJES DE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD, ÁREAS BAJO LA CURVA ROC, GRADOS DE SIGNIFICACIÓN E INTERVALOS DE CONFIANZA DE PARENTALIDAD.

	<i>n</i>	Grupo clínico (%)	Punto de corte de Parentalidad	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	ABC	<i>p</i>	95% IC
<i>Grupo control frente a grupo clínico</i>								
Todos	638	46.23	42	60.3	64.7	.65	.000**	[0.60, 0.69]
<i>Género</i>								
Hombres	319	46.39	42	62	67.6	.68	.000**	[0.62, 0.74]
Mujeres	319	46.08	42	58.7	61.9	.61	.000**	[0.55, 0.67]

***p* < .001; ABC: Área bajo la curva ROC

M. Campreciós Orriols, A. Vilaregut Puigdesens, C. Virgili Tejedor y L. Marcadal Salort 321

TABLA 4. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS PUNTUACIONES DE CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD DE LOS PARTICIPANTES EN FUNCIÓN DE LOS PUNTOS DE CORTE ESTABLECIDOS Y EL GRUPO.

Variable	Puntuación total	Grupo clínico		Grupo control	
		n	%	n	%
Conyugalidad	≤ 55	177	52.4	144	41.1
	> 55	161	47.6	206	58.9
Parentalidad	≤ 42	191	56.5	136	38.9
	> 42	147	43.5	214	61.1

Discusión

Respecto al primer objetivo planteado, los resultados derivados de las comparaciones intergrupo serían los esperables de acuerdo con la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2007, 2012). La valoración más favorable de las familias control de la Conyugalidad y la Parentalidad se ajusta a la descripción de Linares de un entorno más funcional en ellas. Es decir, de un entorno con posibilidad de Nutrición Relacional al estar preservadas ambas funciones familiares básicas a diferencia del de las familias clínicas con un hijo con TCA, que se caracteriza por una disarmonía a nivel conyugal que deteriora secundariamente la Parentalidad. Cabe considerar la posibilidad de que el elevado número de muestra haya favorecido la significación de las diferencias halladas entre el grupo control y clínico respecto a ambas variables dado que han resultan en torno a un tamaño del efecto moderado.

Centrándonos en las familias clínicas, la menor valoración de la Conyugalidad de los cónyuges sustenta las observaciones sobre esta función en estas familias con un hijo con TCA de Eisler (2005), Espina et al. (2003), Onnis et al. (2004), Ringer y Crittenden (2007), Rowa et al. (2001) y Selvini Palazzoli et al. (1990, 1999). Asimismo, la menor valoración de la Parentalidad de estos progenitores va en la línea de las aportaciones de Cancrini y La Rosa (1996), Ringer y Crittenden (2007) y Selvini Palazzoli et al. (1990, 1999) que no sostienen que esta función esté siempre preservada en estas familias clínicas. Si profundizamos en las reflexiones en torno a las funciones parentales de Linares (1996, 2007, 2012) los resultados obtenidos también coinciden. La Parentalidad Primariamente Conservada en estas familias está secundariamente deteriorada por el impacto de la disarmonía conyugal al estar ambas funciones en interacción en la familia en contraste con las familias relacionamente nutricias cuyas funciones parentales están conservadas.

Nos parece interesante destacar los resultados obtenidos de las comparaciones intragrupo y las correlaciones, y otros estudios con el foco en familias con un hijo con TCA que recoge la literatura. En lo que se refiere a la Parentalidad, observa-

mos que la valoración de los padres y las madres de las familias participantes correlaciona positivamente, siendo más intensa la correlación entre los progenitores de las familias control. Además, señalar que, por un lado, los dos progenitores de las familias control no discrepan significativamente entorno a dicha función coincidiendo con el grado de acuerdo deseable entre ellos entorno a las funciones parentales en las familias funcionales (Linares, 1996, 2007, 2012). Por otro lado, tampoco hemos hallado diferencias intragrupo entorno a la Parentalidad en las familias clínicas, que sí eran esperables debido al deterioro secundario de las funciones parentales propio de ellas (Linares, 1996, 2007, 2012). En este sentido, en la literatura encontramos una diversidad de autores que estudian la relación del hijo con TCA con cada progenitor con resultados que connotan de forma distinta la relación con el padre y con la madre concluyendo una mayor relevancia de la relación con uno de los dos (Ibáñez et al., 2006; Ma, 2011; Ringer y Crittenden, 2007; Rostowska et al., 2009; Rowa et al., 2001; Wade et al., 2007).

En cuanto a la valoración de la Conyugalidad de los cónyuges de las familias observamos que correlaciona positivamente, si bien discrepan entre ellos en su percepción de dicha función. A pesar de que estas discrepancias no han sido halladas en otros estudios a nivel nacional (Espina et al., 2003) e internacional (Ma, 2011), están en consonancia con la función que adquiere la sintomatología alimentaria en estas familias desde el modelo sistémico. Podríamos decir que el TCA de los hijos ha focalizado la atención de sus progenitores en torno al ejercicio de su Parentalidad evitando que su atención se centre en su relación conyugal que teóricamente es disarmónica (Cancrini y La Rosa, 1996; Eisler, 2005; Linares, 1996; Minuchin, 2001; Onnis et al., 2004; Ringer y Crittenden, 2007; Selvini Palazzoli et al., 1990, 1999). La valoración de la Conyugalidad de los cónyuges de las familias control también correlaciona positivamente, con mayor intensidad que la de los cónyuges de las familias clínicas, y entre ellos discrepan en su valoración de dicha función. Esta diferencia intragrupo no era esperable partiendo de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2007, 2012). Aun así, encaja con el hecho de que una pareja con discrepancias no necesariamente involucra disfuncionalmente a los hijos en su esfera conyugal.

Respecto al segundo objetivo planteado, hemos podido verificar la capacidad discriminativa del CERFB entre familias con un hijo con TCA y familias control a nivel de Conyugalidad y Parentalidad. Además, hemos podido observar que los puntos de corte discriminativos entre los dos grupos de ambas variables, ya sea en su conjunto o según el género, son los mismos a pesar de las discrepancias observadas entre la valoración de los hombres y las mujeres. Sin embargo, cabe interpretar los resultados obtenidos con precaución. Dada la probabilidad de discriminación obtenida de los puntos de corte de 55 para Conyugalidad y de 42 para Parentalidad del CERFB, estos no pueden ser tomados como única referencia para discriminar a nivel empírico en el diagnóstico relacional de las familias con un hijo con TCA y familias control según la teoría de Linares (1996, 2007, 2012).

M. Campreciós Orriols, A. Vilaregut Puigdesens, C. Virgili Tejedor y L. Marcadal Salort 323

Desde una valoración clínica, la probabilidad de discriminación de los puntos de corte obtenidos a nivel empírico proporciona los dos tipos de error (falsos positivos y negativos). A partir de estos puntos de corte podría ser detectado un número demasiado elevado de familias clínicas como familias control y viceversa, para poder considerar el CERFB un instrumento preciso en la discriminación entre estas familias.

Como limitaciones de este estudio, destacar, primero, que los resultados no son directamente generalizables a familias en las que la pareja se ha separado y/o divorciado y a familias reconstituidas. Segundo, en relación a los criterios de inclusión, una ausencia de rigurosidad en el control sobre la verificación de la inexistencia de psicopatología en los hijos de las familias control. Tercero, que el elevado número de muestra que se ha recogido para este estudio ha permitido obtener unas diferencias entre grupos significativamente importantes que deben ser interpretadas considerando que sus tamaños del efecto han resultado en torno a magnitudes moderadas.

En próximos estudios, con el objetivo de seguir trabajando en el establecimiento de estos puntos de corte para el CERFB, sería conveniente utilizar la mediana de la distribución como punto de corte y establecer una baremación mediante percentiles. También cabría estudiar posibles diferencias en las Relaciones Familiares Básicas de estas familias según las modalidades de TCA que diferencia el DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002) como son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TCANE y según exista comorbilidad con el TCA. Variables como estas permiten a autores como Cancrini y La Rosa (1996), Dare et al. (1994), Ibáñez et al. (2006), Selvini Palazzoli et al. (1990, 1999) y Wade et al. (2007), entre otros, hablar con más detalle de tipologías familiares. Asimismo, se deberían abordar con mayor complejidad estas familias considerando la posible influencia de la presencia de psicopatología en otros miembros de la familia.

Paralelamente, para avanzar en el proceso de acumulación de evidencias de validez del CERFB, sería conveniente realizar un estudio de validez criterial concurrente utilizando la traducción española de Echeburúa y Corral (Bornstein y Bornstein, 1992) del *Dyadic Adjustment Scale* y las propiedades psicométricas de Cuenca, Graña, Peña y Andreu (2013), y el *Parental Bonding Instrument* (Ballús, 1991) con el fin de correlacionar sus resultados con los del CERFB referentes a Conyugalidad y Parentalidad, respectivamente, como ya explicitaron Ibáñez et al. (2012).

En conclusión, a partir de los resultados de este estudio y teniendo en cuenta las consideraciones para futuras investigaciones, hay que seguir trabajando para mejorar la capacidad empírica del CERFB de evaluación y al mismo tiempo, de discriminación de las Relaciones Familiares Básicas propuestas por Linares (1996, 2007, 2012), Conyugalidad y Parentalidad, de las familias con un hijo con TCA y familias control. Todo ello para aumentar el conocimiento sobre estas dos funciones básicas de las familias con un hijo con TCA, ya sea a nivel de investi-

gación o de práctica clínica para realizar un diagnóstico relacional, y poder reflexionar sobre el tipo de intervención más ajustada a cada familia y el diseño de programas preventivos para estas.

REFERENCIAS

- Ballús Creus, C. (1991). *Adaptación del Parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escuela Profesional de Psicología Clínica.
- Bornstein, P.H. y Bornstein, M.T. (1992). *Terapia de pareja: enfoque conductual-sistémico* (Trad. E. Echeburúa y P. Corral). Madrid: Pirámide.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Cuenca, M.L., Graña, J.L., Peña, M.E. y Andreu, J.M. (2013). Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample. *Psicothema*, 25, 536-541. doi: 10.7334/psicothema2013.85
- Cunha, A., Relvas, A.P. y Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 229-240. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/index.php>
- Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I. y Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226. doi: 10.1002/1098-08X (199411)16:3<211::AID-EAT2260160302>3.0.CO;2-X
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131. doi: 10.1111/j.1467-6427.2005.00303
- Espina, A., Ochoa de Alda, I. y Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 11, 349-362. doi: 10.1002/erv.530
- Gillett, K.S., Harper, J.M., Larson, J.H., Berrett, M.E. y Hardman, R.K. (2009). Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 159-174. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00113
- Ibáñez, N., Linares, J.L., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24, 489-494. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Ibáñez, N., Muñoz, D., Ortega, M. y Soriano, J. (2006). Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y trastorno límite de la personalidad asociado. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 386-422. Recuperado de <http://www.tcsevillla.com/revista.aspx>
- Jiménez-Cruz, B.E. y Silva-Gutiérrez, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26, 11-17. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/index>
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18, 381-399. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000/ynumero=42007183>.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- López-Ibor Aliño, J.J. y Valdés Miyar, M. (Dir.). (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Elsevierl Masson.

M. Campreciós Orriols, A. Vilaregut Puigdesens, C. Virgili Tejedor y L. Marcadal Salort 325

- Ma, J.L.C. (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
- Martínez-González, M.A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., de Irala-Estévez, J. y Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics, 111*, 315-320. doi: 10.1542/peds.111.2.315
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar* (7ª ed.). Barcelona: Gedisa
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología, 37*, 209-224. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61838/82584>
- Onnis, L., Mulé, A.M. y Vietri, A. (2004). Anorexia y bulimia: nuevas tendencias desde la óptica sistémica. *Revista de Psicoterapia, 15*(58/59), 75-91.
- Peláez, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 1*, 62-75. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>
- Ringer, F. y Crittenden, P.M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review, 15*, 119-130. doi: 10.1002/erv.761
- Rostowska, T., Rostowski, J. y Lewandowska-Walter, A. (2009). Neuropsychological and family factors conditioning anorexia nervosa. *Acta Neuropsychologica, 7*, 264 -282. Recuperado de <http://1035.indexpenn.com/index.php?p=1>
- Rowa, K., Kerig, P.K. y Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review, 9*, 97-114. doi: 10.1002/erv.383
- Selvini Palazzoli, M. (1981). *L'anorexia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milán: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Wade, T.D., Gillespie, N. y Martin, N.G. (2007). A comparison of early life events amongst monozygotic twin women with lifetime anorexia nervosa, bulimia nervosa or major depression. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 679-686. doi: 10.1002/eat.20461

ANEXO

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES BÁSICAS (CERFB)

CERFB – 25 Ítems: Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas					
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
1.! Estoy seguro/a de que mi/s hijo/s solo piensan en salirse con la suya	1	2	3	4	5
2.! Opino que mi/s hijo/s tienen defectos importantes	1	2	3	4	5
3.! Mi pareja me ayuda a afrontar los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
4.! Creo que mi/s hijo/s no son responsable/s	1	2	3	4	5
5.! Siento que mi/s hijo/s me corresponde/n afectivamente	1	2	3	4	5
6.! Creo que mi pareja no me comprende	1	2	3	4	5
7.! Mi pareja estropea las cosas con su indelicadeza	1	2	3	4	5
8.! Dialogo tranquilamente con mi/s hijo/s	1	2	3	4	5
9.! Mi pareja tiene más en cuenta las opiniones de los demás que las mías propias	1	2	3	4	5
10.! Me resulta difícil disfrutar en la intimidad con mi pareja	1	2	3	4	5
11.! Mi pareja y yo hacemos un buen equipo	1	2	3	4	5
12.! Mi pareja sabe cómo tratarme	1	2	3	4	5
13.! Me gusta compartir el tiempo libre con mi/s hijo/s	1	2	3	4	5
14.! Mi pareja me dedica poco tiempo	1	2	3	4	5
15.! Suelo tener que gritar a mi/s hijo/s para que me obedezcan	1	2	3	4	5
16.! Mi pareja me sabe escuchar	1	2	3	4	5
17.! Mi pareja se muestra muy cariñoso/a conmigo	1	2	3	4	5
18.! Pienso que mi/s hijo/s no sabe/n como tratarme	1	2	3	4	5
19.! Mi pareja me ayuda a ser más fuerte	1	2	3	4	5
20.! Reconozco abiertamente cuando mi/s hijo/s actúan correctamente	1	2	3	4	5
21.! Siento que mi/s hijo/s me sacan de quicio muy a menudo	1	2	3	4	5
22.! Mi pareja y yo discutimos acaloradamente a diario por cualquier tema	1	2	3	4	5
23.! Estoy convencido/a de que mi/s hijo/s solo atiende/n cuando se le/s amenaza con ser castigado/s	1	2	3	4	5
24.! Pienso que mi pareja y yo estamos en desacuerdo en la mayoría de las cosas	1	2	3	4	5
25.! Mi pareja y yo dialogamos tranquilamente sobre cualquier cosa	1	2	3	4	5

Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24, 489-494.

6. Discussion

6. Discussion

The principal aim of the present study is to validate and determine the clinical applicability of the CERFB in eating disorders (EDs). It is itself the main strength of the study as it meets the recommendations of the American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education (2014) providing empirical evidence of the psychometric properties of an instrument in a particular population in which it is to be used. Moreover, psychometric deficits have been identified in such clinical population in the exiting overall family measures. Results in this line of investigation enable validity and reliability generalization studies.

The existence of the CERFB was attractive for the design of the study. It is a theoretically and empirically developed instrument for Spanish population from a systemic perspective focused on the family that evaluates marital and parental functions distinguishing between functional and dysfunctional couples and between a suitable or unsuitable exercise of parental functions, from the basic family relations theory of Linares (1996, 2002, 2007, 2012). It is brief, concise and easy. What is more, it is the only instrument available that measures both family dimensions at the same time.

The specification to EDs was derived from the high and increasing incidence of such disorders (Qian et al., 2013) and associated severity (Arcelus et al., 2011; Aspen et al., 2014; Crow et al., 2009; Gaudio & Di Commo, 2011; Klump, Bulik, et al., 2009) that places them as a national priority within the public mental health field to be intervened upon (*Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2006; Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2003; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011*). In turn, it was derived from the identified requirement of specifically useful family instruments for such population throughout the

literature (Holtom-Viesel & Allan, 2014).

In this study, the different ED diagnostic subcategories were not specifically and independently considered according to the ongoing debate regarding their value and the frequent fluctuation across them (Ackard et al., 2011; Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn et al., 2003; Walsh & Sysko, 2009). Likewise, in line with the lack of clarification of specific family dynamics (Holtom-Viesel & Allan, 2014; Latzer et al., 2009; Tetley et al., 2014).

Another important strength of this study is the big sample size of 344 complete families. Moreover, the 169 families with a child with an ED came from a variety of centres and hospitals and the 175 families without psychopathological diagnosis were from different Spanish populations. It is indicative of the viability of the results.

Overall, the present study reports on the further development of the CERFB for its use in EDs supporting the conceptualization of the development of an instrument as an ongoing process.

Particularly, in response to the first general aim of the present study concerning the analysis of the psychometric properties of the CERFB, the instrument can be considered valid and reliable in the evaluation of marital and parental functions in EDs. It is encouraging to see the CERFB maintaining adequate psychometric properties in its first expanded use in clinical population with a view to the ongoing process of psychometric evidence accumulation.

Accordingly, in relation to the first specific aim of this study, results converge with those of Ibáñez et al. (2012) in Spanish general population. The CFA confirms in EDs the validity of the two-factor model proposed by the authors that emerged from the exploratory factor analysis (Ibáñez et al., 2012) and sustained by the basic family relations theory of Linares (1996, 2002, 2007, 2012), showing an acceptable model fit

(Hooper et al., 2008). The hypothesis regarding the factor structure of the CERFB in a sample of Spanish families with a child with an ED with certain characteristics according to the inclusion criteria is confirmed. To date, there are no other published studies that support the use of this factor structure in the analysis of clinical populations.

Despite the inclusion criteria do not consider all clinical families with a child with an ED, they consider those who can be evaluated with the CERFB. For example, families in which the couple was separated, divorced or did not usually cohabite were not included as they do not have an evaluable marital dimensional according to Linares' (1996, 2002, 2007, 2012) conceptualization.

Regarding the second specific aim, the CERFB presents an adequate convergent validity between the CERFB's Marital and Parental scales and the DAS (Bornstein & Bornstein, 1992) and the PBI (Ballús, 1991), respectively, as hypothesized. They are two widely used instruments in research and clinical contexts to measure family relations, namely, the dyadic adjustment and the parental bond. Specifically, the Marital scale correlates positive and significantly with the DAS Dyadic Adjustment scale and the Parental scale correlates positive and significantly with the PBI Care scale and negative and significantly with the PBI Overprotection scale. The functionality of the construct evaluated by the Marital, Parental, Dyadic Adjustment and Cure scales increases with higher scores; positive correlations evidence similar constructs (Ibáñez et al., 2012; Parker et al., 1979; Spanier, 1976). Instead, high PBI Overprotection scores are not indicative of greater functionality as overprotection refers to an excess of protection. Therefore, the negative correlation of this scale with the CERFB Parental scale justifies the measure of both instruments of similar constructs (Parker et al., 1979).

Moreover, the intramarital and intraparental agreement on the perceptions of marital and parental functions of the spouses' and parents' of the clinical families,

respectively, suggests an evaluation of the same reality; significant positive correlations were obtained of the perceptions of both functions between the spouses and parents of the clinical families. These results are derived from the correlational study in the publication “Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria” of Campreciós et al. (2014).

The set of correlational results of the CERFB between the spouses and parents of the clinical families and with the two family measures complement the construct validity of both scales first suggested by the factor analysis (Keszei et al., 2010; Martínez, 1995).

In relation to the third specific aim of the present study, the internal consistency analysis based on the Cronbach's alpha coefficient show homogeneity among the items of each scale, suggesting the reliability of the CERFB: Marital scale ($\alpha = .90$) and Parental scale ($\alpha = .76$). The hypothesis regarding the reliability of the CERFB is confirmed. Reliability results of the original version in Spanish general population were better: the Marital scale presented a Cronbach alpha coefficient of .91 and the Parental scale of .92 (Ibáñez et al., 2012).

In response to the second general aim and fourth and fifth specific aims of this study, a reference scale is offered of the CERFB's scores in EDs based on the data from the sample of clinical families of this study. On the one hand, the scaling in percentiles of the direct total scores of the Marital and Parental scales enables the comparison of the CERFB's scores of these clinical families. On the other hand, the scaling in percentiles of the base 10 and typified total scores of the Marital and Parental scales enables the comparison of the scores of both scales of these same clinical families and the interpretation of the CERFB's scores in ED in relation to the base 10 and typified scores of other instruments. Such clinical scaling in ED of the CERFB together with the results

regarding the cut-off points established for both scales in the publication allow the interpretation of the scores obtained by the families under study.

The study included in the publication “Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria” of Campreciós et al. (2014) addresses the third general aim and sixth and seventh specific aims of this thesis. Results back up the hypothesis raised; results present the CERFB as capable of evaluating, through a cut-off point of 55 for marital functions and 42 for parental functions, a significantly more disharmonic marital relationship and deteriorated parental relationship in families with a child with an ED in relation to functional families without psychopathological diagnosis.

The fact that the cut-off points established are not 100% discriminative conforms to the family reality of this specific clinical population concerning a great variability of family dynamics in accordance to the lack of a unique family pattern in ED (Eisler, 2005; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Onnis et al., 2004). Among this diversity, there may be relationally nurturing families as there is literature that supports the lack of differences between families with a child with an ED and families without psychopathological diagnosis (Botella & Grañó, 2008; Cook-Darzens et al., 2005; Sim et al., 2009; Soenens et al., 2008; Wade et al., 2007). Likewise, Linares (1996) and other classic authors such as Cancrini (1996), considered the possibility that the development of the ED is more due to factors other than family-related factors in some cases. In the case of AN, it may be that these families are the most functional (Eisler, 2005; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Vázquez et al., 2010) instead of considering that the lack of differences between them and non-clinical families is due to the characteristic anorexic functioning related to denial of conflict, conflict and emotional expression difficulties, and the maintenance of the ideal appearance.

The comparative results of the publication fit Linares' (1996) description of less relational functionality in ED families, regarding both marital and parental functions, in relation to families with full relational nurturing capacity. These also converge with the scientific recent literature focused on the family functioning in such disorders and in the nature of the dyadic intrafamilial relationships that has concluded greater family dysfunction in EDs in contrast to families with no psychopathological diagnosis (Cunha et al., 2009; Fassino et al., 2010; Herraiz-Serrano et al., 2015; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Horesh et al., 2015; Kyriacou et al., 2008; Maglio & Molina, 2012; Paulson-Karlsson et al., 2009; Pilecki et al., 2013; Soenens et al., 2008; Tasca & Balfour, 2014; Tetley et al., 2014; Vázquez et al., 2010; Wade et al., 2007).

As in the publication, Latzer et al. (2009) evaluated marital and parental functions simultaneously, concluding, in contrast to non-clinical families, greater distress in the marital relationship and a less favourable parental relationship. Both studies present results in the same line which reinforce each other as the evaluation has been carried out from different perspectives: Latzer et al. (2009) from the children's perspective and Campreciós et al. (2014) from the parents' perspective. In addition, Campreciós et al. (2014) included male gender children in the sample overcoming another of the limitations identified.

Taking specifically marital functions into consideration, the studies of Espina et al. (2003), Fäldt (2008), Józefik et al. (2014) and Latzer et al. (2009) from the recent scientific literature are highlighted as they present results concerning a higher marital disharmony in ED families in contrast to non-clinical families in the same line as the present study.

Taking specifically parental functions into consideration, the studies of Fäldt (2008) and Latzer et al. (2009) are highlighted as they also conclude less functionality

in the exercise of such functions in ED in contrast to non-clinical families. Further, the combination of high control and low care in these families does not match the optimal bond expected for a parental functional relationship (Berge et al., 2014; Blodgett Salafia et al., 2014; Canetti et al., 2008; Cella et al., 2014; Doba & Nandrino, 2010; Fosse & Holen, 2006; Herraiz-Serrano et al., 2015; Horesh et al., 2015; Jáuregui et al., 2011; Lampis et al., 2014; López et al., 2014; Soenens et al., 2008; Tetley et al., 2014; Tseng et al., 2014; Wade et al., 2007). Regardless of the quantity and diversity of scientific contributions concerning the relationship of the child with an ED diagnosis with each parent (Allen et al., 2014; Bäck, 2011; Berge et al., 2014; Cooley et al., 2008; Enten & Golan, 2009; Gil et al., 2007; Hooper & Dallos, 2012; Miller-Day & Marks, 2006; Ringer & Crittenden, 2007; Tseng et al., 2014), no significant discriminative capacity of the CERFB is concluded further on between the exercise of parental functions of mothers and fathers. Consequently, the scores of both parents are considered together in the family evaluation.

Just as Linares (1996, 2002, 2007, 2012) describes the interrelational nature of both family functions in the regulation of relational nurturing in families, there is a line of investigation that evidences such interaction in EDs (Blodgett Salafia et al., 2014; Cui & Conger, 2008; Doyle & Markiewicz, 2005; Latzer et al., 2009). In particular, Ringer and Crittenden (2007) registered such reciprocal influence in terms of triangulation reinforcing other authors' contributions (Cancrini & La Rosa, 1996; Eisler, 2005; Linares, 1996; Minuchin, 2001; Onnis, 1990; Onnis et al., 2004; Ringer & Crittenden, 2007; Selvini Palazzoli et al., 1990, 1999).

In general terms and considering the available data to date, the results of the clinical validation of the CERFB are similar; clinical families with either children with EDs, as is the case of the present study, or with children with substance-related

disorders, as is the case of Laura Mercadal's thesis (Mercadal et al., 2013), describe more dysfunctional relational patterns than families without a psychopathologic diagnosis. This similarity is in line with Linares' (1996, 2002, 2007, 2012) consideration of major relational nurturing capacity in functional families and with Selvini and Cancrini's (Cancrini & La Rosa, 1996) consideration of similar family structures in both disorders.

The results of the publication "Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria" of Campreciós et al. (2014) are backed up by the overall results of this thesis. The empirical discriminative capacity of the CERFB in the evaluation of marital and parental functions in ED and families with no psychopathological diagnosis throughout the established cut-off points can be more strongly asserted. On the one hand, the CERFB used in it has shown adequate reliability and validity. On the other hand, the analysed scores to determine the discriminative utility of the CERFB are not influenced by variables such as the participation format in the study, online vs. paper (Gosling et al., 2004; Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012), the time in treatment up to 3 months or 100 days vs. more than 3 months or 100 days, the presence or absence of comorbidity with the ED (Aspen et al., 2014; Becker & Grilo, 2015; Błachno et al., 2014; Gaudio & Ciommo, 2011; Giovanni, Gramaglia, Bailer et al., 2011; Grilo et al., 2009; Perkins et al., 2013; Pilecki et al., 2013; Presnell et al., 2009; Selvini Palazzoli et al., 1999; Starcevic & Brakoulias, 2014; Thompson-Brenner et al., 2008; Tseng et al., 2014) and the presence or absence of psychopathology in other family members (Amianto et al., 2013). The scores from which the psychometric properties of the instrument have been determined and which have been scaled are also free from the influence of these variables.

In the set of core procedures for the validation and determination of the clinical

applicability of the CERFB in ED, both parents' and spouses' scores have been considered together as a consequence of the results included in the publication regarding the determination of the cut-off points. The discriminative cut-off points between the marital and parental functions of clinical and non-clinical families, either as a whole or by gender, were the same despite the observed discrepancies between the evaluation of marital functions of the spouses in EDs. In this line, the determination of the psychometric properties and the reference scale of the CERFB's scores in EDs was developed considering the scores of both fathers and mothers and spouses together.

In conclusion, the CERFB can be used in the relational diagnosis based on the basic family relations, marital and parental functions, in families with a child with an ED in relation to families with no psychopathological diagnosis in both clinical and research contexts.

Limitations

Some limitations, mainly, methodological ones, are highlighted and discussed for the adequate interpretation of the contributions of this study.

All clinical families were receiving treatment in specialized centres or hospitals with ED treatment units despite the multicentric dimension of this study. Families participating in a continuum of services from outpatient to hospitalization were included. However, there are families with a child with an ED who do not receive any treatment or do not receive it from specialised professionals in EDs. These families have not been included in the present study due to the designed procedure. Also, the participation of the clinical families, as well as the non-clinical families, has been subordinated to their willingness to participate. On the one hand, these sample conditionings limit the generalizability of the results to those families which have not

been included. However, on the other hand, they allow a greater sample homogeneity with a representativeness of those families who can best benefit from this study being those who attend the services and can be helped with family interventions if required after a good diagnosis at this level (Muñiz, 2015). In this line of sample bias, the gender inequality of the children with EDs in the study should also be highlighted. However, it can be considered representative of the patients with EDs instead of a limitation. It was not the aim of the study to address possible differences in the relational patterns in EDs by gender.

Also in relation to the study sample, specifically, the sample selection technique, the non-probabilistic intentional sampling according to the defined inclusion criteria for the families under study has the limitations of all non-probabilistic sampling techniques. Ideally, a random sample of those families meeting the inclusion criteria should have been selected but it was not practical or possible (Hibberts et al., 2012).

Another limitation of this study would be the lack of verification of the absence of psychopathology in non-clinical families throughout the administration of an eating psychopathology scale such as the *Eating Disorder Inventory* (EDI-3; Garner, 2010). Moreover, its administration would have been advised in both groups, clinical and non-clinical.

The combination of two different formats for data collection in this study, that is, paper vs. online, has proved beneficial for the increase of the representative sample of the Spanish population and the facility offered to the families under study to participate despite it could be considered a limitation (Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012). How the use of the digital format as an alternative option for those families who made explicit their preference exceeded the majority of the disadvantages of this format is discussed. The choice of the families guaranteed their motivation, access to the Internet

and technological expertise to proceed.

With regard to sample representativeness, the combination of both formats overcame its highlighted absence as a limitation of the online collection. The families who received the proposal to participate throughout both formats were the same. Moreover, representativeness was increased by the online collection method as it facilitated the participation of families throughout the country. Conversely, there was not any advantage taken of the benefit emphasized by Granello and Wheaton (2004) of the digital data collection concerning its access to the clinical population that does not attend the centres and hospitals due to the designed study procedure as mentioned above.

The online material and collection method of this study, designed in accordance with the published results on the subject, optimized the collection process according to its advantages (Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012). In these cases the material costs were lower, as well as the response time, delivery and collection efforts. The face-to-face presentation of the study and explanation of the online participation material and procedure to at least one participating family member in those cases in which it was chosen assured the no intrusion or offense, a better understanding of the study, its importance and the process, and a reception of a request for help and motivation. This face-to-face presentation also facilitated doubt resolution and further contact with the team if needed throughout the information provided. Participation was even more voluntary and confidential throughout the online data collection process; the access to the material was voluntary through a personalised link to an independent web platform to the e-mail address to which the proposal was sent and responses were automatically delivered. The material had easy access via direct links to independent processes between them and their format was simple, clear and easy to follow throughout the

process. To avoid missing data there were no open questions and participants were systematically and digitally obliged to answer them all. This material promotes data quality because it reduces font misinterpretation errors, for example. The family code designed to identify the different participating families could complicate the process but its operation was explained face-to-face and helped to control missing entries or those submitted twice. Also, the complexity added by the family code and the need for the participation of three family members for the utility of the data and their inclusion in the study avoided repeated participations or participations of families who did not meet the inclusion criteria. It could be that families who had not been initially contacted by the research team received the e-mail, being this inherent to online material. Moreover, it was not averted and was encouraged if participating families knew families who met the control group inclusion criteria.

In addition, the scientific literature contains increasing evidence that does not support the psychometric distortion of the traditional paper instruments that are digitalised not registering differences between the results of both formats (Gosling et al., 2004; Hunter, 2012). The absence of any effect of the data collection formats in the scores of marital and parental functions by group and gender in this study is in this line.

Considering the results, the description and comparison of the family relations in EDs and when no psychopathological diagnosis should be interpreted with caution. On the one hand, the cross-sectional design of the study only allows the drawing of a familial relational map in EDs at the time of the evaluation, that is, when the ED is present and the family has not yet had the opportunity to reflect with a professional in a family therapy context around their relations. A family therapy process offers the family a more clinical perception of the family blurring the families' proper perception. On the other hand, it could be said that the perception of the relational map in the present study

is skewed by the participation of parents (Cook-Darzens et al., 2005; Dancyger et al., 2006; Dimitropoulos et al., 2013; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Maglio & Molina, 2012; Wade et al., 2007).

Future lines of investigation

The validation and determination of the clinical applicability of the CERFB in EDs could be complemented by a longitudinal study that analyses test-retest reliability to determine the consistency over time of the family's evaluation and its predictive validity to determine its use in the evaluation of intervention effectivity (Keszei et al., 2010; Martínez, 1995). Likewise, the convergent validity between the CERFB Mairtal scale and the Dyadic Adjustment scale of the DAS (Bornstein & Bornstein, 1992) should be confirmed with the new Spanish version of the DAS (Spanier, 1976) by Cano-Prous, Martín-Lanas, Moyá-Querejeta, Beunza-Nuin, Lahortiga-Ramos and García-Granero (2014), the validation of which is expected to be officially published in TEA Ediciones this year 2015.

The set of results of this study in general should be reassessed over time, if possible, in larger samples that include more participants from the regions of Spain under-represented in this study, according to the social and cultural transformations among which the family is included (Minuchin, 2009) and according to the conceptualisation of the psychometric process as a continuous updated evidence accumulation process (Keszei et al., 2010).

In order to determine the specificity of family relations in EDs regarding marital and parental functions with the CERFB it would be convenient to design this present study in other clinical samples. A simultaneous clarification of the relational patterns and comparison between them will permit an evidence-based reproduction of the axis

derived from the theory of Linares (1996, 2007, 2012) that validates the theory evaluating the current clinical reality using the CERFB. In this axis, Linares identifies similar relational patterns in some disorders. The extent to which the relational patterns are similar and different between the various psychopathological populations should be addressed. This line of future research continues the line of Erol et al. (2007), who did not determine the specificity of family difficulties in EDs in relation to the OCD; Wade et al. (2007), who did not determine the specificity of parental conflict and food and eating comments in EDs in relation to major depression; Doba y Nandrino (2010), who did not determine the specificity of a family functioning in EDs in relation to substance-related disorders; Józefik et al. (2014), who did not determine the specificity of marital difficulties in EDs in relation to depressive disorders; Pilecki et al. (2013), who did not determine the specificity of de worse family evaluation in BN in relation to depressive disorders; and Tetley et al. (2014) and Tseng et al. (2014), who did not determine the specificity of the affectionless control bond in EDs in relation to other disorders.

This study can be the model for the other research to come in clinical populations prior to the interaction of the results derived from them between them and with those of the present study. However, concerning the data collection process of future studies, the online format designed for the present study could be improved for the quality of the data obtained. For example, systematizing automatic reminders, positioning the demographic and clinical data collection at the end of the material with specific questions designed to verify the fulfilment of the inclusion criteria, taking advantage of the possible record of the ratio of visits vs. participations and details related to the time and duration of the participation.

The development of this line of investigation just mentioned would yield enough psychometric evidence of the CERFB for the development of a manual to be published

in accordance with the model suggested by the Spanish Questionnaire for the Evaluation of Psychometric Tests (*Cuestionario de Evaluación de Tests* [CET]; Prieto & Muñiz, 2000) of the European Federation of Psychologists Associations, in which the validation and clinical applicability in EDs derived from this study would be included. The development of manuals is important: Muñiz (2015) has affirmed necessary the combination of an instrument with adequate psychometric properties and the appropriate professional training for its proper use, that requires available information in relation to it.

Concerning the content of the results of this study and the bias in the family perspective of the basic relations, it would also be interesting to enrich the analysis of these families with the perspective of other family members other than the parents in future studies. For example, describing, correlating and comparing the perception of the children with an ED regarding the relationship with each progenitor and the perception of both progenitors. Such necessary data from the PBI (Ballús, 1991) are available of the families that have participated in this study, both clinical and non-clinical; they were part of the research protocol designed for the validation project of the CERFB. The different members of a family are involved in a particular way in the multiple family presentations that are associated with EDs as seen in the contributions of the literature, which makes them have a particular view of the situation (Dancyger et al., 2005, 2006; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Maglio & Molina, 2012). The relationship between them can facilitate the understanding of the relational complexity of EDs. The degree of agreement or disagreement in a family is clinically relevant and complementary to the results obtained in this study. This study of the combination of perceptions of the parent-child relationship with the PBI could also be carried out with the CERFB for its greater clinical specificity: the children's perceptions of the parental bond with each

parent could be correlated with mothers' and fathers' perceptions of the parental functions. It could also be extended to the study of the brothers' perceptions (Dimitropoulos et al., 2009; Maglio & Molina, 2012; Wade et al., 2007).

Although the study was intentionally developed in Spanish population, this limits the generalizability of the results to different cultural contexts in which the role of the family, food and eating can be particular (Anastasiadou et al., 2014; Emanuelli et al., 2003). Therefore, considering the present study as part of the whole validation project of the CERFB, it would be interesting to continue working on the development and adaptation of the instrument in different countries and cultural contexts because of the lack of instruments that assess the family in terms of marital and parental functions, with a valid and reliable use guaranteed in the different clinical populations. In this line, the validation of the CERFB in the Italian general population is to be published (Vilaregut et al., 2015).

Finally, the study of the family in EDs should not be limited to the determination of the potential influence of the family environment in EDs or the other way round, the impact of EDs on family relations. In turn, it should be broadened to include the role of the family in the treatment and recovery, which is something that directly affects the development of the treatment for such disorders (Eisler, 2005; Konstantellou et al., 2012). It is imperative that future research examines these family variables using useful instruments and in this line, this study makes an important contribution by providing an instrument in the clinic of EDs, whose contribution may be increased with the proposed future research.

And regardless of the CERFB as it is presented today, a future line of investigation would be related to its adaptation to the new family forms and therefore, to the clinical and non-clinical nowadays' reality, expanding its use. For example,

transforming the evaluation of marital functions in the current version of the CERFB to allow the assessment of post-marital functions in separated or divorced families or even widowed spouses, or considering the specificity of adoptive families, families with children conceived through artificial fertilization techniques or formed by homosexual couples (Linares, 2002).

Theoretical and clinical implications

The present study, which presents adequate psychometric properties for the CERFB and its clinical applicability in EDs in contrast to families without psychopathological diagnosis throughout a guide for its interpretation and discussion with a reference scale of the scores and cut-off points, has important theoretical and clinical implications. The brief and easy use of the instrument, being only necessary 10 minutes, paper and pen to complete it, make it valuable at both levels. It is easily incorporated in an assessment system either among other self-report instruments or in combination with an open or semi-structured clinical interview, for research or clinical aims (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). Likewise, little time is needed to correct and punctuate it. This means there is little cost associated to its use and no specialized competencies are needed for its administration and punctuation. However, a more specific formation is required to take advantage of it in combination with a more refined relational evaluation in psychotherapeutic contexts.

Prior to the development of the instrument, no other measure of family relations, marital and parental functions according to Linares' theory (1996, 2002, 2007, 2012), in EDs has resulted to be valid and reliable. The consistent use of a valid and reliable instrument that specifically assesses family relationships in EDs is necessary to strengthen the knowledge regarding the association between the family and such

disorders. And in particular, regarding the basic family relations theory of Linares (1996, 2007, 2012) to empirically update its validation based on the current clinical reality.

In clinical contexts, the CERFB can be used as a screening instrument in clinical evaluations. It can also be useful in in-depth and specific evaluations for each family. This type of evaluation that does not assume family difficulties in concrete areas is needed due to the conflict in the scientific evidence regarding the clarification of a characteristic family pattern in EDs (Amianto et al., 2013; Eisler, 2005; Holtom-Viesel & Allan, 2014). The CERFB has been designed in this line and it is not enough on its own in the clinical context to get to know the family but it can serve as a guideline and can be combined to capture the particularity of each family. The CERFB contributes to the rigorous evaluation of EDs that allows an accurate diagnosis, which in turn is an effective intervention facilitator (Muñiz, 2015). Moreover, it is especially relevant in EDs given the evidence of the effectiveness of family therapy in adolescents with AN (Cook-Darzens, 2013; Couturier et al., 2013; Dancyger et al., 2013; Downs & Blow, 2013; Eisler, 2005; Smith & Cook-Cottone, 2011; Stiles-Shields et al., 2012), the population with the highest incidence, and promising in BN (Cook-Darzens, 2013; Couturier et al., 2013; Downs & Blow, 2013; Le Grange, 2011; Stiles-Shields et al., 2012), which has led to the incorporation of such intervention in the worldwide clinical guidelines (*Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2006; Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2007; Generalitat de Catalunya, 2001; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Haute Autorité de Santé, 2010; National Institute for Clinical Excellence, 2004; Yager et al., 2012*). Even so, family therapy may not be feasible for several reasons. Still, the assessment with the CERFB can provide guidance for the

family work with the patient. The importance and effectiveness of family interventions stand out in the framework of a multidimensional approach (Ahrén et al., 2013; Onnis et al., 2004; Onnis et al., 2012; Selvini Palazzoli et al., 1999).

Beyond the CERFB's evaluative and discriminative capacity as an instrument in its entirety, the therapeutic team can use the specific responses to the items that compose it to start a dialogue on the parents' perceptions of family relations deepening in them as they are addressed.

In addition, the CERFB can contribute to the predictive evaluation of the treatment outcome as an assessment tool of perceptions of family relationships, being more positive perceptions indicative of better outcome (Holtom-Viesel & Allan, 2014).

Clinically it is important not to forget that the CERFB offers an evaluation of the family from the perspective of the parents. The proposed future studies that aim to combine and study those perceptions with the children's ones, will contribute to the greater specificity of its usefulness in clinical contexts given the relevance of the patients' perceptions (Cooley et al., 2008; Dimitropoulos et al., 2013; Enten & Golan, 2009; Kluck et al., 2014). The perception of the children of family concerns and attitudes related to weight and drive for thinness facilitates the development of ED-related behaviours (Anschutz et al., 2009).

Finally, the greater dysfunction recorded in these families in the publication compared to those in which there is absence of psychopathology in children suggests that the development of family prevention and intervention programs in EDs is required. And this can be enriched by the CERFB, for its potential contributions in research that may favour such development and in the family assessment in EDs. This thesis itself is an example of the nurturing relationship that exists between research and the clinic reality.

7. Conclusiones

7. Conclusiones

Esta tesis presenta los resultados de la validación y determinación de la aplicabilidad clínica del CERFB en familias españolas con un hijo con TCA. Las aportaciones más significativas se resumen a continuación:

1. El CERFB deviene el único instrumento disponible y útil en el diagnóstico relacional a partir de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias con un hijo con TCA en relación a las familias con hijos sin diagnóstico psicopatológico, tanto en contextos clínicos como de investigación.
2. El CERFB en los TCA presenta unas propiedades psicométricas adecuadas y consistentes con las de la versión original en población general española.
3. La prevención e intervención familiar es necesaria en los TCA dada la mayor disfunción registrada en estas familias respecto a las familias no clínicas y el CERFB puede contribuir en su desarrollo por sus potenciales contribuciones en la investigación que lo pueda favorecer y su rigurosidad en la evaluación familiar en los TCA.
4. El CERFB puede ser incluido en los protocolos y guías de promoción, prevención y tratamiento en salud mental para favorecer la evaluación holística considerando la relevancia de las relaciones familiares en los TCA.
5. Las características propias del CERFB y su evidencia empírica favorable a nivel psicométrico alenta la investigación que complemente la validación y aumente la especificidad clínica del CERFB en los TCA. Asimismo, su inclusión en la investigación centrada en el papel de la familia en el tratamiento y la recuperación.

Referencias

- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A. y Neumark-Sztainer, D. (2011). Stability of eating disorder diagnostic classifications in adolescents: five-year longitudinal findings from a population-based study. *Eating Disorders, 19*, 308-322. doi: 10.1080/10640266.2011.584804
- Ahrén, J. C., Chiesa, F., Koupil, I., Magnusson, C., Dalman, C. y Goodman, A. (2013). We are family-parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *International Journal of Eating Disorders, 46*, 693-700. doi: 10.1002/eat.22146
- Alexander, J. y Treasure, J. (Eds.). (2012). *A collaborative approach to eating disorders*. New York: Routledge.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., McLean, N. J. y Davis, E. A. (2008). Overconcern with weight and shape is not the same as body dissatisfaction: evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls. *Body Image, 5*, 261-270. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.03.005
- Allen, K. L., Crosby, R. D., Oddy, W. H. y Byrne, S. M. (2013). Eating disorder symptom trajectories in adolescence: effects of time, participants, sex and early adolescence depressive symptoms. *Journal of Eating Disorders, 1*. doi: 10.1186/2050-2974-1-32
- Allen, K. L., Gibson, L. Y., McLean, N. J., Davis, E. A. y Byrne, S. M. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationships. *Journal of Eating Disorders, 2*. doi: 10.1186/2050-2974-2-11
- Altman, S. E. y Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review, 29*, 638-646. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.001

- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (2014). *The standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amianto, F., Giovanni, A. D., Bertorello, A. y Fassino, S. (2013). Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Comprehensive Psychiatry*, *54*, 797–811. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.005
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepúlveda, A. R. y Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviors*, *15*, 464-477. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.001
- Anschutz, D., Kanters, L., Van Strien, T., Vermulst, A. y Engels, R. (2009). Maternal influences on body dissatisfaction and restrained eating in young children. *International Journal of Eating Disorders*, *42*, 54–61. doi: 10.1002/eat.20569
- Aragona, M., Catapano, R., Loriedo, C. y Alliani, D. (2011). The “psychosomatic” family system: Are families with eating disorders more enmeshed and rigid than normal controls? *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, *4*, 10-15. Recuperado de <http://www.crossingdialogues.com/journal.htm>
- Arcelus, J., Mirchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 724-731. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Areemit, R. S., Katzman, D. K., Pinhas, L. y Kaufman, M. E. (2010). The experience of siblings of adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, *46*,

569–576. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.12.011

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Aspen, V., Weisman, H., Vannucci, A., Nafiz, N., Gredysa, D., Kass, A. E., ... Taylor, C. B. (2014). Psychiatric co-morbidity in women presenting across the continuum of disordered eating. *Eating Behaviors, 15*, 686–693. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.023

Bääck, E. A. (2011). Effects of parental relations and upbringing in troubled adolescent eating behaviors. *Eating Disorders, 19*, 403-424. doi: 10.1080/10640266.2011.609091

Ballús Creus, C. (1991). *Adaptació del Parental Bonding Instrument a la població barcelonesa*. Trabajo de investigación inédito, Escola Professional de Psicologia Clínica, Barcelona.

Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: adjudging model fit. *Personality and Individual Differences, 42*, 815-24. doi:10.1016/j.paid.2006.09.018

Becker, D. F. y Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research, 79*, 159-164. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.01.016

Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S. y Jantschek, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 118–123. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.08.003

Berbel, E., Sepúlveda, A. R., Graell, M., Andres, P., Carrobbles, J. A. y Morandé, G.

- (2010). Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*, 179-192. Recuperado de <http://www.aepp.net/rppc.php?id=63&lang=es>
- Berge, J. M., Wall, M., Larsen, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A. y Neumark-Sztainer, D. (2012). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine, 37*, 205–217. doi: 10.1007/s10865-012-9478-1
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F. y Tafa, M. (2013). Factorial and construct validity of FACES IV among Italian adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 22*, 962-970. doi: 10.1007/s10826-012-9658-1
- Błachno, M., Bryńska, A., Tomaszewicz-Libudzić, C., Jagielska, G., Srebniński, T. y Wolańczyk, T. (2014). The influence of obsessive compulsive symptoms on the course of anorexia nervosa. *Psychiatria Polska, 48*, 429–439. Recuperado de <http://www.psychiatriapolska.pl/>
- Black Dog Institute. (s.f.). *The Parental Bonding Instrument by Professor Gordon Parker*. Recuperado de http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PBI_AnnotatedBibliography.pdf?q=parental-bonding-instrument-pbi
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. y Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine, 68*, 454-462. doi: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5
- Blodgett Salafia, E. H., Gondoli, D. M., Corning, A. F., McEnery, M. M. y Grundy, A. M. (2007). Psychological distress as a mediator of the relation between perceived maternal parenting and normative maladaptive eating among

- adolescent girls. *Journal of Counseling Psychology*, *54*, 434-446. doi: 10.1037/0022-0167.54.4.434
- Blodgett Salafia, E. H., Schaefer, M. K. y Haugen, E. C. (2014). Connections between marital conflict and adolescent girls' disordered eating: parent-adolescent relationship quality as a mediator. *Journal of Child and Family Studies*, *23*, 1128-1138. doi: 10.1007/s10826-013-9771-9
- Blomquist, K. K. y Grilo, C. M. (2015). Family histories of anxiety in overweight Men and women with binge eating disorder: a preliminary investigation. *Comprehensive Psychiatry*. Publicación anticipada en línea. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.07.007
- Bodell, L. P., Joiner, T. E. y Keel, P. K. (2013). Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, *47*, 617-621. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.005
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons.
- Boraska, V., Franklin, C. S., Floyd, J. A., Thornton, L. M., Huckins, L. M., Southam, L., ... Bulik, C. M. (2014). A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry*, *19*, 1085-1094. doi: 10.1038/mp.2013.187
- Bornstein, P.H. y Bornstein, M.T. (1992). *Terapia de pareja: enfoque conductual-sistémico* (2ª ed.; E. Echeburúa y P. de Corral, trad.). Madrid: Pirámide.
- Botella, L. y Graño, N. (2008). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*, *26*, 291-301. Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista>

- Bucchianeri, M. M., Fernandes, N., Loth, K., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2015). Body dissatisfaction: Do associations with disordered eating and psychological well-being differ across race/ethnicity in adolescent girls and boys? *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*. Publicación anticipada en línea. doi: 10.1037/cdp0000036
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: basic concepts, applications and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campbell, I. C., Mill, J., Uher, R. y Schmidt, U. (2011). Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 784–793. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.09.012
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C., Mercadal, L e Ibáñez, N. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44, 311-326. Recuperado de <http://www.ub.edu/psicologia/castellano/anuario-de-psicologia>
- Cancrini, L. (1973). *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanille in Italia*. Milano, Italia: Mondadori.
- Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. A Plan Nacional sobre drogas (Ed.), *Comunidad y drogas*, (pp.45-58). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología*. Paidós: Barcelona.
- Cancrini, L., & Massoni, S. (1993). Hacia la definición de una tipología de la toxicomanía. A IGIA (Ed.), *Estrategias de intervención familiar en drogodependencias*, (pp.3-55). Barcelona: Grup IGIA.

- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. y Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 703-716. doi: 10.1002/jclp.20482
- Cano-Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M. I., Lahortiga-Ramos, F. y García-Granero, M. (2014). Psychometric properties of a Spanish version of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*, 137-144. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Carretero, A., Sánchez, L., Rusiñol, J., Raich, R. M. y Sánchez, D. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, *20*, 145-157. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do>
- Carrobbles, J. A. I. (1989). Adaptación en población española de la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace, 1959. En J. Cáceres Carrasco (1996), *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cella, S., Iannaccone, M. y Cotrufo, P. (2014). How perceived parental bonding affects self-concept and desire for thinness: a community-based study. *Eating Behaviors*, *15*, 110–115. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.10.024
- Claes, L., Fernandez-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Agüerac, Z., Granero, R., Sánchez, I. y Menchón, J. M. (2012). Personality subtypes in male patients with eating disorder: validation of a classification approach. *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 981–987. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.02.001
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Pieters, G. y Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the big five model.

- Journal of Personality Disorders*, 20, 401-416. doi: 10.1521/pedi.2006.20.4.401
- Cohen, J. (2009). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). New York: Psychology Press.
- Cook-Darzens, S. (2013). Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent: acquis, défis et nouvelles perspectives. *Thérapie Familiale*, 34, 39-67. doi: 10.3917/tf.131.0039
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. y Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 1-13. doi: 10.1002/erv.628
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C. y Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9, 52-61. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.03.001
- Costa, D., Luján, M. del, Arca, D. del, Masjuan, N. y Olson, D. H. (2013). Propiedades psicométricas del FACES IV: estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 7, 119-132. Recuperado de <http://ojs.ucu.edu.uy/index.php/portal/>
- Couturier, J., Kimber, M. y Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 3-11. doi: 10.1002/eat.22042
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. y Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342-1346. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09020247

- Cui, M. y Conger, R. D. (2008). Parenting behavior as mediator and moderator of the association between marital problems and adolescent maladjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 18, 261–284. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00560
- Cunha, A., Relvas, A. y Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 229-240. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- 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, 135-139. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.07.024
- Dancyger, I., Fornari, V. y Sunday, S. (2006). What may underlie differing perceptions of family functioning between mothers and their adolescent daughters with eating disorders? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18, 281-286. doi: 10.1515/IJAMH.2006.18.2.281
- Dancyger, I., Krakower, S. y Fornari, V. (2013). Eating disorders in adolescents: review of treatment studies that include psychodynamically informed therapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22, 97-117. doi: 10.1016/j.chc.2012.08.006
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. (2003). *Estratègies de salut per a l'any 2010. Pla de salut de Catalunya 2002-2005*. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/anys_anteriors/pla_de_salut_de_catalunya_2002-2005/
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. (2007). *Trastorns del comportament alimentari: Guia per a l'atenció primària de salut*. Recuperado de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut

/professionals/temes_de_salut/salut_alimentaria/documents/arxiu
/anore2007.pdf

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. (2010). *Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut. 1a part*. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/pla_de_salut_de_catalunya_a_lhoritzo_2010/informe_de_salut_a_catalunya_avaluacio_dels_objectius_de_salut/mes_informacio/0_pla_de_salut_de_catalunya_a_lhoritzo2010_1a_part_tot.pdf

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. (2006). *Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña*. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_rgspain_es.pdf

Diamantopoulos, A. y Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL: a guide for the uninitiated*. London: Sage Publications.

Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K. y Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: non-shared experiences and family functioning. *European Eating Disorders Review*, 21, 284–293. doi: 10.1002/erv.2230

Dimitropoulos, G., Klopfer, K., Lazar, L. y 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

Doba, K. y Nandrino, J. L. (2010). Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychologie française*, 55, 355–371. doi: 10.1016/j

.psfr.2010.10.001

- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A. y Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys? *Journal of Adolescent Health, 44*, 111-117. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.07.019
- Duclos, J., Vibert, S., Mattar, L. y Godart, N. (2012). Expressed emotion in families of patients with eating disorders: a review of the literature. *Current Psychiatry Reviews, 8*, 183-202. doi: 10.2174/157340012800792975
- Downs, K. J. y Blow, A. J. (2013). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. *Journal of Family Therapy, 35*, S3-S28. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00566.x
- Doyle, A. B. y Markiewicz, D. (2005). Parenting, marital conflict, and adjustment from early- to mid-adolescence: Mediated by adolescent attachment style? *Journal of Youth and Adolescence, 34*, 97-110. doi: 10.1007/s10964-005-3209-7
- Eddy, K. T., Celio Doyle, A., Hoste, R. R., Herzog, D. B. y Le Grange, D. (2008). Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*, 156-164. doi: 10.1097/chi.0b013e31815cd9cf
- Edelstein, G., Faus, G., Martínez, F., Menéndez, M., Paino, M. y Puig, E. (1994). *Parentalidad y Conyugalidad en las relaciones familiares básicas: validación de la escala y comparación entre población "normal" y población "patológica"*. (Tesis de maestría no publicada). Escola de Teràpia Familiar de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Dr. Robert, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy,*

27, 104-131. doi: 10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x

Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Watkins, B., Lask, B. y Waller, G. (2003).

Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions.

Eating Behaviors 4, 27–39. doi:10.1016/S1471-0153(02)00097-1

Enten, R. S. y Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology.

Appetite, 52, 784–787. doi: 10.1016/j.appet.2009.02.013

Erol, A., Yazici, F. y Toprak, G. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder.

Comprehensive Psychiatry, 48, 47-50. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.05.004

Espina, A., Ochoa de Alda, I. y Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of

daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 11, 349-

362. doi: 10.1002/erv.530

Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality.

British Journal of Psychiatry, 198, 8-10. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083881

Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating

disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and*

Therapy, 41, 509–528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Fältdt, E. B. (2008). Exploring experience of family relations by patients with anorexia

nervosa and bulimia nervosa using a projective family test. *Psychological*

Reports, 103, 231-242. doi: 10.2466/PRO.103.1.231-242

Fassino, S., Amianto, F., Rocca, G. y Giovanni, A. D. (2010). Parental bonding and

eating psicopathology in bulimia nervosa: personality traits as possible

mediators. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 214-222. doi: 10.1017

/S1121189X00001147

Ferguson, C. J., Muñoz, M. E., Garza, A. y Galindo, M. (2013). Concurrent and

- prospective analyses of peer, television and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 1-14. doi: 10.1007/s10964-012-9898-9
- Ferguson, C. J., Muñoz, M. E., Winegard, B. y Winegard, B. (2012). The influence of heritability, neuroticism, maternal warmth and media use on disordered eating behaviors: a prospective analysis of twins. *Psychiatric Quarterly*, 83, 353–360. doi: 10.1007/s11126-012-9205-7
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Monteleone, A. M., Di Maso, V., ... Maj, M. (2015). Development and Validation of the Family Coping Questionnaire for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 298–304. doi: 10.1002/eat.22367
- Fisher, M., Gonzalez, M. y Malizio, J. (2015). Eating disorders in adolescents: How does the DSM-5 change the diagnosis? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. Publicación anticipada en línea. doi: 10.1515/ijamh-2014-0059
- Folse, V. N. (2007). The Family Experience with Eating Disorders Scale: psychometric analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 210–221. doi:10.1016/j.apnu.2007.04.003
- Folse, V. N. y Krawzak, K. M. (2013). Family Experience with Eating Disorders Scale: a systematic way to engage the family in treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, 269-277. doi: 10.1111/ppc.12016
- Fortesa, K. y Ajete, K. (2014). Family Influence on Disordered Eating Behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 314 – 318. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.379
- Fosse, G. K. y Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric

- outpatients with eating disorders. *Eating Behaviours*, 7, 404–409. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.12.006
- Franco, K., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Escoto, M. C. y Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia psicológica*, 31, 219-225. doi: 10.4067/S0718-48082013000200008
- Garner, D. M. (2010). *EDI-3, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3, Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gaudio, S. y Di Ciommo, V. (2011). Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73, 769-774. doi: 10.1097/PSY.0b013e318235b9b5
- Generalitat de Catalunya. (2001). *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns del comportament alimentari: Anorèxia i bulímia nervioses*. Recuperado de <http://www.xtec.cat/monografics/edsalut/anorexia.pdf>
- George, M. W., Fairchild, A. J., Cummings, E. M. y Davies, P. T. (2014). Marital conflict in early childhood and adolescent disordered eating: emotional insecurity about the marital relationship as an explanatory mechanism. *Eating Behaviors*, 15, 532–539. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.006
- George, D. y Mallery, M. (2003). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference, 11.0 update (4ª ed.)*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Gil, E., Ortiz, T. y Fernández, M. L. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención Primaria*, 39, 7-13. doi: 10.1157/13098270
- Giovanni, A. D., Gramaglia, C., Bailer, U., Bergese, S., Marzola, E. y Fassino, S. (2011). Major depression and avoidant personality traits in eating disorders.

- Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 319–320. doi: 10.1159/000324761
- Giovanni, A. D., Gramaglia, C., Marzola, E., Amianto, F., Zuccolin, M. y Fassino, S. (2011). Eating disorders and major depression: role of anger and personality. *Depression Research and Treatment*, 2011. doi: 10.1155/2011/194732
- Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., ... Fermanian, J. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117, 245-258. doi: 10.1016/S0165-1781(03)00038-6
- Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., ... Flament, M. F. (2015). Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of Affective Disorders*, 185, 115–122. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.039
- Gómez, J. J., Irigoyen, A., Ponce, E. R., Mazón, J. J., Dickinson, M. E., Sánchez, M. E. y Fernández, M. A. (1999). Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). *Archivos en Medicina Familiar*, 1, 73-79.
- Gonçalves, J. A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. M. y Fiates, G. M. R. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*, 31, 96-103. Recuperado de <http://www.rpped.com.br/>
- González, N., Abad, J. y Lévy, J. P. (2006). Normalidad y otros supuestos en análisis de covarianzas. En J. P. Lévy (dir.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales* (pp. 119-143). España: Netbiblo.
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S. y John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet

- questionnaires. *American Psychologist*, *59*, 93-104. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.93
- Gracia, M. de, Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, *19*, 646-653. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Granello, D. H. y Wheaton, J. E. (2004). Online data collection: strategies for research. *Journal of Counseling & Development*, *82*, 387-393. doi: 10.1002/j.1556-6678.2004.tb00325.x
- Grilo, C. M., White, M. A. y Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *42*, 228–234. doi:10.1002/eat.20599.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Harden, K. P., Mendle, J. y Kretsch, N. (2012). Environmental and genetic pathways between early pubertal timing and dieting in adolescence: distinguishing between objective and subjective timing. *Psychological Medicine*, *42*, 183–193. doi: 10.1017/S0033291711000961
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M. y Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on

- eating disorder symptoms: a meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, 33, 168-181. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.011
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale: prise en charge*. Recuperado de http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf
- Herraiz-Serrano, C., Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Latorre-Postigo, J. M., Rojo-Moreno, L. y Vaz-Leal, F. J. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 91-98. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/>
- Hibberts, M., Johnson, R. B. y Hudson, K. (2012). Common Survey Sampling Techniques. En L. Gideon (Ed.), *Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences* (pp. 53-74). doi: 10.1007/978-1-4614-3876-2_5
- 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, 29-43. doi: 10.1016/j.cpr.2013.10.005
- Hooper, D., Coughlan, J. y Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60. Recuperado de <http://www.ejbrm.com>
- Hooper, A. y Dallos, R. (2012). Fathers and daughters: their relationship and attachment themes in the shadow of an eating disorder. *Contemporary Family Therapy*, 34, 452-467. doi: 10.1007/s10591-012-9204-8
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E. y Zalsman, G. (2015). Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30, 114-20. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.04.004

- Hoyle, R. H. y Isherwood, J. C. (2013). Reporting results from structural equation modeling analyses in Archives of Scientific Psychology. *Archives of Scientific Psychology, 1*, 14-22. doi: 10.1037/arc0000004
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Huemer, J., Haidvogel, M., Matthejat, F., Wagner, G., Nobis, G., Fernandez-Aranda, F., ... Karwautz, A. F. (2012). Perception of autonomy and connectedness prior to the onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a retrospective study in sister pairs discordant for an eating disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40*, 61–68. doi: 10.1024/1422-4917/a000150
- Hunter, L. (2012). Challenging the reported disadvantages of e-questionnaires and addressing methodological issues of online data collection. *Nurse researcher, 20*(1), 11-20. doi: 10.7748/nr2012.09.20.1.11.c9303
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema, 24*, 489-494. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Ibáñez, N., Muñoz, D., Ortega, M. y Soriano, J. (2006). Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y trastorno límite de la personalidad asociado. *Revista trastornos de la conducta alimentaria, 2*, 197-231. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=7234>
- Jackson, D. L., Gillaspay, J. A. y Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in

- confirmatory factor analysis: an overview and some recommendations.
American Psychological Association, 14, 6-23. doi: 10.1037/a0014694
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (2011). Who's really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41, 1939–1949. doi: 10.1017/S0033291710002631
- Jáuregui, I., Bolaños, P. y Garrido, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 728–735. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01723.x
- Jáuregui, I., Santiago, M. J. y Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria*, 41, 201–206. doi: 10.1016/j.aprim.2008.06.002
- Jiménez-Cruz, B. E. y Silva-Gutiérrez, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26, 11-17. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/index>
- Jones, C. J., Leung, N. y Harris, G. (2006). Father–daughter relationship and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 319–330. doi: 10.1348/014466505X53489
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2001). LISREL 8.5 for Windows [Software informático]. Skokie, IL: Scientific Software International, Inc.
- Józefik, B. (2012). Disordered eating among mothers of Polish patients with eating disorders. *International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 18, 758-764. doi: 10.12659/MSM.883605
- Józefik, B., Pilecki, M. W. y Matusiak, F. (2014). Mutual assessment of their marital

- relationship by parents of female patients with eating disorders. *Psychiatria Polska*, 48, 809-822. Recuperado de <http://www.psychiatriapolska.pl/>
- Karwautz, A. F., Wagner, G., Waldherr, K., Nader, I. W., Fernandez-Aranda, F., Estivill, X., ... Treasure, J. L. (2011). Gene–environment interaction in anorexia nervosa: relevance of non-shared environment and the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry*, 16, 590–592. doi: 10.1038/mp.2010.125
- Keel, P. K. y Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129, 747–769. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.747
- Keszei, A. P., Novak, M. y Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 319-323. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.006
- Kluck, A. (2008). Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9, 471–483. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.07.006
- Kluck, A. S., Carriere, L., Dallesasse, S., Bvunzawabaya, B., English, E., Cobb, M., ... Fry, D. (2014). Pathways of family influence: alcohol use and disordered eating in daughters. *Addictive Behaviors*, 39, 1404–1407. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.05.015
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. y Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 97-103. doi: 10.1002/eat.20589
- Klump, K. L., Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M. y Iacono, W. G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: an adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 797–805. doi: 10.1037/a0017204

- Konstantellou, A., Campbell, M. y Eisler, I. (2012). The family context: cause, effect or resource. En J. Alexander y J. Treasure (Eds.), *A collaborative approach to eating disorders* (pp. 5-18). London: Routledge.
- Kuek, A., Utpala, R. y Lee, H. Y. (2015). The clinical profile of patients with anorexia nervosa in Singapore: a follow-up descriptive study. *Singapore Medical Journal*, *56*, 324-328. doi: 10.11622/smedj.2015090
- Kyriacou, O., Treasure, J. y Schmidt, U. (2008). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: an examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, *41*, 37-46. doi: 10.1002/eat.20469
- Lampis, J., Agus, M. y Cacciarru, B. (2014). Quality of family relationships as protective factors of eating disorders: an investigation amongst Italian teenagers. *Applied Research Quality Life*, *9*, 309–324. doi 10.1007/s11482-013-9234-x
- Latzer, Y., Lavee, Y. y Gal, S. (2009). Marital and parent–child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, *30*, 1201-1220. doi: 10.1177/0192513X09334599
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., ... Le Grange, D. (2013). Personality-based subtypes of anorexia nervosa: examining validity and utility using baseline clinical variables and ecological momentary assessment. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 512-517. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.007
- Le Grange, D. (2011). Family-based treatment for bulimia nervosa. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: a clinical handbook* (pp. 291–304). NewYork: Guilford Press.

- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. y Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1–5. doi: 10.1002/eat.20751
- León, O.G. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill
- Lilenfeld, L. R. R., Ringham, R., Kalarchian, M. A. y Marcus, M. D. (2008). A family history study of binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 247-254. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.10.001
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18, 381-399.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- Lock, J. y Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Loeb, K. L. y Le Grange, D. (2009). Family-based treatment for adolescent eating disorders: current status, new application and future directions. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 1, 243-254. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/about/public-access/>
- López, C., Herrero, O. y Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*,

25(99), 69-81.

- López-Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. (Dir.). (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Loth, K., Wall, M., Choi, C. W., Bucchianeri, M., Quick, V., Larson, N. y Neumark-Sztainer, D. (2015). Family meals and disordered eating in adolescents: are the benefits the same for everyone? *International Journal of Eating Disorders*, 48, 100-110. doi: 10.1002/eat.22339
- Ma, J. L. C. (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
- MacCallum, R. C., Browne, M. W. y Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-49. doi: 10.1037/1082-989X.1.2.130
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. y Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217. doi: 10.1002/eat.20358
- Magallón-Neri, E., González, E., Canalda1, G., Forns, M., Fuente, J. E. de la, Martínez, E., ... Castro-Fornieles, J. (2013). Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 22, 176-184. 10.1002/erv.2268
- Maglio, A. L. y Molina, M. F. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 1-10. Recuperado de <http://journals>

.iztacala.unam.mx/

Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*.

Madrid: Síntesis.

Martinez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family

Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health*

Psychology, 6, 317-338. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>

McElroy, S. L., Frye, M. A., Helleman, G., Altshuler, L., Leverich, G. S., Suppes, T.,

... Post, R. M. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in 875

patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 128, 191-198. doi:

10.1016/j.jad.2010.06.037

Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A. y Obiols, J. E. (2011). Further

development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 190, 291-296.

doi: 10.1016/j.psychres.2011.06.011

Mercadal, L., Vilaregut, A., Campreciós, M. y Virgili, C. (junio, 2013). *Las Relaciones*

Familiares Básicas en familias con un hijo drogodependiente. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional Relaciones, la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas, Transitando por el ciclo vital: crisis evolutivas de las familias, Bilbao, España.

Micali, N., Hilton, K., Natatani, E., Heyman, I., Turner, C. y Mataix-Cols, D. (2011). Is

childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 41, 2507-2513. doi: 10.1017

/S003329171100078X

Miller, M. N. y Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and

- cross-cultural review. *Psychiatry*, 64, 93–110. doi: 10.1521/psyc.64.2.93.18621
- Miller-Day, M. y Marks, J. D. (2006). Perceptions of parental communication orientation, perfectionism, and disordered eating behaviours of sons and daughters. *Health Communication*, 19, 153-163. doi: 10.1207/s15327027hc1902_7
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013*. Recuperado de <http://www.msps.es/>
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar* (2ª ed.). Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L. y Todd, T. G. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness: family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260095008
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós: Madrid.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S. y Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health*, 14. doi:10.1186/1471-2458-14-943
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Muñiz (1994). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (2015). “Nuestro objetivo es intentar que los tests sean de calidad y se usen de forma adecuada”/Entrevista de INFOCOP. *INFOCOP*, 68, 7-10.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles

- sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/>
- Mushquash, A. R. y Sherry, S. B. (2013). Testing the perfectionism model of binge eating in mother–daughter dyads: a mixed longitudinal and daily diary study. *Eating Behaviors*, 14, 171–179. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.02.002
- Nakai, Y., Fukushima, M., Taniguchi, A., Nin, K. y Teramukai, S. (2013). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders in a Japanese sample. *European Eating Disorders Review*, 21, 8–14. doi: 10.1002/erv.2203
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. CG9. London: NICE.
- Nieto, E., Casado, A., García, C. y Peláez, L. (2008). *Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf
- Nøkleby, H. (2012). Comorbid drug use disorders and eating disorders: a review of prevalence studies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29, 303-314. doi: 10.2478/v10199-012-0024-9
- Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., Araguz, N., ... Fernández-Aranda, F. (2012). Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality? *European Eating Disorders Review*, 20, 23-31. doi: 10.1002/erv.1146
- Olson, D.H. (1995). *Family satisfaction scale*. Minneapolis, Minnesota: Life Innovations.

- Olson, D. H., Bell, R. Q. y Portner, J. (1978). *FACES: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Paidós: Barcelona.
- Onnis, L. (1997). *La palabra del cuerpo: psicósomática y perspectiva sistémica*. Herder: Barcelona.
- Onnis, L., Barbara, E., Bernardini, M., Caggese, A., Di Giacomo, S., Giambartolomei, A., ... Vietri, A. (2012). Family relations and eating disorders. The effectiveness of an integrated approach in the treatment of anorexia and bulimia in teenagers: results of a case-control systemic research. *Eating and Weigh Disorders*, 17, 36-48. doi: 10.1007/BF03325326
- Onnis, L., Mulè, A. M. y Vietri, A. (2004). Anorexia y bulimia: nuevas tendencias desde la óptica sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 15(58/59), 75-91.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, DL.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5th ed.). England: McGraw-Hill.
- Pallister, E. y Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366–386. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.001
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta

- alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 229-247. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Paulson-Karlsson, G., Engstrom, 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*, 17, 72–88. doi:10.1080/10640260802570130
- Peláez, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 62-75. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>
- Penelo, E., Viladrich, C. y Domènech, J. M. (2010). Perceived parental rearing style in childhood: internal structure and concurrent validity on the Egnä Minnen Beträffande Uppfostran—Child Version in clinical settings. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 434-442. doi:10.1016/j.comppsy.2009.08.003
- Perkins, P. S., Slane, J. D. y Klump, K. L. (2013). Personality clusters and family relationships in women with disordered eating symptoms. *Eating Behaviors*, 14, 299–308. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.007
- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H. y Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9, 13–24. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.01.007
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T. y Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38, 1443-1453. doi:10.1017/S0033291707002310
- Pilecki, M. W. y Józefik, B. (2013). Perception of transgenerational family

- relationships: comparison of eating-disordered patients and their parents. *Medical Science Monitor*, 19, 1114-1124. doi: 10.12659/MSM.889432
- Pilecki, M. W., Józefik, B. y Sałapa, K. (2013). The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders. *Psychiatria Polska*, 47, 385-393. Recuperado de <http://www.psychiatriapolska.pl/>
- Pilecki, M. W., Józefik, B. y Sałapa, K. (2014). Correlations between the perception of family functioning by patients with eating disorders and their parents and the perception of relations in the parents' families of origin. *Psychiatria Polska*, 48, 789-808. Recuperado de <http://www.psychiatriapolska.pl/>
- Presnell, K., Stice, E., Seidel, A. y Madeley, M. C. (2009). Depression and eating pathology: prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 357-365. doi: 10.1002/cpp.630
- Preti, A., Girolamo de, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. de, Bruffaerts, R., ... The ESEMED-WMH Investigators. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMED-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/>
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. y Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25, 212-223. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003
- Quiles, Y., Quiles, M. J., Pamies, L., Botella, J. y Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 28, 199-

206. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.03.005

Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A. y Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 426-430. doi: 10.1097/YCO.0000000000000113

Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B. y Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders.

International Journal of Eating Disorders, 46, 801-809. doi: 10.1002/eat.22176

Rein, Z., Duclos, J., Perdereau, F., Curt, F., Apfel, A., Wallier, J., ... Godart, N. (2011).

Expressed emotion measure adaptation into a foreign language. *European Eating Disorders Review*, 19, 64-74. doi: 10.1002/erv.1008

Rein, Z., Perdereau, F., Curt, F., Jemmet, P., Fermanian, J. y Godart, N. (2006).

Expressed emotion and anorexia nervosa: the validation of the Five Minute Speech Sample in reference to the Camberwell Family Interview. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 217-223. doi: 10.1002/eat.20245

Rial, A., Varela, J., Abalo, J. y Lévy, J. P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En

J. P. Lévy (dir.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales* (pp. 119-143). España: Netbiblo.

Ringer, F. y Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of

hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130. doi: 10.1002/erv.761

Rodríguez, L. y Vaz, F. J. (2005). Assessment of expressed emotion in families of patients with eating disorders: using the Camberwell Family Interview on a Spanish sample. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 359-365.

Root, T. L., Thornton, L. M., Lindroos, A. K., Stunkard, A. J., Lichtenstein, P.,

- Pedersen, N. L., Rasmussen, S. y Bulik, C. M. (2010). Shared and unique genetic and environmental influences on binge eating and night eating: a Swedish twin study. *Eating Behaviors, 11*, 92–98. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.10.004
- Rozenstein, M. H., Latzer, Y., Stein, D. y Eviatar, Z. (2011a). Perception of emotion and bilateral advantage in women with eating disorders, their healthy sisters, and nonrelated healthy controls. *Journal of Affective Disorders, 134*, 386–395. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.009
- Rozenstein, M. H., Latzer, Y., Stein, D. y Eviatar, Z. (2011b). Neuropsychological psychopathology measures in women with eating disorders, their healthy sisters, and nonrelated healthy controls. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 587–595. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.01.006
- psicpatologia pares Ruíz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L. y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica, 9*, 447-455. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M. y Trujillo, E. M. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud, 20*, 169-177. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/index.html>
- 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*, 45-57. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/>
- Russell, G. F. M., Szumkler, G. I., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An evaluation of family

- therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800240021004
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517.
- Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Chaucer.
- Selvini Palazzoli, M, Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós: Barcelona.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós: Barcelona.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Pellegrin, Y., Andrés, P., Graell, M., Carrobles, J. A. y Morandé, G. (2014). Impact of caregiving experience on mental health among caregivers: a comparison of eating disorder patients with purging and non-purgins behaviors. *European Eating Disorders Review*, 19, 31-39. doi: 10.1007/s40519-013-0064-5
- Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D., Río, A.M. del y Graell, M. (2012). The Spanish validation of the Level of Expressed Emotion for relatives of people with eating disorders. *Spanish Journal of Psychology*, 15, 825-839. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38894
- Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F. y Graell, M. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26, 321-327.
- Recuperado de <http://www.psicothema.com/>

- Sepúlveda, A. R., Kyriacou, O. y Treasure, J. (2009). Development and validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *BMC Health Services Research*, 9. doi:10.1186/1472-6963-9-171
- Sepúlveda, A. R., Whitney, J., Hankins, M. y Treasure, J. (2008). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6. doi: 10.1186/1477-7525-6-28
- Sibeoni, J., Khiar Zerrouk, A., Orri, M., Lachal, J., QUALIGRAMH, Moro, M. R., Revah-Levy, A. (2014). Nourriture et relations familiales chez des adolescents avec et sans anorexie mentale: une étude qualitative par Photo-elicitation. *Annales Médico-Psychologiques* 172, 708–713. doi: 10.1016/j.amp.2013.10.006
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M. y Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 531–539. doi: 10.1002/eat.20654
- Slane, J. D., Klump, K. L., Donnellan, M. B., McGue, M. y Iacono, W. G. (2013). The dysregulated cluster in personality profiling research: longitudinal stability and associations with bulimic behaviors and correlates. *Journal of Personality Disorders*, 27, 337-358. doi:10.1521/pedi_2013_27_091
- Slater, A. y Tiggemann, M. (2014). Media matters for boys too! The role of specific magazine types and television programs in the drive for thinness and muscularity in adolescent boys. *Eating behaviors*, 15, 679-682. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.002
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and

- outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 543–548. doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldenhinkel, A. J. y Hoek, H. W. (2014). Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 610-619. doi: 10.1002/eat.22316
- Smith, A. y Cook-Cottone, C. (2011). A review of family therapy as an effective intervention for anorexia nervosa in adolescents. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 323-334. doi: 10.1007/s10880-011-9262-3
- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 177-195. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Vandereycken, W., Luyten, P., Sierens, E. y Goossens, L. (2008). Perceived parental psychological control and eating disordered symptoms: maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 144-152. doi: 10.1097/NMD.0b013e318162aabf
- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24, 384-389. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28. doi: 10.2307/350547
- Starcevic, V. y Brakoulias, V. (2014). New diagnostic perspectives on obsessive compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 62–67. doi: 10.1097/YCO.0000000000000030

- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences, 42*, 893-98. doi:10.1016/j.paid.2006.09.017
- Stewart, D., Barnes, J., Cote, J., Cudeck, R. y Malthouse, E. (2001). Factor analysis. *Journal of Consumer Psychology, 10*, 75–82. doi: 10.1207/S15327663JCP1001&2_07
- Stice, E., Ng, J. y Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 518–525. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x
- Stiles-Shields, C., Hoste, R. R., Doyle, P. M. y Le Grange, D. (2012). A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. *Reviews on Recent Clinical Trials, 7*, 133-140. doi: 10.2174/157488712800100242
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C. y Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders, 40*, S46-S51. doi: 10.1002/eat.20429
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 68*, 714-723. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22
- Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D., Yellowlees, A., Park, K. y Taylor, L. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review, 18*, 22–32. doi: 10.1002/erv.967

- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. y Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*, 118-131. doi: 10.1177/0004867411432071
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Tasca, G. A. y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, *47*, 710-717. doi: 10.1002/eat.22302
- Tasca, G. A., Maxwell, H., Bone, M., Trinneer, A., Balfour, L. y Bissada, H. (2012). Purging disorder: psychopathology and treatment outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 36-42. doi: 10.1002/eat.20893
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L. y Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: a systematic review. *Eating Behaviors*, *15*, 49-59. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.008
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L. y Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 170-180. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01825.x
- Trujano, P., Gracia, M. de, Nava, C., Marcó, M. y Limón, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, *22*, 581-586. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Tseng, M. C., Gau, S. S., Tseng, W. L., Hwu, H. G. y Lee, M. B. (2014). Co-occurring eating and psychiatric symptoms in Taiwanese college students: effects of

- gender and parental factors. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 224-237. doi: 10.1002/jclp.22014
- Tucci, S. y Peters, J. (2008). Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema*, 20, 521-524. Recuperado de Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27, 38-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Van Furth, E. F., van Strien, D. C., van Son, M. J. y van Engeland, H. (1993). The validity of the Five-Minute Speech Sample as an index of Expressed Emotion in parents of eating disorder patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1253-126. doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb01786.x
- Vara, E., Pons, R., Lajara, F., Mónica, S., Parrón, L. y Porras, R. (2011). Influencia de los hábitos de la población adolescente sobre la autoimagen y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 13, 387-396. doi: 10.4321/S1139-76322011000300005
- Vázquez, R., Ruíz, A. O., Álvarez, G., Mancilla, J. M. y Tena, A. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 18, 105-117.
- Vilaregut, A., Callea, A., Coletti, M., Campreciós, M., Mercadal, L. y Mateu, C. (2015). *Psychometric properties and validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) in Italian population*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Wade, T. D., Gillespie, N. y Martin, N. G. (2007). A comparison of early life events

- amongst monozygotic twin women with lifetime anorexia nervosa, bulimia nervosa or major depression. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 679-686. doi: 10.1002/eat.20461
- Walsh, B. T. y Sysko, R. (2009). Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 754-764. doi: 10.1002/eat.20722
- Warren, C. S., Schoen, A. y Schafer, K. J. (2010). Media internalization and social comparison as predictors of eating pathology among latino adolescents: the moderating effect of gender and generational status. *Sex Roles*, 63, 712-724. doi: 10.1007/s11199-010-9876-1
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F. y Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136.
- Whitney, J. B., Haigh, R., Weinman, J. y Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 413-428. doi: 10.1348/014466507X173781
- Worthington, R. L. y Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: a content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34, 806-838. doi: 10-1177/0011000006288127
- Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell III, J. E., Powers, P. y Zerbe, K. J. (2012). *Guideline watch (August 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition*. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Recuperado de http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf
- Yahav, R. y Sharlin, S. A. (2000). The symptom-carrying child as a preserver of the

family unit. *Child and Family Social Work*, 5, 353-364. doi: 10.1046/j.1365-2206.2000.00175.x

Zachrisson, H. D. y Skarderud, F. (2010). Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97-106. doi: 10.1002/erv.999.

Zubatsky, M., Berge, J. y Neumark-Sztainer, D. (2015). Longitudinal associations between parenting style and adolescentdisordered eating behaviors. *Eating and Weight Disorders*, 20, 187-94. doi: 10.1007/s40519-014-0154-z

Apéndice

Apéndice A
Resúmenes
Resumen en Castellano

El objetivo principal de esta tesis es validar y determinar la aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las relaciones Familiares Básicas (CERFB) en familias españolas con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Dicho estudio permite, por un lado, contribuir en el proceso de acumulación de evidencias en torno al CERFB en una población clínica particular y por otro, dar respuesta a la necesidad identificada de la especificidad de instrumentos que evalúen la familia en los TCA. El CERFB es el primer instrumento desarrollado teóricamente, construido y validado en población general española que evalúa simultáneamente la conyugalidad y la parentalidad, dos funciones familiares básicas según la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares. Los TCA son de una incidencia y severidad crecientes que los sitúa como un problema importante de salud pública en España.

La muestra total del estudio está constituida por 344 parejas como unidad familiar (N = 688 participantes); 169 familias grupo clínico con un hijo con TCA y 175 familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico.

Los resultados indican que el CERFB presenta unas propiedades psicométricas adecuadas en los TCA y consistentes en relación a la versión original en población general española. El análisis factorial confirmatorio presenta la validez del modelo bifactorial que emergió de los resultados exploratorios en población general y que sustenta a su vez la teoría de Linares, al demostrar un ajuste aceptable de éste a los datos de las familias clínicas. Complementan la validez de constructo las correlaciones que reportan la validez convergente entre el CERFB y dos medidas ampliamente utilizadas en la investigación y la clínica para evaluar las relaciones familiares, en concreto, el

ajuste diádico y el vínculo parental: correlaciones positivas y significativas entre las escalas Conyugalidad y Ajuste Diádico de la *Dyadic Adjustment Scale* ($r(223) = .78, p < .001$) y Parentalidad y Cuidado del *Parental Bonding Instrument* ($r(233) = .45, p < .001$), y una correlación negativa y significativa entre las escalas Parentalidad y Sobreprotección del *Parental Bonding Instrument* ($r(226) = -.21, p = .001$). Además, el acuerdo intraconyugal e intraparental que recogen las correlaciones significativas positivas de las percepciones de los cónyuges y los padres y madres de las familias clínicas de ambas funciones, sugiere una evaluación de la misma realidad. El análisis de la consistencia interna del CERFB mediante el coeficiente alfa de Cronbach demostró homogeneidad entre los ítems de cada escala: Conyugalidad ($\alpha = .90$) y Parentalidad ($\alpha = .76$). Es alentador que el CERFB mantenga unas propiedades psicométricas adecuadas en su primer uso expandido a la población clínica de cara a la continuación del proceso psicométrico. Se proporcionan los baremos de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB en los TCA: la baremación en percentiles de las puntuaciones totales directas permite comparar puntuaciones del CERFB de familias con un hijo con TCA y la baremación en percentiles de las puntuaciones totales en base 10 y tipificadas permite comparar las puntuaciones de ambas escalas de las mismas familias clínicas y al mismo tiempo, la interpretación de las puntuaciones del CERFB en los TCA en relación a las puntuaciones en base 10 y tipificadas de otros instrumentos. Dicha baremación acompaña los resultados relativos a la capacidad evaluativa y discriminativa del CERFB de la mayor disarmonía conyugal y deterioro de la parentalidad de las familias clínicas respecto a las familias grupo control a partir del punto de corte de 55 para Conyugalidad y de 42 para Parentalidad, y en su conjunto, permiten interpretar las puntuaciones de las familias objeto de estudio. Los resultados comparativos entre ambos grupos de familias que encajan con la consideración de Linares de menor funcionalidad relacional en las

familias con un hijo con TCA respecto a las familias con capacidad de nutrición relacional plena, convergen a su vez con la literatura científica reciente en la misma línea.

En conclusión, se desprende del conjunto de resultados de esta tesis la posibilidad de utilizar el CERFB en el diagnóstico relacional a partir de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias con un hijo con TCA y en relación a las familias con hijos sin diagnóstico psicopatológico tanto en contextos clínicos como de investigación. Es valiosa la brevedad y facilidad tanto de administración y respuesta, siendo sólo necesarios 10 minutos, papel y bolígrafo, como de corrección del instrumento. Facilita su inclusión en sistemas de evaluación, ya sea entre otros instrumentos autoadministrados o en combinación con la entrevista clínica abierta o semiestructurada. El uso consistente de un instrumento válido y fiable que evalúe la familia en los TCA de forma específica es necesario a nivel teórico para fortalecer el conocimiento en relación a la temática. Y, en particular, en relación con la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares para actualizar su validación a nivel empírico en base a la clínica actual. La mayor disfunción registrada en estas familias en comparación con aquellas en las que hay ausencia de psicopatología sugiere el desarrollo de programas de prevención e intervención familiar en los TCA, cuya tarea se puede ver enriquecida del CERFB. Se destacan y discuten algunas limitaciones, principalmente, metodológicas, para la interpretación adecuada de estas aportaciones y se presentan futuras vías de investigación que permiten expandir y especificar la utilidad del CERFB en población general y clínica.

Apéndice A

Resúmenes

Resumen en catalán

L'objectiu principal d'aquesta tesi és validar i determinar l'aplicabilitat clínica del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB) en famílies espanyoles amb un fill amb trastorn de la conducta alimentària (TCA). Aquest estu permet, per una banda, contribuir en el procés d'acumulació d'evidències al voltant del CERFB en una població clínica particular, i per altra banda, donar resposta a la necessitat identificada de l'especificitat d'instruments que avaluin la família en els TCA. El CERFB és el primer instrument desenvolupat teòricament, construït i validat en població general espanyola que avalua simultàniament la conjugalitat i la parentalitat, dues funcions familiars bàsiques segons la teoria de les relacions familiars bàsiques de Linares. Els TCA són d'una incidència i severitat creixent que els situa com un problema important de salut pública a Espanya.

La mostra total de l'estudi està constituïda per 344 parelles com a unitat familiar (N = 688 participants); 169 famílies grup clínic amb un fill amb TCA i 175 famílies grup control sense diagnòstic psicopatològic.

Els resultats indiquen que el CERFB presenta unes propietats psicomètriques adequades en els TCA y consistents en relació a la versió original en població general espanyola. L'anàlisi factorial confirmatori presenta la validesa del model bifactorial que va emergir dels resultats exploratoris en població general i que subjecten al mateix temps la teoria de Linares, demostrant un ajust acceptable d'aquest a les dades de les famílies clíniques. Complementen la validesa de constructe les correlacions que reporten la validesa convergent entre el CERFB i dues mesures àmpliament utilitzades en la investigació i la clínica per avaluar les relacions familiars bàsiques, concretament,

L'ajust diàdic marital i el vincle parental: correlacions positives i significatives entre les escales de Conjugalitat i Ajustament Diàdic de la *Dyadic Adjustment Scale* ($r(223) = .78, p < .001$) i Parentalitat i Cures del *Parental Bonding Instrument* ($r(233) = .45, p < .001$), i una correlació negativa i significativa entre les escales de Parentalitat i Sobreprotecció del *Parental Bonding Instrument* ($r(226) = -.21, p = .001$). A més, l'acord intraconjugual i intraparental que recullen les correlacions significatives positives de les percepcions dels cònjuges i els pares i mares de les famílies clíniques d'ambdues funcions, suggereix una avaluació de la mateixa realitat. L'anàlisi de la consistència interna del CERFB, mitjançant el coeficient alfa de Cronbach, va demostrar homogeneïtat entre els ítems de les dues escales: Conjugalitat ($\alpha = .90$) i Parentalitat ($\alpha = .76$). És encoratjador que el CERFB mantingui unes propietats psicomètriques adequades en el seu primer ús estès a la població clínica de cara a la continuació del procés psicomètric. Es proporcionen els barems de Conjugalitat i Parentalitat del CERFB en els TCA: la baremació en percentils de les puntuacions totals directes permet comparar les puntuacions del CERFB de famílies amb un fill amb TCA, i la baremació en percentils de les puntuacions totals en base a 10 i tipificades permet comparar les puntuacions d'ambdues escales de les mateixes famílies clíniques i simultàniament, la interpretació de les puntuacions del CERFB en els TCA en relació a les puntuacions en base a 10 i tipificades d'altres instruments. Aquesta baremació acompanya als resultats relatius a la capacitat avaluativa i discriminativa del CERFB de major disharmonia conjugal i deteriorament de la parentalitat de les famílies clíniques respecte a les famílies grup control a partir del punt de tall de 55 per a Conjugalitat i de 42 per a Parentalitat, i en el seu conjunt, permeten interpretar les puntuacions de les famílies objecte d'estudi. Els resultats comparatius entre ambdós grups de famílies que encaixen amb la consideració de Linares de menor funcionalitat relacional en les famílies amb un

fill amb TCA respecte a les famílies amb capacitat de nutrició relacional plena, convergeixen al mateix temps amb la literatura científica recent que segueix la mateixa línia.

En conclusió, es desprèn del conjunt de resultats d'aquesta tesi la possibilitat d'utilitzar el CERFB en el diagnòstic relacional a partir de les relacions familiars bàsiques, conjugalitat i parentalitat, de les famílies amb un fill amb TCA i en relació a les famílies amb fills sense diagnòstic psicopatològic tant en contextos clínics com d'investigació. És valuosa la brevetat i facilitat del CERFB, tant d'administració i resposta, com de correcció de l'instrument. Facilita la seva inclusió en sistemes d'avaluació, ja sigui entre altres instruments autoadministrats o en combinació amb l'entrevista clínica oberta o semiestructurada. L'ús conscient d'un instrument vàlid i fiable que avaluï la família en els TCA de forma específica és necessari a nivell teòric per enfortir el coneixement en relació a la temàtica. I, en particular, en relació amb la teoria de les relacions familiars bàsiques de Linares per actualitzar la seva validació a nivell empíric sobre la base de la clínica actual. La major disfunció registrada en aquestes famílies en comparació amb aquelles en les quals hi ha absència de psicopatologia suggereix el desenvolupament de programes de prevenció i intervenció familiar en els TCA, tasca en la qual pot contribuir el CERFB. Es destaquen i es discuteixen les limitacions, principalment metodològiques, per a la interpretació adequada d'aquestes aportacions i es presenten futures vies d'investigació que permetran expandir i especificar la utilitat del CERFB en població general i clínica.

Apéndice A
Resúmenes
Resumen en inglés

The principal aim of the present thesis is to validate and determine the clinical applicability of the *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB) in Spanish families with a child with an eating disorder (ED). This study, on the one hand, contributes to the evidence accumulation process regarding the CERFB in a particular clinical population and on the other, responds to the identified need for specific instruments that assess the family in EDs. The CERFB is the first theoretically developed, built and validated instrument in Spanish population that simultaneously evaluates marital and parental functions, two basic family functions according to Linares' basic family relations theory. EDs have such an increasing incidence and severity that they stand as a major public health problem in Spain.

The total study sample is consisted of 344 couples as family units (N = 688 participants): 169 clinical families with a child with an ED and 175 control group families with no psychopathological diagnosis.

Results present adequate psychometric properties for the CERFB in EDs consistent with those of the original version in Spanish general population. The confirmatory factor analysis shows the validity of the two-factor model that emerged from the exploratory results in general population and is sustained by Linares' theory, demonstrating an acceptable fit to the data of the clinical families. The correlations that report convergent validity between the CERFB and two widely used measures in clinical and research contexts to assess family relationships, in particular, the dyadic adjustment and the parental bond, offer additional support for the construct validity: positive and significant correlations between the CERFB Marital scale and the Dyadic

Adjustment scale of the Dyadic Adjustment Scale ($r(223) = .78, p < .001$) and the CERFB Parental scale and the Parental Bonding Instrument Care scale ($r(233) = .45, p < .001$), and a negative and significant correlation between the CERFB Parental scale and the Parental Bonding Instrument Overprotection scale ($r(226) = -.21, p = .001$). In addition, the intramarital and intraparental agreement on the perceptions of marital and parental functions of the spouses and parents of the clinical families suggests an evaluation of the same reality; significant positive correlations were obtained of the perceptions of both functions between the spouses and parents. The analysis of the CERFB's internal consistency based on the Cronbach's alpha coefficient showed homogeneity among the items of each scale: Marital ($\alpha = .90$) and Parental ($\alpha = .76$). It is encouraging to see the CERFB maintaining adequate psychometric properties in its first expanded use in clinical population with a view to the on-going process of psychometric evidence accumulation. A reference scale is offered for the Marital and Parental CERFB scales in EDs: the scaling in percentiles of the direct total scores enables the comparison of the CERFB's scores of families with a child with an ED and the scaling in percentiles of the base 10 and typified total scores enables the comparison of the scores of both scales of these clinical families and at the same time, the interpretation of the CERFB's scores in ED in relation to the base 10 and typified scores of other instruments. Such scaling allows the interpretation of the scores obtained by the families under study together with the results regarding the CERFB's evaluative and discriminative capacity of more disharmonic marital relationships and deteriorated parental relationships in clinical families in contrast to group control families through a cut-off point of 55 for marital functions and 42 for parental functions. The comparative results between the two groups of families that fit Linares' consideration of less relational functionality in families with a child with an ED in relation to families with

full relationally nurturing capacity, in turn converge with the recent scientific literature in the same line.

In conclusion, the CERFB can be used in the relational diagnosis based on the basic family relations, marital and parental functions, in families with a child with an ED in relation to families with no psychopathological diagnosis in both clinical and research contexts. The brief and easy use of the instrument, being only necessary 10 minutes, paper and pen to complete it, is valuable. It is easily incorporated in an assessment system either among other self-report instruments or in combination with an open or semi-structured clinical interview. The consistent use of a valid and reliable instrument that specifically assesses family relationships in EDs is necessary to strengthen the knowledge regarding the theme. And, in particular, regarding the basic family relations theory of Linares to empirically update its validation based on the current clinical reality. The greater dysfunction recorded in these families compared to those in which there is absence of psychopathology suggests that the development of family prevention and intervention programs in EDs is required and it can be enriched by the CERFB. Some important limitations, mainly, methodological ones, are highlighted and discussed in order to assure the proper interpretation of these contributions and future lines of investigation that allow the expansion and greater specificity of the CERFB's utility in general and clinical population are presented.

Apéndice A

Resúmenes

Resumen en francés

L'objectif principal de cette thèse est de valider et de déterminer l'applicabilité clinique du *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB) auprès de familles espagnoles ayant un enfant souffrant d'un trouble du comportement alimentaire (TCA). Cette étude permet, d'une part, contribuer au procès d'accumulation d'évidences concernant le CERFB auprès d'une population clinique concrète et, d'autre part, répondre au besoin identifié d'instruments spécifiques évaluant la famille dans les TCA. Le CERFB est le premier instrument à avoir été théoriquement développé, construit et validé au sein d'une population espagnole qui évalue à la fois les fonctions conjugales et parentales, deux fonctions familiales basiques selon la théorie des relations familiales basiques de Linares. Les TCA sont associés à une incidence et une sévérité qui ne cessent de croître et représentent un enjeu de santé publique en Espagne.

L'échantillon total de cette étude repose sur 344 couples tels que des unités familiales (N = 688 participants): 169 familles cliniques ayant un enfant souffrant d'un TCA et 175 familles contrôles ne présentant aucun diagnostic psychopathologique.

Les résultats montrent des caractéristiques psychométriques satisfaisantes du CERFB dans les TCA conformes à celles de la version originale auprès de la population générale espagnole. L'analyse factorielle confirmatoire met en avant la validité du modèle à deux facteurs qui a émergé à partir des résultats exploratoires auprès de la population générale, ce qui se soutient par la théorie de Linares démontrant un ajustement aux données des familles cliniques. Les corrélations rapportant la validité convergente entre le CERFB et deux autres mesures largement utilisées tant dans la clinique que dans la recherche afin d'évaluer les relations familiales, et plus

concrètement l'ajustement dyadique et le lien parental, viennent étayer davantage la validité conceptuelle: les corrélations positives et significatives entre les échelles Conjugalité et Ajustement Dyadique du *Dyadic Adjustment Scale* ($r(223) = .78, p < .001$) et entre les échelles Parentalité et Soins du *Parental Bonding Instrument* ($r(233) = .45, p < .001$), et une corrélation négative et significative entre les échelles Parentalité et Surprotection du *Parental Bonding Instrument* ($r(226) = -.21, p = .001$). En outre, l'accord intraconjugale et intraparental sur les perceptions des fonctions conjugales et parentales des conjoints et des parents des sujets souffrant d'un TCA suggère une évaluation de la même réalité: des corrélations positives significatives ont été obtenues des perceptions des fonctions entre les époux et les parents. L'analyse de la cohérence interne du CERFB basée sur le coefficient alpha de Cronbach a mis en avant l'homogénéité entre les éléments de chaque échelle: Conjugalité ($\alpha = .90$) et Parentalité ($\alpha = .76$). Il est ainsi encourageant de voir que le CERFB conserve des propriétés psychométriques satisfaisantes lors de sa première utilisation élargie à une population clinique en vue du processus actuel d'accumulation de preuves psychométriques. Une échelle de référence est ainsi proposée pour les échelles Conjugale et Parentale du CERFB dans les TCA: la mise en place de l'échelle en percentiles des scores totaux directs permet la comparaison des scores du CERFB des familles ayant un enfant souffrant d'un TCA et la mise en place de l'échelle en percentiles des scores totaux en base 10 et typifiés permet la comparaison entre les deux échelles de ces familles cliniques et en même temps, l'interprétation des scores du CERFB dans les TCA par rapport aux scores en base 10 et typifiés d'autres instruments. Une telle graduation permet l'interprétation des scores obtenus par les familles de l'étude avec ceux concernant la capacité évaluative et discriminatoire du CERFB des relations conjugales plus disharmoniques et des relations parentales plus détériorées chez les familles

cliniques par rapport aux familles du groupe contrôle à partir du point limite 55 pour Conjugalité et 42 pour Parentalité. Les résultats comparatifs entre les deux groupes de familles qui correspondent à la postulation de Linares selon laquelle il y aurait moins de fonctionnalités relationnelles au sein des familles avec un enfant présentant un TCA par rapport aux familles avec pleine capacité relationnelle nourricière, ce qui s'aligne, à son tour, avec la littérature scientifique actuelle sur cette même thématique.

En conclusion, le CERFB peut être utilisé pour le diagnostic relationnel basé sur les relations familiales basiques, fonctions conjugales et parentales, auprès des familles avec un enfant souffrant d'un TCA par rapport aux familles sans diagnostic psychopathologique tant dans un contexte clinique que de recherche. L'utilisation brève et facile de l'instrument, nécessitant uniquement une dizaine de minutes, du papier et un stylo, est précieuse. Il peut être facilement incorporé dans une évaluation parmi d'autres instruments d'auto-évaluation ou bien en association avec un entretien clinique ouvert ou semi-structuré. L'utilisation systématique d'un instrument valide et fiable qui évalue spécifiquement les relations familiales dans les TCA est nécessaire, théoriquement, afin de renforcer les connaissances sur cette thématique. Particulièrement, en ce qui concerne la théorie des relations familiales basiques de Linares afin de mettre à jour empiriquement sa validation basée sur la réalité clinique actuelle. Le majeur dysfonctionnement constaté dans ces familles par rapport à celles sans trouble psychopathologique suggère que le développement de programmes de prévention et d'intervention familiale dans le TCA est nécessaire et peut être enrichi par le CERFB. Certaines limitations, principalement méthodologiques, sont mises en évidence et discutées afin d'assurer l'interprétation la plus appropriée possible de ces contributions et aussi des futures investigations qui permettent à la fois l'expansion et une plus grande spécificité de l'utilité du CERFB dans la population générale et clinique.

Apéndice B**Certificación de la estancia de investigación en el Institut Mutualiste Montsouris de París, Francia**

**L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS**

ATTESTATION

Je soussignée, Dr. Nathalie GODART, déclare que Meritxell Campreciós Orriols, étudiante en Doctorat de Psychologie à la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* de l'*Universitat Ramon Llull* de Barcelone, Espagne, dont le numéro de carte d'identité est le 44195930-G, a bien réalisé son séjour doctoral dans le Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris pendant trois mois, du 12 Septembre au 14 Décembre 2014.

L'équipe a accueilli Meritxell Campreciós Orriols avec grand plaisir et nous avons travaillé avec elle à la fois en recherche et en clinique, sur les thèmes de sa thèse doctorale: les relations familiales et les troubles de conduites alimentaires.

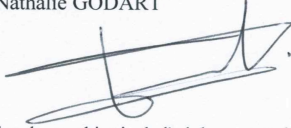
Elle a travaillé en tant que premier auteur, et sous ma direction, à la réalisation d'un article s'intéressant aux facteurs contributifs aux relations familiales (via le concept d'émotion exprimée) dans l'anorexie mentale. L'article est en cours de finalisation et nous sommes d'accord pour le finaliser en continuant notre collaboration à distance. Au delà de ce travail de recherche, elle a eu l'opportunité d'enrichir son questionnement autour des familles en faisant un stage clinique. Elle a intégré l'équipe de thérapeutes familiaux pour le suivi de différentes familles. Elle a également su profiter de la dimension universitaire et spécialisée de notre service dans la prise en charge des troubles de conduites alimentaires et de notre lien avec différents réseaux de soins.

Et pour finir, nous l'avons invitée à se former avec les autres membres du service à la thérapie multifamiliale telle que pratiquée par l'équipe anglaise du Maudsley Hospital, spécialisée dans les TCA.

Meritxell a été appréciée pour sa rigueur, son engagement, sa disponibilité et son professionnalisme par toute notre équipe.

Fait à Paris, le 8 Décembre 2014


Dr. Nathalie GODART



Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte
Institut Mutualiste Montsouris
42, Boulevard Jourdan
75014 Paris, France

Unité INSERM U669
97, Boulevard de Port-Royal
75014 Paris, France

42, Boulevard Jourdan - 75674 Paris cedex 14
Tél. : 01 56 61 62 63 - Fax : 01 45 80 60 41
www.imm.fr



MUTUALITÉ FRANÇAISE PARISIENNE DE SANTÉ SOCIALE

75006 - FEU 00250

Apéndice C

Memòria de la estancia de investigació en el *Institut Mutualiste Montsouris* en París, França



AJUTS PER A ESTADES DE RECERCA A ALTRES UNIVERSITATS 2014-2015

Memòria de l'estada de recerca

Meritxell Campreciós Orriols
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull
Gener de 2015

AJUTS PER A ESTADES DE RECERCA A ALTRES UNIVERSITATS 2014-2015

Meritxell Campreciós Orriols

Memòria de l'estada de recerca

L'estada de recerca al *Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte* de l'*Institut Mutualiste Montsouris* (IMM) a Paris sota la responsabilitat científica de la Dra. Nathalie Godart per la qual se'm va atorgar l'ajut m'ha nodrit d'una experiència de recerca i al mateix temps, clínica, entorn a la temàtica de la meua tesi doctoral: les relacions familiars i els trastorns de la conducta alimentària (TCA). El context hospitalari de l'IMM ha estat per sí mateix un aprenentatge entorn a la realització de la recerca des d'un àmbit diferent a l'universitari.

La principal tasca desenvolupada ha estat la realització d'un article sobre els factors que modulen les relacions familiars en l'anorèxia nerviosa via el concepte d'emoció expressada. L'article està en una fase avançada de la seua elaboració i estem d'acord amb l'equip de l'IMM per continuar la col·laboració a distància. Una vegada finalitzat, està pendent la presentació conjunta de l'estudi en un congrés internacional.

Des de la unitat de recerca del servei hem treballat des del plantejament inicial de l'estudi fins a la preparació de la seua divulgació científica en anglès en format article a la revista *Psychological Medicine* a partir de dades recollides dins el marc del projecte finançat a nivell francès *Evaluation de la prise en charge hospitalière des patients anorexiques mentaux: Mesure de l'efficacité des soins et recherche de facteurs prédictifs de l'évolution* (EVALHOSPITAM, registrat a Eudract nº 2007-A01110-53, Assajos clínics). Es tracta d'un article que estableix una continuïtat amb les línies de recerca obertes a l'IMM, el que m'ha permès conèixer la recerca que es realitza des del servei i entrar a formar part d'un equip acollidor, cooperatiu, de discussió, amb una trajectòria llarga d'especialització en els TCA i productiu, tant en el disseny de potencials estudis com en la seua publicació resultant.

A més a més, se'm va oferir l'oportunitat de conèixer des de la unitat de teràpia familiar del servei des d'una perspectiva diferent a les famílies objecte d'estudi per enriquir la interrelació entre ambdós camps. He integrat un equip de terapeuta i coterapeuta al llarg del seguiment de diverses famílies en teràpia familiar. La participació en aquestes sessions també m'ha permès conèixer el treball clínic que realitzen des de l'IMM amb aquestes famílies i enriquir el meu perfil de terapeuta familiar. He pogut gaudir d'un veritable espai d'intercanvi amb l'equip terapèutic, un

AJUTS PER A ESTADES DE RECERCA A ALTRES UNIVERSITATS 2014-2015

Meritxell Campreciós Orriols

intercanvi tant de coneixements entorn al funcionament d'aquestes famílies i als TCA, com entorn al procés de teràpia familiar.

Paral·lelament, he pogut aprofitar les oportunitats de formació que m'ha ofert la dimensió universitària i el grau d'especialització del servei de psiquiatria de l'IMM en l'abordatge dels TCA, així com el seu lligam amb diferents xarxes d'assistència. He assistit a seminaris de psicopatologia dels TCA impartits per professionals del servei, a la sisena jornada de la xarxa francesa de TCA realitzada a l'IMM i a la defensa d'una tesi doctoral sobre les característiques cognitives i emocionals dels pacients anorèxics greus i la seva remediació. Per acabar, vaig rebre una formació amb altres membres del servei en la teràpia multifamiliar liderada per experts de l'equip anglès del *Maudsley Hospital* de Londres. Aquesta formació es completa amb dos seguiments de dos dies de durada en jornada intensiva programats al juny (dies 29 i 30) i al novembre (dies 19 i 20) de 2015 als quals he estat convidada a assistir.

En relació a la meua tesi doctoral, vaig compartir el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB) junt amb un esborrany de la seva traducció en la llengua francesa i els seus resultats obtinguts a dia d'avui obrint la possibilitat de treballar en una nova versió de l'instrument.

En conclusió, la Dra. Nathalie Godart i l'equip de l'IMM m'han acollit amb molt d'entusiasme i m'han permès conèixer des d'una posició activa en quant a contribució i intercanvi com desenvolupen la recerca en interrelació amb la pràctica clínica. Al mateix temps, la seva experiència en la temàtica d'estudi m'ha permès augmentar els meus coneixements per treballar de forma més enriquidora els resultats de la meua tesi doctoral.

Apéndice D

Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES BÁSICAS

INSTRUCCIONES

Este cuestionario trata sobre las relaciones familiares, es decir, su principal objetivo es medir la calidad de la relación entre los diferentes miembros de la familia. Al tratarse de un estudio de ámbito nacional está redactado en castellano, disculpen de antemano las molestias que este hecho pueda ocasionar.

A continuación encontrará una serie de frases cortas que permitirán conocer sus actitudes, intereses y comportamientos habituales en su vida familiar.

No existen contestaciones correctas o incorrectas dado que las personas tienen distintos puntos de vista, razón por la que rogamos que se conteste el cuestionario adjunto con la máxima sinceridad.

Anote sus contestaciones en la propia hoja de respuesta que aparecerá a continuación. No olvide rellenar sus datos personales.

Cada frase tiene cinco posibles respuestas, ordenadas de menos frecuente (1 = NUNCA) a más (5 = SIEMPRE): marque con una X la que describe mejor su SITUACIÓN PERSONAL ahora mismo.

No emplee demasiado tiempo en contestar cada frase y evite dejar alguna frase sin contestar.

Tal vez algunas frases le parezcan muy personales; no se preocupe, y recuerde que las hojas de respuesta son documentos absolutamente confidenciales.

El equipo investigador le da las gracias por su colaboración.

Apéndice E

Escala de Ajuste Diádico (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*) – HombreEscala de Ajuste Diádico
(*Dyadic Adjustment Scale, DAS*)

HOMBRE

La mayoría de las personas muestran algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	A veces en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	Casi siempre desacuerdo	Siempre en desacuerdo	
1. Manejo de la economía doméstica	5	4	3	2	1	0	
2. Tiempo de ocio	5	4	3	2	1	0	
3. Religión	5	4	3	2	1	0	
4. Demostraciones de cariño	5	4	3	2	1	0	
5. Amistades	5	4	3	2	1	0	
6. Relaciones sexuales	5	4	3	2	1	0	
7. Muestras de educación (conductas correctas o apropiadas)	5	4	3	2	1	0	
8. Filosofía de la vida	5	4	3	2	1	0	
9. Relaciones con los familiares próximos	5	4	3	2	1	0	
10. Cosas y objetivos considerados importantes	5	4	3	2	1	0	
11. Cantidad de tiempo pasado juntos	5	4	3	2	1	0	
12. Toma de decisiones importantes	5	4	3	2	1	0	
13. Tareas domésticas	5	4	3	2	1	0	
14. Intereses y actividades de ocio	5	4	3	2	1	0	
15. Decisiones en relación con el futuro de uno	5	4	3	2	1	0	
		Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
16. ¿Con qué frecuencia hablan o consideran la posibilidad de divorciarse, separarse o de poner fin a su relación?	0	1	2	3	4	5	
17. ¿Con qué frecuencia usted o su pareja se van de casa después de una riña?	0	1	2	3	4	5	
18. ¿Con qué frecuencia considera que la relación entre usted y su pareja funciona, en general, adecuadamente?	5	4	3	2	1	0	
19. ¿Confía usted en su pareja?	5	4	3	2	1	0	
20. ¿Se arrepiente en alguna ocasión de haberse casado (o de haberse ido a vivir juntos)?	0	1	2	3	4	5	
21. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?	0	1	2	3	4	5	
22. ¿Con qué frecuencia acaban usted y su pareja por perder el control en el transcurso de una discusión?	0	1	2	3	4	5	
	Todos los días	Casi todos los días	A veces	Casi nunca	Nunca		
23. ¿Besa usted a su pareja?	4	3	2	1	0		

	En casi todas	En la mayoría	En algunas	En casi ninguna	En ninguna
24. <i>¿Participan usted y su pareja juntos en actividades externas a la familia?</i>	4	3	2	1	0

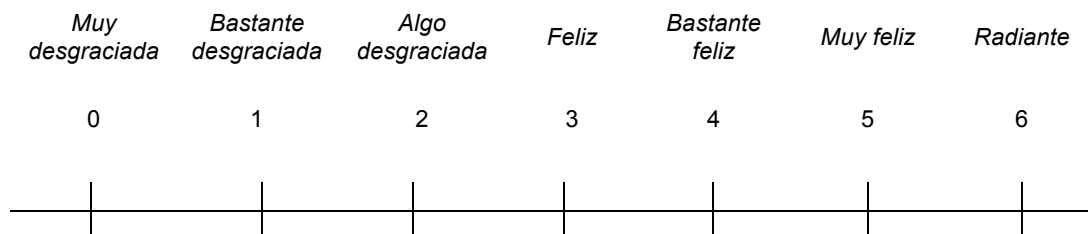
¿Con qué frecuencia diría usted que lo siguiente ocurre entre usted y su pareja?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Una vez al día	Más a menudo
25. <i>Tienen ustedes un intercambio enriquecedor de ideas</i>	0	1	2	3	4	5
26. <i>Se ríen juntos</i>	0	1	2	3	4	5
27. <i>Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa</i>	0	1	2	3	4	5
28. <i>Colaboran juntos en un proyecto</i>	0	1	2	3	4	5

Hay algunos aspectos en los que las parejas están a veces de acuerdo y a veces en desacuerdo. Indique si alguno de los dos elementos señalados a continuación ha sido motivo de discordia o de diferencias de opinión de pareja en las últimas semanas. (Señale SÍ o NO).

	Sí	No
29. <i>Demasiado cansancio para practicar el sexo</i>	0	1
30. <i>Ausencia de muestras de cariño</i>	0	1

31. Los puntos que aparecen bajo estas líneas representan grados diversos de felicidad en la relación de pareja. El punto central ("feliz") representa el grado de felicidad de la mayor parte de las relaciones. Rodee con un círculo, por favor, el punto que describa mejor el grado de felicidad, tras hacer un balance global, de su relación de pareja.



32. **¿Cuál de las frases que figuran a continuación describe mejor sus sentimientos acerca del futuro de su relación de pareja?**

- | | |
|---|---|
| 5 | <i>Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo.</i> |
| 4 | <i>Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para conseguirlo</i> |
| 3 | <i>Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo.</i> |
| 2 | <i>Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien.</i> |
| 1 | <i>Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien.</i> |
| 0 | <i>Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito.</i> |

Apéndice E

Escala de Ajuste Diádico (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*) – MujerEscala de Ajuste Diádico
(*Dyadic Adjustment Scale, DAS*)

MUJER

La mayoría de las personas muestran algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	A veces en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo	
1. Manejo de la economía doméstica	5	4	3	2	1	0	
2. Tiempo de ocio	5	4	3	2	1	0	
3. Religión	5	4	3	2	1	0	
4. Demostraciones de cariño	5	4	3	2	1	0	
5. Amistades	5	4	3	2	1	0	
6. Relaciones sexuales	5	4	3	2	1	0	
7. Muestras de educación (conductas correctas o apropiadas)	5	4	3	2	1	0	
8. Filosofía de la vida	5	4	3	2	1	0	
9. Relaciones con los familiares próximos	5	4	3	2	1	0	
10. Cosas y objetivos considerados importantes	5	4	3	2	1	0	
11. Cantidad de tiempo pasado juntos	5	4	3	2	1	0	
12. Toma de decisiones importantes	5	4	3	2	1	0	
13. Tareas domésticas	5	4	3	2	1	0	
14. Intereses y actividades de ocio	5	4	3	2	1	0	
15. Decisiones en relación con el futuro de uno	5	4	3	2	1	0	
		Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
16. ¿Con qué frecuencia hablan o consideran la posibilidad de divorciarse, separarse o de poner fin a su relación?	0	1	2	3	4	5	
17. ¿Con qué frecuencia usted o su pareja se van de casa después de una riña?	0	1	2	3	4	5	
18. ¿Con qué frecuencia considera que la relación entre usted y su pareja funciona, en general, adecuadamente?	5	4	3	2	1	0	
19. ¿Confía usted en su pareja?	5	4	3	2	1	0	
20. ¿Se arrepiente en alguna ocasión de haberse casado (o de haberse ido a vivir juntos)?	0	1	2	3	4	5	
21. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?	0	1	2	3	4	5	
22. ¿Con qué frecuencia acaban usted y su pareja por perder el control en el transcurso de una discusión?	0	1	2	3	4	5	
		Todos los días	Casi todos los días	A veces	Casi nunca	Nunca	
23. ¿Besa usted a su pareja?	4	3	2	1	0		

	En casi todas	En la mayoría	En algunas	En casi ninguna	En ninguna
24. <i>¿Participan usted y su pareja juntos en actividades externas a la familia?</i>	4	3	2	1	0

¿Con qué frecuencia diría usted que lo siguiente ocurre entre usted y su pareja?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Una vez al día	Más a menudo
25. <i>Tienen ustedes un intercambio enriquecedor de ideas</i>	0	1	2	3	4	5
26. <i>Se ríen juntos</i>	0	1	2	3	4	5
27. <i>Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa</i>	0	1	2	3	4	5
28. <i>Colaboran juntos en un proyecto</i>	0	1	2	3	4	5

Hay algunos aspectos en los que las parejas están a veces de acuerdo y a veces en desacuerdo. Indique si alguno de los dos elementos señalados a continuación ha sido motivo de discordia o de diferencias de opinión de pareja en las últimas semanas. (Señale SÍ o NO).

	Sí	No
29. <i>Demasiado cansancio para practicar el sexo</i>	0	1
30. <i>Ausencia de muestras de cariño</i>	0	1

31. Los puntos que aparecen bajo estas líneas representan grados diversos de felicidad en la relación de pareja. El punto central ("feliz") representa el grado de felicidad de la mayor parte de las relaciones. Rodee con un círculo, por favor, el punto que describa mejor el grado de felicidad, tras hacer un balance global, de su relación de pareja.



32. **¿Cuál de las frases que figuran a continuación describe mejor sus sentimientos acerca del futuro de su relación de pareja?**

5	<i>Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo.</i>
4	<i>Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para conseguirlo</i>
3	<i>Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo.</i>
2	<i>Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien.</i>
1	<i>Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien.</i>
0	<i>Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que yo hago para mantener a la pareja con éxito.</i>

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Cruzada-Actual Padre-Hijo

P.B.I. Creuat-Actual Pare-Fill

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. se comporta con su hijo(a) en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
1. Le hablo con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No le ayudo lo suficiente en lo que él (ella) necesita.	()	()	()	()
3. Le dejo hacer las cosas que a él(ella) le gusta hacer.	()	()	()	()
4. Soy emocionalmente frío, seco con él(ella).	()	()	()	()
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Soy cariñoso con él(ella).	()	()	()	()
7. Me gusta que él(ella) tome sus propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiero que crezca, quiero que él(ella) siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9. Intento controlar todo lo que él(ella) hace.	()	()	()	()
10. Invado su vida privada.	()	()	()	()
11. Me gusta comentar las cosas con él(ella).	()	()	()	()
12. Le sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiendo a tratarle como a un niño(a).	()	()	()	()
14. No entiendo qué es lo que él(ella) necesita o quiere.	()	()	()	()
15. Le dejo tomar sus propias decisiones.	()	()	()	()
16. No le hago sentirse querido.	()	()	()	()
17. Le consuelo cuando él(ella) está mal.	()	()	()	()
18. Hablo muy poco con él(ella).	()	()	()	()
19. Trato que él(ella) dependa de mí.	()	()	()	()
20. Creo que él(ella) no puede cuidarse a menos que yo esté cerca.	()	()	()	()
21. Le doy toda la libertad que él(ella) quiere.	()	()	()	()
22. Le dejo salir cuantas veces él(ella) quiere.	()	()	()	()
23. Soy sobreprotector con él(ella).	()	()	()	()
24. No le alabo, ni felicito ni elogio.	()	()	()	()
25. Le dejo vestirse de acuerdo con sus gustos.	()	()	()	()

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Actual Cruzada Madre-Hijo

P.B.I. Creuat-Actual Mare-Fill

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. se comporta con su hijo(a) en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
	()	()	()	()
1. Le hablo con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No le ayudo lo suficiente en lo que él (ella) necesita.	()	()	()	()
3. Le dejo hacer las cosas que a él(ella) le gusta hacer.	()	()	()	()
4. Soy emocionalmente fría, seca con él(ella).	()	()	()	()
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Soy cariñosa con él(ella).	()	()	()	()
7. Me gusta que él(ella) tome sus propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiero que crezca, quiero que él(ella) siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9. Intento controlar todo lo que él(ella) hace.	()	()	()	()
10. Invado su vida privada.	()	()	()	()
11. Me gusta comentar las cosas con él(ella).	()	()	()	()
12. Le sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiendo a tratarle como a un niño(a).	()	()	()	()
14. No entiendo qué es lo que él(ella) necesita o quiere.	()	()	()	()
15. Le dejo tomar sus propias decisiones.	()	()	()	()
16. No le hago sentirse querido(a).	()	()	()	()
17. Le consuelo cuando él(ella) está mal.	()	()	()	()
18. Hablo muy poco con él(ella).	()	()	()	()
19. Trato que él(ella) dependa de mí.	()	()	()	()
20. Creo que él(ella) no puede cuidarse a menos que yo esté cerca.	()	()	()	()
21. Le doy toda la libertad que él(ella) quiere.	()	()	()	()
22. Le dejo salir cuantas veces él(ella) quiere.	()	()	()	()
23. Soy sobreprotectora con él(ella).	()	()	()	()
24. No le alabo, ni felicito ni elogio.	()	()	()	()
25. Le dejo vestirse de acuerdo con sus gustos.	()	()	()	()

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Actual Hijo-Padre

P.B.I. Actual Fill-Pare

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. ve a su padre en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
1.Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2.No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3.Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4.Me parece emocionalmente frío, seco conmigo.	()	()	()	()
5.Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6.Es cariñoso conmigo.	()	()	()	()
7.Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8.No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9.Intentta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10.Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11.Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12.Me sonrie con frecuencia.	()	()	()	()
13.Tiende a tratarme como a un niño(a).	()	()	()	()
14.No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15.Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16.No me hace sentir querido(a).	()	()	()	()
17.Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18.Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19.Trata que yo dependa de él.	()	()	()	()
20.Cree que yo no puedo cuidarme a menos que él este cerca.	()	()	()	()
21.Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22.Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23.Es sobreprotector conmigo.	()	()	()	()
24.No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25.Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Actual Hijo-Madre

P.B.I. Actual Fill-Mare

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. ve a su madre en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
1.Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2.No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3.Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4.Me parece emocionalmente fría, seca conmigo.	()	()	()	()
5.Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6.Es cariñosa conmigo.	()	()	()	()
7.Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8.No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9.Intentta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10.Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11.Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12.Me sonrie con frecuencia.	()	()	()	()
13.Tiende a tratarme como a un niño(a).	()	()	()	()
14.No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15.Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16.No me hace sentir querido(a).	()	()	()	()
17.Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18.Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19.Trata que yo dependa de ella.	()	()	()	()
20.Cree que yo no puedo cuidarme a menos que ella este cerca.	()	()	()	()
21.Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22.Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23.Es sobreprotectora conmigo.	()	()	()	()
24.No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25.Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

Apéndice G

Cuestionario ad-hoc sociodemográficos del CERFB

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES BÁSICAS**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

CODIFICACIÓN

FECHA DE LA ENCUESTA:

GÉNERO:

 - -

AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

 - -

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ Y DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

ESTADO CIVIL:

- Vive en pareja
- Casado/a 1er matrimonio
- Casado/a 2as nupcias o más

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primarios (hasta 6º de E.G.B.) | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| <input type="checkbox"/> Graduado escolar | <input type="checkbox"/> Licenciatura o Grado |
| <input type="checkbox"/> Formación profesional (F.P.) | <input type="checkbox"/> Máster |
| <input type="checkbox"/> E.S.O. | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Bachiller (B.U.P.) | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar): |
| <input type="checkbox"/> C.O.U. o Bachillerato | _____ |

NÚMERO DE HIJOS: _____

EDAD DE LOS HIJOS ORDENADOS DE MAYOR A MENOR:

1er hijo: _____ años 5o hijo: _____ años

2o hijo: _____ años 6o hijo: _____ años

3er hijo: _____ años 7o hijo: _____ años

4o hijo: _____ años Otros hijos: _____ años

INDIQUE EL NÚMERO DE HIJOS QUE CONVIVEN CON USTED EN CASA: _____

Está tomando usted algún tipo de medicación: SI NO

En caso de respuesta afirmativa indíquenos por favor el nombre del fármaco:

Apéndice H
Cuestionario ad-hoc clínico – Padres

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS: SI NO

En caso de respuesta afirmativa indíquenos por favor de qué tipo: _____

PSICOPATOLOGÍA EN LA ACTUALIDAD: SI NO

En caso de respuesta afirmativa indíquenos por favor de qué tipo: _____

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS DE LOS HIJOS: SI NO

En caso de respuesta afirmativa indíquenos por favor de qué tipo:

1º Hijo: _____

2º Hijo: _____

3º Hijo: _____

4º Hijo: _____

5º Hijo: _____

6º Hijo: _____

7º Hijo: _____

PSICOPATOLOGÍA DE LOS HIJOS EN LA ACTUALIDAD: SI NO

En caso de respuesta afirmativa indíquenos por favor de qué tipo:

1º Hijo: _____

2º Hijo: _____

3º Hijo: _____

4º Hijo: _____

5º Hijo: _____

6º Hijo: _____

7º Hijo: _____

Apéndice I**Cuestionario ad-hoc sociodemográfico y clínico – Hijo**

CODIFICACIÓN

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOSGÉNERO: EDAD: LUGAR DE NACIMIENTO:

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| <input type="checkbox"/> E.S.O. | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Formación Profesional (F.P.) | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

OCUPACIÓN ACTUAL:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Baja temporal |
| <input type="checkbox"/> Estudia y Trabaja | <input type="checkbox"/> Baja permanente |
| <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Voluntariado | |

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO? SI NO

En caso de Respuesta afirmativa,

TIPO DE TRATAMIENTO (marque con una X):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital de día | <input type="checkbox"/> Terapia Familiar |
| <input type="checkbox"/> Terapia individual | <input type="checkbox"/> Otros (indicar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapias grupales | |

EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO ALIMENTARIO: TIEMPO APROX. EN EL TRATAMIENTO ACTUAL: CONSUMO DE SUSTANCIAS: SI NO

En caso de Respuesta afirmativa indíquenos por favor cuáles: _____

Apéndice J**Cuestionario ad-hoc sociodemográfico y clínico – Hijo**

CODIFICACIÓN

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOSGÉNERO: EDAD: LUGAR DE NACIMIENTO:

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| <input type="checkbox"/> E.S.O. | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Formación Profesional (F.P.) | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

OCUPACIÓN ACTUAL:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Baja temporal |
| <input type="checkbox"/> Estudia y Trabaja | <input type="checkbox"/> Baja permanente |
| <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Voluntariado | |

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO? SI NO

En caso de Respuesta afirmativa,

TIPO DE TRATAMIENTO (marque con una X):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital de día | <input type="checkbox"/> Terapia Familiar |
| <input type="checkbox"/> Terapia individual | <input type="checkbox"/> Otros (indicar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapias grupales | |

TIEMPO APROX. EN EL TRATAMIENTO ACTUAL: NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIA FAMILIAR: ÍNDICE DE MASA CORPORAL ACTUAL:

EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO ALIMENTARIO:

MODALIDAD DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DIAGNOSTICADA:

- Anorexia Nerviosa Restrictiva
 Anorexia Nerviosa Purgativa
 Bulimia Nerviosa Purgativa o Compulsiva
 Bulimia Nerviosa No Purgativa
 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado - Trastorno por Atracón

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? SI NO

En caso de Respuesta afirmativa indiquenos por favor el nombre del fármaco: _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS: SI NO

En caso de Respuesta afirmativa indiquenos por favor cuáles: _____

OTRA PSICOPATOLOGÍA EN LA ACTUALIDAD: SI NO

En caso de respuesta afirmativa indiquenos por favor de qué tipo: _____

Apéndice K

Acuerdo de colaboración con el Centro Khepra

Barcelona, 22 de juny de 2012

El centre *Khepra, Unidad de Trastornos Alimentarios y Psicoterapia* amb NIF B65395022 i domicili a Cornellà, carrer Costa Brava, núm. 3 accepta acollir la Sra. Meritxell Campreciós Orriols, amb domicili a Esplugues de Llobregat, carrer Joan Miró, núm. 22-26 i amb D.N.I. núm.: 44195930G, doctoranda en Psicologia de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, amb l'objectiu de que aquesta estudianta reculli qüestionaris per a la mostra per poder realitzar la seva tesi doctoral *Ajust diàdic marital, vincle parental i relacions familiars bàsiques en famílies amb un fill amb trastorn alimentari* d'acord amb les següents:

CONDICIONS

1.-L'estudianta realitzarà la tasca descrita anteriorment a l'empresa durant el període comprès entre l' 01/01/2012 i el 31/12/2013, ambdós inclosos.

El treball de tesi doctoral està inclòs en el currículum acadèmic de l'esmentat doctorat i, per tant, la seva valoració serà merament acadèmica.

2.-En cap cas aquesta recollida de qüestionaris de l'estudianta voldrà dir la incorporació de l'estudianta en l'àmbit laboral de l'empresa ni de la Fundació Blanquerna.

3.-Atès que no hi ha relació laboral, l'estudianta queda coberta durant l'estada a l'empresa regulada en el present conveni, per l'assegurança escolar i per una pòlissa de responsabilitat civil contractada per la Fundació Blanquerna.

I perquè consti, en prova de conformitat signa el present document per triplicat i a un únic efecte en la ciutat i data assenyalades en el seu encapçalament.


Signat



Neus Izaguirre Rabal
Psicòloga i administradora
KHEPRA



Dr. Climent Giné Giné
Degà FPCEE Blanquerna



Meritxell Campreciós Orriols
Doctoranda

Apéndice L

Carta de presentación



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

Barcelona, (fecha: mes y año)

Apreciados padres y madres,

Nos gustaría solicitar su participación y la de su hijo en el estudio *Ajuste diádico marital, vínculo parental y relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno alimentario*.

La *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport de la Fundació Blanquerna* de Barcelona, en colaboración con (nombre del centro u hospital), están realizando este estudio contribuyendo, a su vez, en la validación del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB), como instrumento de diagnóstico relacional.

Su participación consistiría en contestar a tres cuestionarios como son el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB), el *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) y el *Parental Bonding Instrument* (PBI), que tratan sobre las relaciones de parentalidad (relaciones entre padres e hijos) y de conyugalidad (relaciones de pareja). Los cuestionarios son auto administrados y la información recogida será totalmente anónima y confidencial, y sólo será utilizada para los fines de la investigación.

Consideramos muy importante profundizar en el conocimiento del ajuste diádico marital, el vínculo parental y las relaciones familiares básicas de las familias en las que hay un hijo con trastorno de la conducta alimentaria, para poder desarrollar tratamientos para curar y prevenir estos trastornos.

Agradecemos de antemano su colaboración.

LES AGRADECERÍAMOS QUE ANTES DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO FIRMEN EL
CONSENTIMIENTO ADJUNTO

Apéndice M

Consentimiento informado



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

He sido informado/a sobre los objetivos y el contenido del estudio *Ajuste diádico marital, vínculo parental y relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno alimentario* que se está llevando a cabo en la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport de la Fundació Blanquerna bajo la supervisión de la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens.

Se ha dado respuesta a mis preguntas, si me han surgido, después de tener la información sobre el estudio.

Consiento en participar en el estudio respondiendo voluntariamente y anónimamente a unos cuestionarios sobre relaciones de parentalidad y conyugalidad sabiendo que se preservará la confidencialidad de los datos que se obtengan y que éstos serán únicamente utilizados con la finalidad de la investigación anteriormente citada.

Sé que puedo cambiar la decisión que ahora tomo de participar en el estudio y que en el momento que lo manifieste, si lo comunico por escrito a la Dra. Anna Vilaregut (FPCEE Blanquerna, C. del Císter, 34 08022 Barcelona), mis datos serán eliminados de la base de datos del estudio.

A todo esto, libremente, doy mi consentimiento.

_____, a _____ de 201__.

Firma del participante

Firma del responsable de la investigación

*En virtud de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento para que los datos de los cuestionarios sean incluidos en un fichero propiedad de la Fundació Blanquerna, y puedan ser usados con la finalidad de recoger información estadística para validar el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) y declaro haber sido informado/da sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, pudiendo ejercerlos dirigiéndome a la Dra. Anna Vilaregut de la FPCEE Blanquerna.

Apéndice N
Preparación de los datos para el AFC

Tabla N1.

Test de normalidad de los ítems del CERFB.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Asimetría	<i>z</i>	<i>p</i>	Curtosis	<i>z</i>	<i>p</i>	Asimetría y Curtosis	
									χ^2	<i>p</i>
<i>Normalidad univariada</i>										
<i>Conyugalidad</i>										
3_CH	4.02	0.92	-0.84	-6.34	.000	0.29	1.13	.258	41.53	.000
6_CD	2.51	0.90	0.27	-1.88	.060	-0.01	-0.27	.786	3.62	.163
7_CD	2.06	0.88	0.71	-5.15	.000	0.30	0.29	.772	26.64	.000
9_CD	2.14	0.93	0.57	-4.09	.000	-0.15	-1.36	.172	18.64	.000
10_CD	2.42	1.09	0.31	-2.24	.025	-0.78	-5.23	.000	32.44	.000
11_CH	3.91	0.86	-0.51	-3.87	.000	-0.21	-0.81	.418	15.64	.000
12_CH	3.81	0.87	-0.71	-5.35	.000	0.50	1.71	.086	31.63	.000
14_CD	2.47	0.95	0.38	-2.56	.010	-0.25	-1.65	.099	9.29	.010
16_CH	3.74	0.95	-0.62	-4.71	.000	-0.17	-0.59	.553	22.61	.000
17_CH	3.63	1.00	-0.43	-3.26	.001	-0.47	-2.29	.022	15.94	.000
19_CH	3.70	1.09	-0.56	-4.24	.000	-0.46	-2.20	.027	22.89	.000
22_CD	1.96	0.83	0.62	-4.69	.000	0.06	0.34	.727	22.18	.000
24_CD	2.28	0.85	0.66	-4.93	.000	0.41	1.35	.176	26.17	.000
25_CH	3.68	0.94	-0.50	-3.82	.000	-0.15	-0.51	.607	14.90	.001
<i>Parentalidad</i>										
1_PD	2.89	0.77	-0.28	2.16	.031	0.29	1.11	.264	5.91	.052
2_PD	2.19	0.83	0.34	-2.36	.018	-0.05	-1.62	.104	8.22	.016
4_PD	2.51	0.96	0.35	2.69	.007	-0.10	-0.28	.773	7.33	.026
5_PC	3.94	0.92	-0.80	-6.05	.000	0.34	1.27	.201	38.33	.000
8_PC	3.55	0.80	-0.43	-3.27	.001	-0.15	-0.52	.603	10.97	.004
13_PC	4.03	0.80	-0.48	-3.68	.000	-0.30	-1.24	.212	15.13	.001
15_PD	2.48	0.85	0.04	-0.18	.854	-0.48	-2.63	.008	6.98	.030
18_PD	2.48	0.87	0.24	-1.44	.148	-0.00	-0.62	.535	2.48	.289
20_PC	4.20	0.79	-0.88	-6.64	.000	0.59	1.94	.051	47.88	.000
21_PD	2.58	0.77	0.19	-1.20	.228	-0.28	-1.61	.107	4.05	.132
23_PD	2.09	0.89	0.62	-4.64	.000	0.07	0.26	.793	21.68	.000
<i>Normalidad multivariada</i>										
			82.95	19.40	.000	755.29	12.97	.000	544.75	.000

Nota. *N* = 338

Tabla N2.

Matriz de varianzas-covarianzas de los ítems del CERFB.

	3	6	7	9	10	11	12	14	16	17	19	22	24	25	1	2	4	5	8	13	15	18	20	21	23		
3	0.85																										
6	0.27	0.83																									
7	0.34	0.25	0.85																								
9	0.37	0.20	0.25	0.91																							
10	0.20	0.22	0.31	0.30	1.21																						
11	0.45	0.27	0.33	0.39	0.37	0.76																					
12	0.45	0.21	0.35	0.33	0.39	0.47	0.76																				
14	0.22	0.32	0.22	0.26	0.41	0.31	0.25	0.93																			
16	0.49	0.33	0.37	0.47	0.40	0.51	0.50	0.32	0.92																		
17	0.32	0.25	0.23	0.33	0.43	0.43	0.46	0.33	0.47	1.02																	
19	0.58	0.25	0.36	0.45	0.32	0.53	0.50	0.34	0.62	0.52	1.20																
22	0.20	0.24	0.19	0.25	0.29	0.31	0.24	0.22	0.31	0.19	0.20	0.69															
24	0.32	0.29	0.30	0.33	0.30	0.43	0.33	0.20	0.38	0.31	0.34	0.35	0.74														
25	0.35	0.29	0.23	0.42	0.38	0.50	0.43	0.21	0.55	0.46	0.51	0.38	0.39	0.89													
1	0.02	0.09	0.06	0.10	0.12	0.07	-0.01	0.12	0.04	0.03	0.01	0.06	0.08	0.05	0.59												
2	0.08	0.07	0.07	0.10	0.22	0.13	0.07	0.13	0.07	0.06	0.08	0.18	0.11	0.08	0.24	0.77											
4	-0.10	-0.15	-0.09	-0.11	0.01	-0.14	-0.04	-0.10	-0.08	-0.03	-0.13	-0.09	-0.14	-0.10	-0.20	-0.28	0.92										
5	0.09	0.12	0.13	0.15	0.30	0.19	0.10	0.19	0.15	0.22	0.09	0.13	0.20	0.12	0.17	0.20	-0.08	0.86									
8	0.07	0.15	0.11	0.25	0.25	0.25	0.12	0.19	0.23	0.12	0.15	0.19	0.14	0.13	0.13	0.13	-0.08	0.25	0.64								
13	0.06	0.09	0.05	0.15	0.17	0.15	0.08	0.12	0.11	0.21	0.10	0.07	0.11	0.21	0.09	0.09	-0.04	0.21	0.16	0.64							
15	0.11	0.14	0.12	0.11	0.07	0.15	0.12	0.16	0.21	0.09	0.01	0.24	0.18	0.17	0.18	0.13	-0.17	0.11	0.16	0.03	0.74						
18	0.01	0.09	0.08	0.19	0.21	0.11	0.00	0.14	0.09	0.05	0.03	0.11	0.10	0.07	0.15	0.26	-0.23	0.29	0.19	0.07	0.18	0.79					
20	0.12	0.07	0.02	0.14	0.13	0.17	0.06	0.05	0.17	0.11	0.16	0.03	0.04	0.20	0.02	0.03	0.01	0.13	0.17	0.19	0.03	0.06	0.64				
21	0.06	0.14	0.08	0.13	0.19	0.11	0.05	0.17	0.15	0.05	0.03	0.27	0.16	0.19	0.23	0.24	-0.17	0.20	0.20	0.07	0.37	0.21	0.09	0.62			
23	0.01	0.05	0.10	0.11	0.10	0.10	0.00	0.09	0.09	0.05	-0.01	0.16	0.09	0.13	0.23	0.28	-0.22	0.16	0.13	1.10	0.34	0.25	0.02	0.32	0.82		



Universitat Ramon Llull

Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia ____ d _____ de 20
al Centre _____

de la Universitat Ramon Llull

davant el Tribunal format pels Doctors sotasignants, havent obtingut la qualificació:

President/a

Vocal

Secretari/ària

Doctorand/a
