

RESERVA

M  
MSSZ  
2003  
C.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

SEMINARIO DE TÍTULO DE FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS

FACTORES DE RIESGO ESTRUCTURALES FAMILIARES EN ADOLESCENTES  
CON RIESGO DE PRESENTAR TRASTORNOS ALIMENTARIOS

SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Y AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR  
BÁRBARA MOSES, ANGÉLICA RODRÍGUEZ

PROFESOR PATROCINANTE  
LILIANA CONTRERAS



VIÑA DEL MAR, CHILE  
ENERO 2003

N. trans 52581. Reg. 611

*Dedicamos este trabajo a nuestras familias,  
por su apoyo y cariño.*

*Y agradecemos especialmente a Dios,  
quien nos ha permitido llegar hasta este momento.*

*Bárbara y Angélica*

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	
Introducción .....	1
Aspectos epidemiológicos .....	3
Definición de los trastornos alimentarios .....	4
Etiología .....	9
Factores de riesgo de los trastornos alimentarios .....	12
Investigaciones de los factores familiares en los trastornos alimentarios .....	16
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b>	
Marco teórico .....	20
Modelo Circumplejo .....	28
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>	
Pregunta de Investigación .....	35
Objetivos generales de la investigación .....	35
Objetivos específicos .....	36
Hipótesis .....	36
Muestra .....	37
Tipo y diseño de investigación .....	38

Instrumentos de evaluación . . . . .	39
Procedimiento . . . . .	42
Análisis de los datos . . . . .	43
<b>CAPITULO 4: RESULTADOS</b>	
Resultados . . . . .	44
Análisis EAT – 40 . . . . .	44
Análisis FACES III . . . . .	47
Análisis comparativo de los resultados en los grupos de riesgo y normal de acuerdo al EAT – 40 . . . . .	57
Análisis comparativo entre tipos de establecimiento en grupo normal según EAT– 40 en relación a la tipología familiar de Olson . .	62
Análisis comparativo entre tipos de establecimiento en grupo de riesgo según EAT – 40 en relación a la tipología de Olson . . . . .	63
<b>CAPITULO 5: DISCUSIÓN</b>	
Implicancias de los resultados . . . . .	65
Conclusiones . . . . .	71
Proyecciones para futuras investigaciones . . . . .	72
<b>REFERENCIAS . . . . .</b>	<b>74</b>
<b>APÉNDICES</b>	
Apéndice A: FACES III . . . . .	80
Apéndice B: EAT – 40 . . . . .	82

## LISTA DE FIGURAS

### CAPÍTULO 2

Nº	Pág.
1. Descripción de las principales características de los tipos familiares del Modelo Circumplejo, de acuerdo a la dimensión cohesión . . . . .	32
2. Descripción de las principales características de los tipos familiares del Modelo Circumplejo, de acuerdo a la dimensión adaptabilidad...	33

### CAPÍTULO 3

Nº	Pág.
1. Puntajes de corte FACES III según rangos . . . . .	40

### CAPÍTULO 4

Nº	Pág.
1. Distribución de los resultados de EAT – 40 en muestra total. . . . .	45
2. Distribución de resultados EAT – 40 según tipo de establecimiento . .	46
3. Comparación de categorías familiares (según Olson) en grupos normal y de riesgo según EAT – 40 . . . . .	57
4. Comparación de categorías familiares según tipo de establecimiento.	58
5. Niveles de Cohesión según grupos EAT – 40 . . . . .	59
6. Niveles de adaptabilidad según grupos medidos por EAT – 40 . . . . .	60
7. Distribución de categorías familiares en grupo normal según EAT – 40 . . . . .	62

8. Distribución de categorías familiares según establecimiento en grupo de riesgo . . . . .	63
9. Gráfico Modelo Olson . . . . .	64

## LISTA DE TABLAS

Nº	Pág.
1. Resultados de EAT – 40 de la muestra total . . . . .	44
1.1 Resultados EAT – 40 según tipo de establecimiento . . . . .	46
2. Muestra total de FACES III respondidos . . . . .	47
3. Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en la muestra total . . . . .	48
3.1 Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en establecimiento municipalizado . . . . .	48
3.2 Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en establecimientos privados . . . . .	49
4. Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en adolescentes normales según EAT – 40 . . . . .	50
4.1 Niveles de adaptabilidad en grupo normal según EAT – 40 . . . . .	51
4.2 Niveles de cohesión en grupo normal según EAT – 40 . . . . .	51
4.3 Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en adolescentes de bajo riesgo según EAT – 40 y establecimientos privados . . . . .	52
4.4 Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en adolescentes de bajo riesgo según EAT – 40 y establecimiento municipalizado . . . . .	53
5. Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en grupo de riesgo según resultados de EAT -40 . . . . .	54
5.1 Niveles de adaptabilidad en grupo de riesgo según resultados de EAT – 40 . . . . .	54
5.2 Niveles de cohesión en grupo de riesgo según resultados de EAT – 40 . . . . .	55

5.3 Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en grupo de riesgo según resultados de EAT -40 y establecimientos privados . . . .	56
5.4 Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en grupo de riesgo según resultados de EAT -40 y establecimiento municipalizado . . .	56

## RESUMEN

La presente investigación es un estudio descriptivo comparativo enmarcado en el contexto de los factores de riesgo de los trastornos alimentarios. Se centra específicamente en el estudio de las dimensiones estructurales de las familias de una muestra de 181 adolescentes de dos establecimientos privados y un establecimiento municipalizado.

El objetivo central de esta investigación es determinar si existen diferencias significativas entre las características estructurales de las familias de adolescentes que presentan riesgo de trastorno alimentario y aquellas que presenten actitudes normales de alimentación. Para esto, se midieron las actitudes alimentarias de la muestra total de adolescentes con el EAT – 40 (Eating Attitudes Test), y se entrevistó a sus familias con el FACES III, enviando este instrumento a sus hogares.

De acuerdo a los resultados del EAT – 40, se dividió la muestra total en un grupo de riesgo (puntajes igual o mayor a 30 puntos) y otro normal (puntajes menores a 30 puntos), luego se compararon las características estructurales de las familias, medidas con FACES III, de ambos grupos.

Los resultados obtenidos no permitieron establecer diferencias estadísticamente significativas entre las familias de ambos grupos según EAT – 40, y tampoco fue posible encontrar un patrón característico en las familias con adolescentes de

riesgo. Sin embargo, permitieron detectar un elevado porcentaje de familias balanceadas en los colegios privados y un mayor porcentaje de familias mixtas y extremas en el establecimiento municipalizado. Además la realización de este estudio permitió detectar un mayor porcentaje de adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en comparación a investigaciones anteriores.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

El clamor sociocultural de la delgadez ha penetrado como un artilugio irresistible en las filas de la población femenina adolescente y joven de los países occidentales. El descontento con la imagen corporal de uno mismo afecta al 85% de la población joven femenina y al 40% de la masculina (Rodríguez y colaboradores, 2001).

Esto ha llevado a que un gran porcentaje de jóvenes presenten trastornos alimentarios, lo cual es producto de la interacción de diversos factores como son los aspectos emocionales y de la personalidad, las características familiares, una posible sensibilidad genética y biológica y el vivir en una cultura en la cual se valora de manera importante la delgadez.

Dado el aumento de la aparición de estos trastornos, es necesario encontrar formas más eficaces de prevenirlos y de potenciar en los jóvenes aquellos recursos que sirven de protección.

Sin embargo, antes de prevenir, es fundamental identificar al grupo que presente un mayor riesgo dentro de la sociedad. En ese sentido, la presente investigación está inserta en un grupo de trabajo que pretende estudiar

diferentes factores de riesgo, abocándose en este caso a profundizar en los factores familiares, centrándose en detectar en una población de alto riesgo (adolescentes de colegios y liceos de mujeres), algunas características familiares estructurales que pudieran favorecer la aparición de estos trastornos.

### Aspectos Epidemiológicos

De acuerdo con R. Behar (2000), los dos síndromes psiquiátricos multidimensionales más relevantes y bien delimitados que conforman los trastornos del hábito de comer son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Ambos cuadros están estrechamente vinculados entre sí ya que comparten ciertos rasgos clínicos, y al mismo tiempo, muchos pacientes cambian de una constelación sindromática a otra durante la evolución del desorden.

Cabe señalar que estas afecciones, si bien es cierto en nuestro país actualmente no representan un problema de salud pública como en países desarrollados, en Chile también ha ido en lento y progresivo aumento.

Según Rodríguez y colaboradores (2001), generalmente los trastornos alimentarios afectan mucho más a la mujer que al varón (entre un 6/1 y 10/1). En el caso de la anorexia, la preponderancia del sexo femenino es aún mayor, situándose alrededor de un 95 %, aunque en pacientes infantiles las diferencias entre ambos sexos no son tan marcadas. Con todas estas consideraciones la prevalencia en la anorexia entre las mujeres se ha señalado entre un 0.5% - 3.7%.

De acuerdo con este mismo autor, en el caso de la bulimia las diferencias por sexo son menos llamativas, siendo los varones aproximadamente un 40% de la población afectada.

En cuanto a la variable edad, los trastornos alimentarios se desarrollan en la adolescencia o en la juventud, aunque existen casos excepcionales que

aparecen después de los cuarenta años o en la infancia. En el caso de la bulimia, el inicio es algo más tardío, comenzando entre los 18 y 20 años. En un principio se pensaba que los trastornos alimentarios eran más frecuentes en los niveles socioculturales medios y altos. Sin embargo, en la actualidad esta tendencia ha desaparecido; por un lado cabe destacar una mayor uniformidad entre las clases sociales y un acceso igualitario hacia los estereotipos culturales en los que el éxito se asocia a un culto a la delgadez y a una figura atractiva. A pesar de esto, sí existen grupos de riesgo según sea el desempeño profesional, hallándose mayor riesgo en grupos de atletas, bailarinas y modelos, entre otras (Rodríguez y colaboradores, 2001).

#### Definición de los Trastornos Alimentarios

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV, el criterio diagnóstico para la **Anorexia Nerviosa** es el siguiente:

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

B.- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, inclusive estando por debajo del peso normal.

C.- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D.- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ej., con la administración de estrógenos).

Basándose en este criterio se puede especificar:

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo / purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Según este mismo manual, el criterio diagnóstico para la **Bulimia Nerviosa** es el siguiente:

A.- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ej. en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B.- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C.- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D.- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Basándose en este criterio se puede especificar:

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Además de las características incluidas en los criterios diagnósticos del DSM IV, la clínica de los trastornos alimentarios incluye otras descripciones más exhaustivas para identificarlos. Según Rodríguez y colaboradores (2001),

existen cuatro aspectos fundamentales a la hora de describir la sintomatología de los trastornos alimentarios.

#### 1. Alteraciones de la Conducta:

En anorexia nerviosa:

- Existe una considerable pérdida de peso autoinducida mediante una ingesta anómala (dieta rigurosa y restricción en la ingesta, parcial e incluso total). Se acompaña de una preocupación constante por el peso, modificación de los horarios de comidas, ayuno, ejercicio excesivo y provocación del vómito. En los casos de tipo bulímico, existen episodios de atracones seguidos de vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

En la bulimia nerviosa:

- Está marcada por episodios recurrentes de ingesta voraz, en los que el paciente pierde totalmente el control. Aparecen con mayor frecuencia a media tarde y en ellos se incluyen alimentos "tabú" para el propio paciente. Esto provoca sentimientos de auto desprecio, culpa y ánimo depresivo, que obligan a la puesta en marcha de mecanismos compensatorios, como los vómitos autoinducidos en el tipo purgativo y el ayuno y ejercicio excesivo en el tipo no purgativo. Todo ello acompañado de un miedo incontrolable a engordar.

## 2. Alteraciones cognitivas:

Entre estas alteraciones cabe destacar:

- generalizaciones excesivas
- magnificación de las consecuencias negativas
- pensamiento dicotómico
- ideas de autorreferencia
- pensamientos supersticiosos y sentimientos de ineficacia.

## 3. Trastornos psicopatológicos:

- Alteración de la propia imagen corporal y de los estímulos procedentes del cuerpo: hambre, saciedad, fatiga o debilidad física
- Trastorno de ansiedad: de carácter fóbico
- Rasgos obsesivos compulsivos
- Trastornos afectivos, especialmente de carácter depresivo
- Ausencia de conciencia de la enfermedad, sobre todo en los estados iniciales
- Tendencia a la manipulación del entorno, es decir, conductas que modifican las situaciones en las que se ven obligadas a comer.
- Conductas de engaños, mienten para lograr lo que quieren.
- Aislamiento social
- Conductas suicidas y conductas agresivas en algunos casos.

#### 4. Complicaciones médicas:

Frecuentemente no son diagnosticadas hasta que la gravedad del cuadro es extrema. Ejemplo de éstas son alteraciones electrolíticas graves, infecciones o incluso alteraciones del propio tratamiento.

### Etiología

Pese a la gran cantidad de investigaciones en los últimos años sobre los trastornos alimentarios, su etiología sigue siendo en gran medida un enigma. Sin embargo, se sabe la gran importancia que poseen los siguientes factores (Rodríguez y colaboradores, 2001), y que para una mayor comprensión se clasificarán de la siguiente manera:

#### 1.- Biológicos:

- Genéticos: Dada la prevalencia de los trastornos alimentarios en familiares de pacientes, parece existir una vulnerabilidad genética para el desarrollo de comportamientos o actitudes características, la cual unida a determinados factores ambientales y psicosociales, puede facilitar el desarrollo de un trastorno de la alimentación.
- Endocrinos: En el caso de la anorexia nerviosa, se ha constatado la presencia de alteraciones a diferentes niveles. Así se han encontrado

alteraciones hipotalámicas, alteraciones en el eje hipotalámico – tiroides, en el eje hipotálamo – hipófisis - suprarrenal, en el eje hipotálamo – hipófisis – gonadal, aumento de las concentraciones de la hormona del crecimiento en relación inversamente proporcional a los valores de la albúmina, alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y prolactina, entre otras. Sin embargo, en la actualidad aún es necesario descubrir si dichas alteraciones son primarias o secundarias al desarrollo de la enfermedad.

Respecto de la bulimia, se han observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito; así como se ha buscado una posible relación entre trastornos afectivos y bulimia mediante marcadores biológicos vinculados con la depresión, encontrándose similitudes en los perfiles neuroendocrinos de ambos procesos.

## 2.- Psicológicos:

- Individuales: Cabe mencionar los estudios sobre la existencia de un trastorno de personalidad, encontrándose que éstos suelen ser de tipo obsesivo – compulsivo, sobre todo en la anorexia restrictiva. Sin embargo, la bulimia parece estar más relacionada con el trastorno límite de la personalidad. Además de lo anterior, se añaden otros aspectos

individuales relevantes, como son, baja autoestima, insatisfacción de la imagen corporal, perfeccionismo.

- Familiares: Con respecto a las características familiares de las pacientes con trastornos alimentarios, la dinámica familiar se caracteriza porque sus miembros están muy involucrados entre sí o son muy controlados, impidiendo que la paciente esté en armonía con sus necesidades íntimas. Así mismo, se observan en estos grupos familiares actitudes sobreprotectoras y rigidez, eludiéndose típicamente los conflictos y mostrándose en apariencia un núcleo familiar perfecto que permanece unido en aras del progreso social y económico. El padre aparece generalmente ausente, tanto física como afectivamente o a veces seductor, muy crítico y hasta cruel. La madre puede mostrarse ambivalente respecto de la paciente, por un lado aprensiva, tolerante, hogareña, pero al mismo tiempo inmadura, incapaz de brindar apoyo, dependiente de su propia madre, y con sentimientos de envidia y competencia en relación a la delgadez de su hija (Behar, 2000).

### 3.- Socioculturales:

Las teorías socioculturales se basan en la posible relación existente entre la anorexia nerviosa como respuesta a la sobrevaloración que le ha otorgado la sociedad contemporánea occidental a la delgadez. Por otro lado, la inundación de alimentos cada vez más sofisticados en sabor y textura, contradictoria con el

surgimiento de diversos sistemas para conservar la silueta, tanto físicos como dietéticos, son mensajes socioculturales contrapuestos que influyen en la mujer actual, que además se ve enfrentada a un cambio de sus roles tradicionales, de dueña de casa y madre, que lleva implícito altas exigencias de logros profesionales (Behar, 2000).

### Factores de Riesgo de los Trastornos Alimentarios

El desarrollo de los trastornos alimentarios es muy complejo, por lo que ninguno de los factores descritos anteriormente es determinante ni es la causa de la génesis de estos trastornos. A pesar de esto, algunos autores postulan que existen factores que por el sólo hecho de estar presente facilitarían, en alguna medida la aparición de un trastorno alimentario, estos factores son denominados de riesgo. En el último tiempo, basados en la experiencia empírica, se ha puesto un gran énfasis en los modelos multifactoriales de riesgo, que se refieren a una constelación de factores presentes en interacción a la base de un trastorno alimentario. Situándonos en esta perspectiva, a continuación se describirán los factores de riesgo considerados como más relevantes para los trastornos alimentarios.

- Sexo femenino: Según el análisis etiológico anterior, en nuestra sociedad ser mujer implica un mayor riesgo en la incidencia de los trastornos alimentarios, ya que se sobrevalora la belleza y la delgadez de manera

- particular. En un nivel básico, las mujeres con mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios deberían ser aquellas que han aceptado e interiorizado más profundamente las normas socioculturales sobre delgadez y atractivo (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986).
- Ambiente sociocultural: Si bien no está demostrado que las personas de un nivel socioeconómico superior tengan un mayor riesgo de presentar estos trastornos, sí hay ciertos ambientes que parecieran aumentar el riesgo. Por ejemplo, se cree que los colegios tipo internados y universidades originan desórdenes alimentarios tales como la bulimia, ya que son ambientes de altas exigencias y semi cerrados; en este sentido los campus sirven para intensificar las presiones socioculturales para ser delgados. Por otra parte, los miembros de profesiones que dictan un cierto peso corporal – por ejemplo, bailarinas, modelos, actrices y atletas – demuestran una mayor incidencia de anorexia y patologías alimentarias relacionadas, que los individuos cuyos desarrollos de trabajo no están relacionados con su apariencia y peso (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986).
  - Etapa del ciclo vital: La pubertad y la adolescencia se caracterizan por ser períodos de muchos cambios tanto psicológicos como físicos. Esto exige al adolescente que desarrolle ciertas capacidades para adaptarse de la mejor manera posible y, a la vez, los pares cobran una importancia

fundamental en esta etapa. Relacionado con lo anterior, el estar fuera de tiempo con respecto al desarrollo biológico con los iguales, presenta un estrés particular y aumenta el riesgo de una crisis de desarrollo. En términos de insatisfacción corporal, pareciera que las niñas con desarrollo precoz están más descontentas con su peso.

- Control del peso, preocupación exagerada por el peso y la silueta:  
Diversos estudios han revelado que la exagerada preocupación por el peso y hacer dietas aumentaría el riesgo de presentar estos trastornos. Smolak y Levine (1996), descubrieron que los niños de escuela primaria que hacían dieta se sentían menos satisfechos con su cuerpo y presentaban más actitudes y conductas alimentarias anormales (Shisslak y colaboradores, 2000).
- La imagen corporal, la insatisfacción con el propio cuerpo: En un estudio llevado a cabo durante tres años, la insatisfacción con el propio cuerpo condujo a la restricción de la alimentación, y también hallaron que esta variable tenía una relación significativa con el inicio de los síntomas de los trastornos alimentarios en un lapso de tres años (Shisslak y colaboradores, 2000).
- Funcionamiento psicológico general: Las dificultades con la regulación del afecto o la inestabilidad afectiva; el perfeccionismo y un ambiente de

## Investigaciones de los Factores Familiares en los Trastornos Alimentarios

Entendiendo que las dinámicas familiares son uno de los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de los trastornos alimentarios, se realizará un recorrido a través de las investigaciones y estudios que han intentado explorar sobre este tema, seleccionando aquellas que son más relevantes en relación a la presente investigación.

Las primeras descripciones de la aflicción a nivel familiar causada por los desórdenes alimentarios fueron informes intensos y abrumadores de cómo los padres de anoréxicas respondían a la crisis de hambruna de sus hijas y del rol que juega la enfermedad en las dinámicas familiares. Generalmente, las descripciones teóricas tanto desde la perspectiva de los sistemas familiares como de la perspectiva psicodinámica coinciden en describir a la anoréxica como alguien que tiene dificultad para separarse de la familia y para consolidar una identidad individual, independiente. Los problemas de individuación se pensaba era el resultado, en gran parte, de alteraciones mayores y más profundas en la dinámica familiar, estructura de rol y expresión afectiva entre los miembros de la familia (Strober y Humphrey, 1987).

Otros autores en sus estudios han apoyado lo anterior, Goldstein (1981), utilizando el Test de Apercepción Temática y las grabaciones de las interacciones de las familias durante una tarea de resolución de problemas, llegó a la conclusión que las familias anoréxicas difieren en forma importante de las familias de control normal en la medición de dependencia – inseguridad

mucha presión; la baja autoestima, relacionada con las actitudes negativas respecto del propio cuerpo, pueden constituir factores de riesgo para los trastornos alimentarios. El deseo de aprobación social, una tendencia a evitar los conflictos, y dificultades para identificar y expresar sus propias necesidades, son características que se han encontrado en pacientes bulímicas, mientras que la obsesión, la inhibición social, la sumisión y la restricción emocional estarían presentes en las pacientes anoréxicas (Shisslak y colaboradores, 2000).

- Los medios de comunicación: En un análisis de los efectos de los medios en el desarrollo de los trastornos alimentarios, Levine y Smolak (1996), concluyeron que las imágenes mediáticas del éxito y la belleza femenina eran un aspecto importante del contexto dentro del cual se desarrolla la alimentación anormal.
- Dinámicas familiares: Según el análisis etiológico realizado se ha visto que existen características y dinámicas familiares particulares en las pacientes que presentan trastornos alimentarios. Éstas serán revisadas en profundidad en el siguiente capítulo, por tratarse del tema central de la presente investigación.

(solicitud de apoyo y protección, intento de respuesta y complacencia), que fue interpretado por Goldstein para significar una menor tolerancia del conflicto y para la expresión de estados emocionales negativos. Esto estaría directamente relacionado con poca flexibilidad ante los cambios en las familias, lo que afectaría de alguna manera, el proceso de individuación en el adolescente.

Por otra parte, en un estudio basado en el enfoque estructural, Minuchin y colaboradores (1978), observaron las siguientes características transaccionales en la organización familiar y funcionamiento de las familias con hijas anoréxicas: aglutinamiento, rigidez, sobreprotección, pobre resolución de conflictos y participación de los niños en los conflictos parentales. Otros autores complementaron el modelo y lo aplicaron a la bulimia.

Otra característica relevante que se ha descrito en estas familias tiene que ver con que la jerarquía y el liderazgo no están bien establecidos, lo que se agrava aún más cuando existe un patrón comunicacional en el que los miembros de la familia si bien son capaces de calificar coherentemente sus comunicaciones verbales y no verbales, rechazan los mensajes enviados por otros. Este desorden comunicacional conduce a un incremento en la discrepancia comunicacional, ya que la mutua retroalimentación no está integrada, lo que a su vez desarrolla un estado de tensión y estrés, creándose de esta manera una organización familiar frágil, que no es capaz de responder efectivamente hacia los síntomas de un desorden alimentario (Haworth-Hoepfner, 2000).

En otro estudio de corte familiar, sobre 10 casos de pacientes anoréxicas se extrae que un aspecto común en todos estos hogares es el empuje ascendente,

sea en lo económico, en lo social, o en lo intelectual. La familia se mantiene unida a costa de cualquier sacrificio (económico, sentimental, de vida) en aras del progreso y del perfeccionamiento. Las madres se caracterizan por ser “perfectas”, “posesivas” y “omnipotentes”, que desde muy temprano impiden el desarrollo y la emancipación de la futura anoréctica. Frente a los hijos, demuestran desde muy temprano una gran preocupación por su salud y su estado nutricional, y en la educación son muy estrictas, sobre todo en lo que concierne a la obediencia, los rendimientos escolares y la moral sexual (Otto Dörr, 1998).

Varios estudios recientes han usado índices de auto informes para comparar las relaciones familiares percibidas entre miembros familiares bulímicos o anoréxicos con aquellos sujetos normales. Tres proyectos independientes han encontrado diferencias duplicadas entre sujetos bulímicos y de control normal en la Escala de Ambiente Familiar y en la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Jonson y Flach (1985) y Ordman y Kirschenbaum (1986), encontraron que las bulímicas percibían a sus familias como menos cohesionadas, expresivas, y menos activas en el área recreación y como más conflictivas al compararlas con la percepción de mujeres normales. Usando las mismas mediciones, Humphrey (1986) encontró que los miembros de una familia anoréxica – bulímica percibían sus relaciones familiares como menos involucradas y apoyadoras y más aisladas, conflictivas y menos estructuradas que los sujetos normales.

A continuación se describirán los resultados más importantes de una investigación realizada de manera bastante exhaustiva a las familias de 52 pacientes que han estado en terapia en un período de ocho años. Los aportes de esta investigación permiten comprender cómo es que se han llegado a dar las dinámicas familiares de las pacientes con trastornos alimentarios, y cómo estas características se van pasando transgeneracionalmente. Con respecto a la relación de pareja, ésta se caracteriza por mantener un rígido equilibrio que deja poco margen tanto para la desestabilización que comporta la crianza de los hijos pequeños, como para la tolerancia de procesos perturbadores provenientes de las relaciones con las familias de origen y con el mundo laboral (Selvini Palazzoli, 1999). Esto podría, eventualmente, convertir a la familia en un sistema rígido que no permita el normal desarrollo del proceso de individuación. A partir de este recorrido por las distintas investigaciones, se puede observar que la mayoría de los estudios han puesto énfasis en los factores estructurales de la familia y su funcionamiento, especialmente en la capacidad de adaptación a las diferentes situaciones y la capacidad de ir desprendiéndose de los lazos familiares según sea necesario. Es por esto, que las autoras consideran pertinente basarse en la propuesta teórica de Salvador Minuchin con su enfoque estructural, aproximándose a las dimensiones estructurales propuestas por él a través de un instrumento (FACES III) creado por David Olson y colaboradores, detallando estas conceptualizaciones más adelante. Además se considerará la etapa de adolescencia, por ser ésta de mayor riesgo para estos trastornos, y clave para la individuación.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

En el presente capítulo se realizará un acercamiento a las dinámicas familiares de riesgo para la generación de trastornos alimentarios desde la perspectiva sistémica y dentro de ésta se profundizará en el enfoque estructural. Luego se finalizará con la descripción del Modelo Circumplejo, que logra operacionalizar las variables propuestas por el modelo.

En la cultura moderna, la adolescencia abarca un período de por lo menos 10 años, y tanto su inicio como su final suelen ser poco precisos.

Una de las características más evidentes de esta etapa es la gran cantidad de cambios físicos que experimentan los jóvenes, semejante en su rapidez a los cambios que ocurren durante los dos primeros años de vida, con la diferencia que el adolescente es capaz de observar este proceso. El hecho que sea conciente de lo que le está ocurriendo produce en él placer, dolor y una serie de sentimientos relacionados con su imagen corporal, en un intento por adaptarse a lo que está viviendo y al grupo que lo rodea (Craig, 1999).

Además de los cambios físicos, los adolescentes se encuentran en un período de transición en el que muchos otros aspectos de ellos mismos están

cambiando, intelectualmente se caracterizan por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición, estas habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida.

También ocurren otros cambios en el ámbito emocional, psicológico, social y familiar. Este último aspecto es de mucho interés y se profundizará especialmente en él.

Así como otras etapas de la vida, la adolescencia también plantea retos y problemas de desarrollo que exigen nuevas habilidades y respuestas. En general los teóricos coinciden en que el adolescente debe encarar dos grandes desafíos: (Craig, 1999)

- Lograr la autonomía y la independencia respecto a sus padres.
- Formar una identidad, esto es, crear un yo integral que combine en forma armoniosa varios elementos de la personalidad.

Según John Hill (1987), la autonomía debería definirse como autorregulación.

La independencia implica la capacidad de hacer juicios por uno mismo y regular la conducta personal.

En este sentido la familia juega un papel fundamental, ya que las diferentes dinámicas que en ella se den tendrán mucha importancia para el adolescente a la hora de lograr esta independencia. Es por esto que las familias deben, de alguna manera, ser lo suficientemente flexibles para permitir que el joven explore y descubra esta autonomía.

Otros autores como Blos, 1962; Boszormenyi – Nagy, 1965; Mahler, Pine y Bergman, 1975, apoyan la idea planteada anteriormente, ya que consideran que la tarea personal típica del adolescente es la individuación, entendida como el agudizamiento de las fronteras que le separan a uno mismo de los demás, el corte de los lazos con los objetos de la infancia y la toma de distancia frente a los padres (Marchesi y colaboradores, 1985).

Sin embargo, no todas las familias favorecen por igual la autonomía de los hijos al llegar esta etapa. Estas diferencias entre familias constituyen precisamente uno de los problemas no menores que el adolescente ha de afrontar en la búsqueda de su independencia.

Que el adolescente pueda salir airoso del complejo proceso de individuación, no depende sólo del esfuerzo que éste realice, sino también de una reestructuración del sistema familiar en el que está inserto, que lo acompañe en este proceso, cambiando y acomodándose a las nuevas exigencias y necesidades.

Siendo coherentes con el planteamiento anterior, las autoras se centrarán en la enfoque estructural de Minuchin, quien propone un interesante y aportador punto de vista acerca del estudio de la familia. El esquema que plantea, propone una concepción de familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, el que tendría tres componentes: (a) una estructura, que sería la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, (b) un desarrollo por parte de la familia, que mueve a este sistema a desplazarse por una serie de etapas, que exigen una reestructuración, (c) la adaptación de la familia a las

circunstancias cambiantes de modo tal que mantenga una continuidad y fomente el crecimiento psicosocial de cada miembro (Minuchin, 1999).

En relación a la estructura familiar Minuchin (1999) dice: "es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema" Como se señala en la definición, la estructura familiar está dada por el funcionamiento de los distintos miembros que forman el sistema familiar, y cada miembro tiene a su vez ciertas necesidades y responsabilidades que cambian según la etapa del desarrollo que están viviendo. Esta diferencia en relación a las funciones que desempeñan los miembros de la familia los agrupa en diferentes subsistemas, como son el conyugal, parental y fraterno. Cada miembro pertenece a uno o más de ellos, en los que tiene diferentes niveles de poder y aprende ciertas habilidades.

Para que el sistema familiar funcione, es necesario que cada subsistema tenga reglas que definan quiénes participan y de qué manera, en cada uno de ellos. A este conjunto de reglas Minuchin le llama límites.

El autor señala que los tipos de límites podrían clasificarse dentro de un continuo, en un extremo estarían los límites difusos (aglutinamiento) y en el otro, los límites sumamente rígidos (desligamiento). Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a un punto medio de este continuo. Es fundamental para la existencia de la familia, que estos límites permitan contar

con pautas alternativas de transacción y la flexibilidad para movilizarse cuando necesita hacerlo.

El sistema familiar sufre con el tiempo y las distintas circunstancias, diversos cambios que exigen la acomodación de los miembros, estos cambios ocurren en lo que Minuchin ha denominado desarrollo familiar, éste “transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente . . .” (Minuchin 1984).

Habría en este desarrollo, periodos de más equilibrio y otros que requieren de una mayor adaptación. Para esta investigación es de interés profundizar especialmente en la etapa de la familia con hijos en edad escolar o adolescentes, descrita por Minuchin (1984), en la cual los hijos ingresan al sistema escolar, y la familia deberá empezar a relacionarse con un sistema bien organizado y muy influyente en la vida del niño. Con la adolescencia el grupo de pares cobrará mucho poder, será una fuerte influencia en cuanto a vestimenta, estilo de vida, política, sexo, etc. pudiendo convertirse en un competidor para la familia. Será, por lo tanto, una etapa clave en el proceso de individuación, y también será de gran importancia la flexibilidad que en este momento exista en la familia para permitir y apoyar la gradual adquisición de autonomía que necesita el adolescente. Éste empezará a demandar cada vez más reacomodaciones de sus padres y será importante la respuesta que ellos den a estas nuevas demandas.

Con respecto específicamente a las familias con una paciente anoréxica, Minuchin (1985), señala que hay una característica predominante en ellas relacionada con los límites, en estas familias éstos estarían poco delimitados

entre los diferentes subsistemas “están enredadas hasta el punto que los límites entre las personas son demasiado débiles como para definir y proteger” (Minuchin, 1985). Esto las mantendría atrapadas en una constante dependencia, donde la entrega, la lealtad y el bienestar del grupo son fundamentales, y a su vez, dificultaría que las niñas se sientan lo suficientemente seguras para llevar a cabo el proceso de independencia típico en la adolescencia.

La descripción tradicional de la familia de individuos anoréxicos ha incluido las siguientes características de su interacción (Minuchin y colaboradores, 1978).

- Intrincación (enmarañamiento): los miembros de la familia son altamente sensibles a los otros y tienden a “sentir” los movimientos de cada uno.
- Sobreprotección: la nutrición emocional y el cuidado de los padres se vuelve excesiva, ejerciéndose una potente antagonía a las fuerzas del desarrollo y el cambio cuando se produce el paso de la niñez a la adultez.
- Rigidez: los comportamientos son caracterizados por ser rígidos y tender a estar siempre en lo mismo, sin posibilidad de modificarse cuando la situación lo requiere.
- Escasez de resolución de conflictos: las argumentaciones nunca se terminan, los problemas nunca se resuelven, dándose un estado crítico de tensión y desagrado resignado.
- Involucramiento de un niño vulnerable: la no resolución de conflictos entre los padres lleva a involucrar a un hijo vulnerable sintomáticamente.

Las familias bulímicas se caracterizan por lo anterior y se les agrega tres características (Schwartz, 1984):

- aislamiento de la paciente índice
- hiperconciencia sobre la apariencia
- un apego de manera especial al alimento y al comer

Es así, como una gran cohesión en las familias, que no permita la diferenciación de cada uno de los miembros y subsistemas que componen el sistema familiar, además de una alta rigidez al momento de tener que adaptar ciertas reglas en las diferentes etapas del desarrollo familiar, darían a sus miembros pocas posibilidades para el cambio, lo que es fundamental durante el período de la adolescencia, en el que necesitan poco a poco ir desprendiéndose de la familia y acomodándose a experiencias de vida diferentes. Estas familias limitarían de manera importante el proceso de individuación que ocurre durante la adolescencia, ya que las asociaciones con amigos fuera del ámbito familiar que se dan en este período son vistas por la familia como deslealtad hacia sus miembros. "Los cambios producidos en la pubertad tienden a producir una gran dosis de ansiedad en las familias de anoréxicas y, a la vez, desesperados intentos por mantener la estabilidad" (Stierlin y Weber, 1997).

Además de las características estructurales descritas anteriormente, hay ciertas ideas y premisas que se transmiten de una generación a otra y que prevalecen en las familias de manera más o menos implícita, que dificultan también el proceso de individuación. Algunos supuestos básicos en estas familias "que se manifiestan como un código interiorizado de conductas construido en torno a

principios (implícitos)" (Stierlin y Weber, 1997), son aquellos que privilegian la unión y cohesión familiar, y se le suman además la interiorización de ideales de logros, tanto en forma de legado familiar como social.

Otro aspecto que aparece en estas familias y que obstaculiza el proceso de individuación, es el fuerte sentido de justicia familiar, que obliga a los padres a negar toda preferencia que pueda existir entre los hijos. Este concepto tan rígido hace que no acepten las diferencias habituales de los hijos ni su individualidad.

Las ataduras de estas familias se traducen en límites difusos, no sólo en la familia nuclear sino también de manera intergeneracional, generando una dinámica de extrema cohesión, con características como (Kelsey – Smith y Beavers, 1981):

- a) rígidas fronteras externas
- b) se restringen los intentos a la autonomía y la separación, y se atribuye un máximo de importancia a la cohesión
- c) se evitan los conflictos, lo que produce una estabilidad demasiado rígida que dificulta los cambios.

En este contexto de premisas familiares que ponen énfasis en la cohesión y estructuras rígidas y de límites difusos, la individuación es interpretada como una amenaza y una dificultad para la familia. Una forma que tiene la joven de poner a prueba su autonomía, la que no es estimulada por la familia, es siendo perseverante e inflexible en su propósito de bajar de peso; creando un espacio donde ella tiene el poder de controlar y decidir sobre un dominio específico, en este caso el alimento y su cuerpo. Sin embargo, este paso hacia la

individuación es también una limitación para la joven, ya que su vida gira en torno a la comida, volviéndose dependiente de ésta (Stierlin y Weber, 1997).

### Modelo Circumplejo

A través de la revisión bibliográfica, hemos puesto énfasis en la importancia que tienen las diferentes estructuras y dinámicas familiares en los trastornos alimentarios.

Como una forma de operacionalizar lo anterior, en su modelo Circumplejo, Olson evalúa las relaciones familiares en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiares. Sin embargo, para esta investigación se utilizará sólo una parte de este modelo, vale decir, las dimensiones estructurales de cohesión y adaptabilidad familiares, ya que son éstas las que permiten describir en mayor medida las dinámicas familiares propuestas por Minuchin, y así identificar las características particulares de las familias con un miembro que presente un trastorno alimentario.

A continuación se describirán estas dos dimensiones.

*Cohesión familiar.* Esta variable evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Se define como “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí”. En esta dimensión, demasiada proximidad desemboca en un apego excesivo, en una sobreidentificación con la familia, y la carencia de proximidad se traduce en un

desapego. Según los autores del modelo, un nivel balanceado de cohesión familiar conduciría a un funcionamiento familiar efectivo y a un desarrollo individual óptimo (Olson, Sprenkle & Russel, 1986).

Dentro de esta dimensión, los conceptos específicos a medir y evaluar son: lazos emocionales, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación (Olson, Sprenkle & Russel, 1986).

Existirían cuatro niveles básicos de cohesión (Olson, Russell, Sprenkle, 1983):

1. Desapegada (muy bajo)
2. Separado (bajo o moderado)
3. Conectado (moderado a alto)
4. Aglutinado o fusionado (alto)

En esta dimensión las familias de anoréxicas y bulímicas se encontrarían más cercanas a un nivel extremo de apego, es decir en las familias aglutinadas o fusionadas.

*Adaptabilidad familiar.* Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como “la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo” (Olson, Sprenkle & Russel, 1983). Las variables que pueden ser utilizadas para medir esta dimensión son: estructura de poder familiar (afirmación, control, y disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación (Olson, Sprenkle & Russel, 1983).

Se consideran cuatro niveles de adaptabilidad: (Olson, Russell, Sprenkle, 1983):

1. Rígido (muy bajo)
2. Estructurado (bajo a moderado)
3. Flexible (moderado a alto)
4. Caótico (muy alto)

Las familias de anoréxicas y bulímicas corresponderían a familias más cercanas al extremo de rigidez.

La combinación de estas dos dimensiones permite identificar y describir 16 diferentes tipos de sistemas maritales y familiares (combinando los cuatro niveles de la primera dimensión con los cuatro de la segunda). Estos pueden ser agrupados en tres tipos más generales (Olson, 1986):

1. Familias balanceadas (aquellas que son balanceadas en ambas dimensiones: flexiblemente separadas, flexiblemente conectadas, estructuradamente separadas, estructuradamente conectadas.)
2. Familias de rango medio o familias de tipo mixto (aquellas que son extremos en una dimensión pero balanceados en la otra: caóticamente separadas, flexiblemente desapegadas, caóticamente conectadas, flexiblemente apegadas, estructuradamente desapegadas, estructuradamente apegadas, rígidamente separadas, rígidamente conectadas).

3. Familias extremas (aquellas que son extremas en ambas direcciones: caóticamente desapegadas, caóticamente apegadas, rígidamente desapegadas, rígidamente apegadas).

La hipótesis central derivada de este modelo, es que las familias balanceadas funcionarán de manera más adecuada que las familias extremas. Esta hipótesis está construida sobre la base de que las familias extremas, en ambas dimensiones, tenderán a tener más dificultades para enfrentar el estrés situacional y de desarrollo (Olson, Sprenkle & Russel, 1983).

A continuación se describirán los tipos de familia anteriormente mencionados, los cuales resultan de las intersecciones de las descripciones establecidas para las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (Olson, Sprenkle & Russel, 1993).

## COHESIÓN FAMILIAR

	<b>AMALGAMADA</b>	<b>CONECTADA</b>	<b>SEPARADA</b>	<b>DESLIGADA</b>
<b>Apego emocional</b>	Extrema cercanía emocional. Lealtad exigida.	Cercanía emocional. Lealtad familiar por descontado.	Predomina separación emocional. Ocasional lealtad familiar.	Extremo desapego emocional. Carencia de lealtad.
<b>Compromiso familiar</b>	Muy alto compromiso simbiótico; alta dependencia mutua. Dependencia afectiva explícita.	Énfasis en compromiso; distancia permitida. Contacto afectivo preferido y estimulado.	Compromiso aceptable pero distancia preferida. Bajo contacto afectivo.	Mínimo. Escaso contacto afectivo.
<b>Relación Marital</b>	Extrema reactividad emocional.	Cercanía emocional.	Separación emocional.	Desvinculación emocional extrema.
<b>Coaliciones padre - hijo</b>	Coalición entre padres e hijos. Falta de límites generacionales.	Límites claros con cercanía entre padres e hijos.	Límites claros; baja cercanía entre padres e hijos.	Ausencia cercanía padres – hijos.
<b>Límites internos</b>	Falta de separación personal.	Separación respetada, pero no valorada.	Cierta separación estimulada.	Predomina separación personal.
<b>Tiempo</b>	Máximo de tiempo juntos (soledad no permitida).	Tiempo juntos importante (soledad permitida).	Soledad importante. Escaso tiempo juntos.	Énfasis en tiempo aparte.
<b>Espacio</b>	Espacios individuales no permitidos.	Espacios compartidos y privacidad respetada.	Preferencia por separación.	Necesidad y preferencia por separación.
<b>Decisiones</b>	Decisión basada en deseos grupales.	Preferencias por decisiones conjuntas.	Predomina individual. Conjunto es posible.	Independencia, individualismo.
<b>Límites externos</b>	Foco princ. dentro de la familia.	Foco principal dentro de la familia.	Predomina foco (tema) fuera.	Foco predominante fuera de la familia.
<b>Amistades</b>	Preferencia por amigos comunes.	Individuales compartidas con la familia.	Rara vez compartidas con la familia.	Contacto individual y exclusivo.
<b>Intereses</b>	Intereses comunes mandatorios.	Preferencias por intereses conjuntos.	Intereses separados.	Disparidad, diferenciación.
<b>Recreación</b>	No hay.	Predomina recreación compartida.	Recreación a menudo separada.	Recreación individual.

Fig. Nº 1 Descripción de las principales características de los tipos familiares del Modelo Circumplejo, de acuerdo a la dimensión cohesión.

## ADAPTABILIDAD FAMILIAR

	<b>RÍGIDA</b>	<b>ESTRUCTURADA</b>	<b>FLEXIBLE</b>	<b>CAÓTICA</b>
<b>Liderazgo</b>	Liderazgo autoritario. Padres con alto control.	Predomina autoritario, con momentos igualitarios.	Liderazgo igualitario. Cambios fluidos.	Errático e inefectivo. Fracasa control parental.
<b>Disciplina</b>	Autocrática, estricta. Consecuencias rígidas.	Semi democrática. Consecuencias predecibles. Exigente.	Generalmente democrática. Consecuencias negociadas.	Laissez faire. Consecuencias inconsistentes.
<b>Negociación</b>	Escasa negociación. Decisiones impuestas por padres.	Negociaciones estructuradas. Padres deciden.	Negociaciones flexibles. Decisiones por acuerdo.	Negociaciones interminables. Decisiones impulsivas.
<b>Roles</b>	Repertorio limitado. Definiciones estrictas.	Roles estables. Escaso intercambio.	Roles compartidos. Cambio fluido de roles.	Falta de claridad; cambios y reversiones de rol.
<b>Reglas</b>	Reglas inmutables. Activa imposición de reglas.	Resistencia a cambiar. Mantenido con firmeza.	Reglas modificables. Mantenido con flexibilidad.	Cambios frecuentes. Inconsistencia en mantención.

**Fig. Nº 2** Descripción de las principales características de los tipos familiares del Modelo Circumplejo, de acuerdo a la dimensión adaptabilidad.

Las variables de cohesión, adaptabilidad y comunicación han sido operacionalizadas por el propio Olson a través de dos instrumentos de evaluación de estas dimensiones: (a) FACES III (Escala de Evaluación de la

Adaptabilidad y la Cohesión Familiar, 3ª versión, 1985), y (b) Clinical Rating Scale (CRS; Escala de Evaluación clínica).

La presente investigación intentará aproximarse específicamente a las dimensiones descritas por Minuchin utilizando FACES III, por ser un instrumento disponible, de fácil aplicación y que se ha utilizado en investigaciones anteriores, como una manera de identificar los aspectos familiares de riesgo presentes en los trastornos alimentarios.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA

#### Pregunta de Investigación

A partir de las observaciones realizadas por Minuchin, en familias con un miembro con trastorno alimentario, ¿se relacionan las características familiares que él propone (mayor grado de cohesión y menor grado de adaptabilidad) con conductas mal adaptativas de alimentación en niñas adolescentes?

#### Objetivos Generales

- Verificar si las adolescentes que presentan características de alimentación mal adaptativas presentan factores de riesgo familiares (cohesión extrema y rigidez).
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las características estructurales en las familias de las adolescentes que presentan conductas alimentarias mal adaptativas y en aquellas que no presentan estas conductas.

### Objetivos Específicos

- Evaluar si existe relación entre los resultados de EAT – 40 igual o mayor a 30 puntos aplicados a una muestra de adolescentes y la dimensión cohesión medida por FACES III aplicados a sus familias.
- Evaluar si existe relación entre los resultados de EAT – 40 igual o mayor a 30 puntos aplicados a una muestra de adolescentes y la dimensión adaptabilidad medida por FACES III aplicados a sus familias.
- Comparar resultados del EAT – 40 entre la muestra del establecimiento municipalizado y los establecimientos privados.
- Comparar resultados de FACES III entre ambos tipos de establecimientos.

### Hipótesis

- No existen diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de presentar trastornos alimentarios en niñas de establecimientos privados y el establecimiento municipalizado.
- Existen diferencias en los resultados del EAT- 40, identificándose un grupo de riesgo (puntajes igual o mayor a 30 puntos en EAT- 40) y un grupo normal (puntajes menores a 30 puntos en EAT – 40).

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre las características estructurales familiares, medidas por FACES III, del grupo normal y el grupo de riesgo según EAT - 40.
- En el grupo de riesgo identificado con EAT – 40, existe un mayor número de familias extremas según tipología de Olson.
- En el grupo de riesgo identificado con EAT – 40, existe un mayor número de familias ubicadas en el nivel aglutinado de la dimensión cohesión.
- En el grupo de riesgo identificado con EAT – 40, existe un mayor número de familias ubicadas en el nivel rígido de la dimensión adaptabilidad.

### Muestra

Para esta investigación se consideró un total de 181 adolescentes de sexo femenino, por ser éste un factor de riesgo para estos trastornos, que estuviesen cursando 1º año de Enseñanza Media (14 – 16 años) en los siguientes establecimientos de mujeres: Liceo A - 36 de Viña del Mar, Sagrados Corazones de Viña del Mar, Sagrado Corazón de Reñaca. La distribución de las 181 alumnas fue la siguiente:

Liceo de Niñas de Viña del Mar: 115 alumnas (63.5%)

Sagrados Corazones de Viña del Mar: 31 alumnas (17.1%)

Sagrado Corazón: 35 alumnas (19.3%)

La selección de las adolescentes desde estos establecimientos se llevó a cabo en base a los siguientes criterios:

- Que las adolescentes pertenezcan a establecimientos de mujeres.
- Que las adolescentes estén cursando 1º medio, por encontrarse en edad de riesgo.
- Desconocimiento de la prevalencia de trastornos alimentarios clínicos o subclínicos en estos lugares, lo que permite minimizar el sesgo de la muestra.
- Combinación de sujetos de establecimientos municipalizados y privados.
- Accesibilidad al establecimiento.

A toda la muestra se le aplicó el EAT – 40 y FACES III, asegurando condiciones de libertad de participación y confidencialidad.

### Tipo y Diseño de Investigación

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo y comparativo. Es descriptivo, ya que sólo se intenta describir las características y relaciones observadas entre las estructuras familiares y las conductas alimentarias. Es comparativo, porque se buscan diferencias significativas entre dos grupos con características diferentes en relación a las características alimentarias: grupo de

riesgo (puntajes EAT - 40 iguales o mayores a 30 puntos) y grupo normal (puntajes EAT - 40 inferiores a 30 puntos).

El diseño de la investigación corresponde a un diseño no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables, se observan situaciones ya existentes no provocadas intencionalmente, y es transeccional porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández Sampieri, 1991).

### Instrumentos de Evaluación

*F.A.C.E.S. III Escala de Evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar.*

Es un instrumento de autoreporte desarrollado para evaluar las dos dimensiones estructurales del Modelo Circumplejo: cohesión y adaptabilidad familiar, el cual posee además un fuerte respaldo empírico, ya que los estudios de validez realizados para incrementar el rigor científico de las escalas han demostrado que tiene una buena confiabilidad y consistencia interna y confiabilidad test – retest (Olson 1986).

Este instrumento proporciona una evaluación de como los individuos perciben su sistema familiar actual y cómo perciben su sistema familiar ideal.

Consiste en un cuestionario de veinte afirmaciones relacionadas con la familia, de los cuales 10 ítemes miden cohesión y 10 adaptabilidad. Hay 2 ítemes para cada uno de los siguientes cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión:

vinculación emocional, apoyo, límites familiares, tiempo y amigos e intereses y recreación. Hay 2 ítems para cada uno de los siguientes conceptos relativos a la dimensión de adaptabilidad: liderazgo, control y disciplina, y 4 ítems para el concepto combinado de reglas y roles. Los ítems se construyeron para ser comprendidos por personas desde los 12 años, y se les pide a cada miembro de la familia que describan a partir de las afirmaciones, cómo es su familia, asignando un puntaje de 1 a 5 de acuerdo a la frecuencia de dicha afirmación (Olson 1986).

El cuestionario es de fácil administración y puntuación. Existen normas y puntos de corte para: padres a lo largo de todos los estadios del ciclo vital; padres y adolescentes en el estadio de la adolescencia y salida del hogar, y parejas jóvenes sin hijos (Olson, 1986).

Dimensiones	Todos los estadios	Familias con adolescentes	Parejas jóvenes
<b>COHESIÓN</b>	<b>RANGO</b>	<b>RANGO</b>	<b>RANGO</b>
Desligada	10 – 34	<b>10 - 31</b>	10 – 36
Separada	35 – 40	<b>32 - 37</b>	37 – 42
Conectada	41 – 45	<b>38 - 43</b>	43 – 46
Aglutinada	46 – 50	<b>44 - 50</b>	47 – 50
<b>ADAPTABILIDAD</b>			
Rígida	10 – 19	<b>10 - 19</b>	10 – 21
Estructurada	20 – 24	<b>20 - 24</b>	22 – 26
Flexible	25 – 28	<b>25 - 29</b>	27 – 30
Caótica	29 – 50	<b>30 – 50</b>	31 – 50

**Fig. 1** Puntajes de corte FACES III según rangos.

Es importante aplicar el instrumento a tantos miembros de la familia como sea posible, para poder captar la complejidad del sistema familiar.

*EAT – 40 Test de conductas alimentarias.* Este test es una versión traducida adaptativamente del inglés al español y validada del EAT – 40 (Eating attitudes test), diseñado por Garner y Garfinkel en 1982, que consta de 40 preguntas autoaplicables con alternativas de frecuencia cada una (siempre, generalmente, a menudo, algunas veces, raramente y nunca). El puntaje más alto que indica alteración anoréctica o bulímica es de 3 y puede corresponder a la opción siempre o nunca, dependiendo de la clave de la dirección de la interrogante. Garner et al. distinguen tres factores en este cuestionario. El factor I, “dieta”, se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y con la presencia de pensamientos rumiativos en torno a la idea de adelgazar. El factor II, “bulimia y preocupación por el alimento”, mensura detalladamente estos parámetros. El factor III, “control oral”, evalúa el autocontrol demostrado ante la ingestión de alimentos y la percepción de la presión ejercida por los demás para subir de peso. Los factores I y III son opuestos al factor II, y reflejan el deseo de restringir la ingesta alimentaria versus el consumo descontrolado de grandes cantidades de alimentos seguido de vómitos autoinducidos y/o abuso de laxantes y/o diuréticos para bajar de peso. Un puntaje total igual a 30 o más en el EAT – 40 es indicativo de la existencia de un probable trastorno de la conducta alimentaria (Behar y colaboradores, 1994).

### Procedimiento

La aplicación del EAT – 40 fue llevada a cabo de la siguiente manera:

- Se pidió autorización a las respectivas directoras de los establecimientos a través de una carta y una reunión personal para poder realizar la investigación.
- Se conversó con las profesoras que estaban encargadas del curso al momento de la aplicación del test, pidiéndoles que nos cedieran parte de la hora de clases.
- Se les explicó a las adolescentes de qué se trataba el test, y se les preguntó si querían participar, aclarándoles que su participación era voluntaria y confidencial.

La aplicación del FACES III se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Una vez que las adolescentes terminaron de responder el EAT – 40, se les entregó el FACES III con las instrucciones respectivas.
- Se les pidió que lo respondieran todos los miembros de su familia mayores de 12 años, incluidas ellas y que lo trajeran de vuelta en el plazo de unos días, entregándoselos a sus profesoras.
- En este caso también se les explicó que no se expondrían los nombres de quienes respondieran los test y que la información sólo sería utilizada por las investigadoras.

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

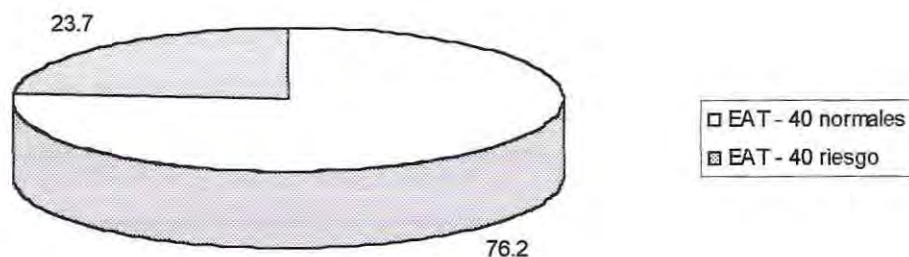
En esta sección se presentan los resultados obtenidos en relación a las conductas alimentarias (EAT – 40) de las adolescentes de los diferentes establecimientos, y las dinámicas estructurales (FACES III) de las familias de las adolescentes encuestadas.

#### Análisis EAT – 40

La muestra total a la que se le aplicó el EAT – 40 fue de 181 adolescentes, de las cuales 138 obtuvieron un puntaje inferior a 30 puntos (76.2%) y 43 obtuvieron un puntaje mayor o igual a 30 puntos (23.7%).

<b>EAT – 40 TOTAL</b>	<b>%</b>	<b>EAT – 40 &lt; 30 puntos</b>	<b>%</b>	<b>EAT – 40 ≥ 30 puntos</b>	<b>%</b>
181	100	138	76.2	43	23.7

**Tabla 1** Resultados de EAT – 40 de la muestra total.



**Fig. 1** Distribución de los resultados de EAT – 40 en muestra total.

Del total de 181 adolescentes que contestaron el EAT – 40, 65 (35.9%) pertenecen a establecimientos privados, y de ellas 48 (73.8%) obtuvieron puntajes menores a 30, mientras que 17 (26.1%) tuvieron puntajes iguales o mayores a 30. El número de adolescentes que pertenecen al establecimiento municipalizado es de 116 (63.5% de la muestra), de las cuales 90 (77.5%) obtuvieron puntajes menores a 30 y 26 (22.4%) obtuvieron puntajes iguales o mayores a 30.

El análisis de chi cuadrado de los puntajes obtenidos por la muestra total en EAT – 40 y tipo de establecimiento, considerando un nivel de significancia del 5%, determinó que no existirían diferencias significativas entre los tipos de establecimientos educacionales con respecto a los puntajes de EAT - 40 ( $X^2 = 1.884$ ,  $p = 0,17$ ).

EAT - 40 / Establecimiento	Puntaje menor a 30	%	Puntaje mayor o igual a 30	%	Total	%
Privados	48	73.8	17	26.1	65	35.9
Municipalizados	90	77.5	26	22.4	116	63.5
<b>Total</b>					181	100

Tabla 1.1 Resultados EAT – 40 según tipo de establecimiento.

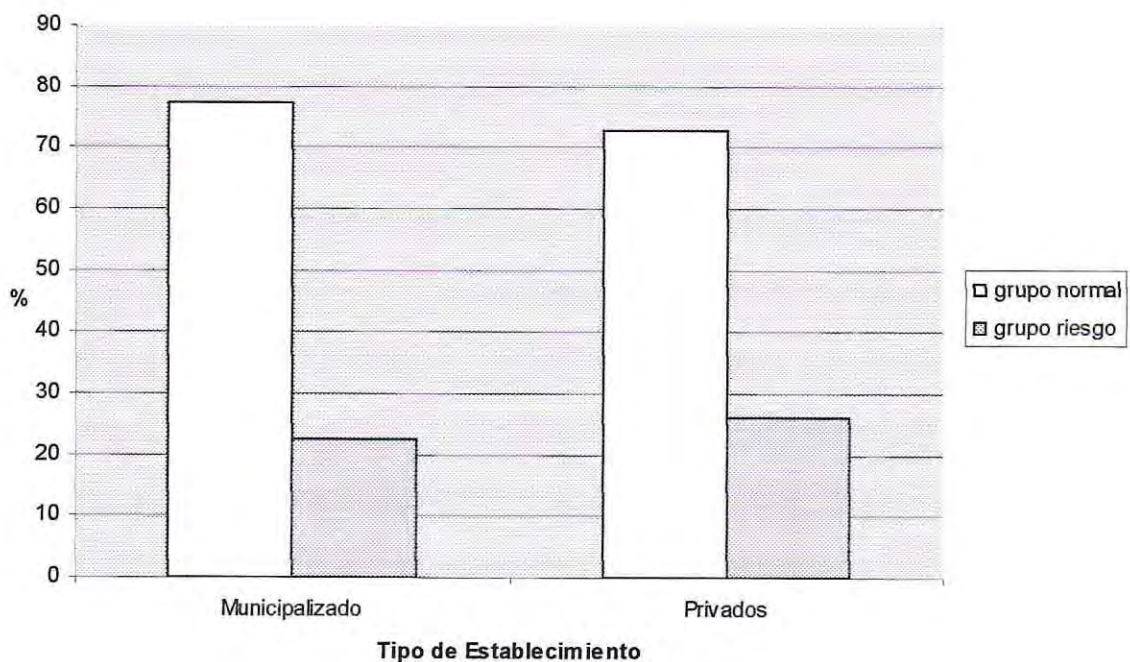


Fig. 2 Distribución de resultados EAT – 40 según tipo de establecimiento.

En la Figura N° 2 se observa que la distribución de EAT – 40 normal y de riesgo es similar en los establecimientos privados y municipalizado, detectándose un

porcentaje mayor de adolescentes con riesgo según EAT – 40 en los establecimientos privados (26.1% v/s 22.4%).

### Análisis FACES III

Del total de FACES III entregados a las adolescentes encuestadas con el EAT - 40 (181 familias) sólo se analizan 93 familias (51.3%) debido a que el resto de los FACES III no fue devuelto por las adolescentes.

A continuación se describe la distribución de la muestra total de FACES III analizados, de acuerdo al tipo de establecimiento educacional.

<b>FACES III</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Establecimientos Privados</b>	31	33.3
<b>Establecimiento Municipalizado</b>	62	66,6
<b>Total</b>	93	100

**Tabla 2** Muestra total de FACES III respondidos.

La distribución total de las categorías del FACES III fue la siguiente, 38 (40.8%) se ubican en la categoría de familias balanceadas, 9 (9.67%) en la categoría extrema y 46 (49.4%) en el rango de familias mixtas.

En la Tabla N° 3 se observa que las familias se concentran principalmente entre las categorías balanceada y mixta, siendo aproximadamente un 90% de la muestra total.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Balanceada	38	40.8
Mixta	46	49.4
Extrema	9	9.67
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**Tabla 3** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en la muestra total.

Si se considera la separación por establecimiento educacional, los 62 FACES III respondidos por las familias del establecimiento municipalizado se distribuyen de la siguiente manera: 19 (30.6%) corresponden a familias balanceadas, 35 (56.5%) a familias mixtas y 8 (12.9%) corresponden a familias extremas.

En la Tabla N° 3.1 se observa que las familias se concentran acentuadamente en la categoría mixta.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Balanceada	19	30.6
Mixta	35	56.5
Extrema	8	12.9
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.1** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en establecimiento municipalizado.

En cuanto a los 31 FACES III respondidos por las familias de adolescentes que pertenecen a establecimientos privados, la distribución de las categorías

familiares fue la siguiente, 19 (61,3%) corresponden a familias de tipo balanceada, 11 (35.5%) a familias mixtas y 1 (3.2%) corresponde al tipo de familia extrema.

En la Tabla 3.2 se observa que las familias se concentran mayoritariamente en la categoría balanceada.

<b>Tipo de familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Balanceada	19	61.3
Mixta	11	35.5
Extrema	1	3.2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.2** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en establecimientos privados.

Si se comparan las distribuciones de categorías familiares de ambos tipos de establecimientos se puede concluir que hay un mayor porcentaje de familias balanceadas en los establecimientos privados (61.3%) y más familias mixtas en el establecimiento municipalizado. También se observa un mayor porcentaje de familias extremas en el establecimiento municipalizado (12.9%) en comparación a los establecimientos privados (3.2%).

Para analizar los resultados del FACES III en relación con el factor de riesgo medido con el EAT – 40, se separó la muestra de adolescentes en dos grupos considerando los puntajes obtenidos en el EAT – 40. Así, se estableció como Grupo 1: adolescentes que obtuvieron puntajes menores a 30 en EAT – 40 y

como Grupo 2: adolescentes que obtuvieron puntajes iguales o mayores a 30 en el EAT – 40.

#### *Grupo 1*

Del total de 93 familias que contestaron el FACES III, 67 (72%) corresponden a adolescentes normales según el EAT – 40. La distribución de las categorías familiares en estos casos fue la siguiente: 25 (37.3%) corresponden a familias balanceadas, 34 (50.7%) a familias mixtas y 8 (11.9%) corresponden a familias extremas.

En la Tabla N° 4 se observa que las familias se concentran en la categoría mixta (50.7%).

<b>Tipo de familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Balanceada	25	37.3
Mixta	34	50.7
Extrema	8	11.9
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Tabla 4** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en adolescentes normales según EAT – 40.

Con respecto a las dimensiones medidas por el FACES III: Cohesión y adaptabilidad, el grupo normal se comportó de la siguiente manera:

## En adaptabilidad

Niveles de adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	9	13.4
Estructurada	23	34.3
Flexible	15	22.3
Caótica	20	29.8
Total	67	100

**Tabla 4.1** Niveles de adaptabilidad en grupo normal según EAT – 40.

En la Tabla N° 4.1 se observa que las familias tienden a ser estructuradas. El 56.6% de las familias se distribuye en los valores balanceados de adaptabilidad (estructurado y flexible) con una preponderancia de familias estructuradas (34.3%). Además se observa un importante porcentaje de familias ubicadas en el extremo caótico de esta dimensión (29.8%). El porcentaje de familias que se ubica en el extremo de menor adaptabilidad es de 13.4%.

## En cohesión

Niveles de cohesión	Frecuencia	Porcentaje
Desligada	9	7.46
Separada	15	22.3
Conectada	31	46.2
Amalgamada	12	17.9
Total	67	100

**Tabla 4.2** Niveles de cohesión en grupo normal según EAT – 40.

En la Tabla N° 4.2 se observa una tendencia de estas familias a ubicarse en los valores balanceados de cohesión (conectada y separada), sumando un 68.5%, destacándose fundamentalmente las familias conectadas (46.2%). La distribución en valores extremos de cohesión es de 25.36%, siendo la categoría desligada la de menor frecuencia (7.46%).

Al separar las familias del grupo normal con el EAT – 40 de acuerdo al tipo de establecimiento educacional, se obtienen la siguiente distribución de categorías familiares con FACES III.

Del total de familias de este grupo, 19 de ellas (28.3%) corresponden a establecimientos privados, de las cuales 11 (57.9%) pertenecen a la categoría balanceada, y 8 (42.1%) son mixtas.

En la Tabla 4.3 se observa que las familias están concentradas principalmente en la categoría balanceada (57.9%) y no se encuentran familias en la categoría extrema.

<b>Tipo de familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Balanceada	11	57.9
Mixta	8	42.1
Extrema	0	0
<b>Total</b>	19	100

**Tabla 4.3** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en adolescentes de grupo normal según EAT – 40 y establecimientos privados.

Del total de familias de este grupo, 48 (71.6%) corresponden al establecimiento municipalizado, de las cuales 14 (29.2%) pertenecen a la categoría balanceada, 26 (54.2%) son mixtas y 8 (16.7%) son extremas.

En la Tabla N° 4.4 se observa una tendencia de las familias a ubicarse en la categoría mixta (54.2%).

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Balanceada	14	29.2
Mixta	26	54.2
Extrema	8	16.7
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

**Tabla 4.4** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en adolescentes de bajo riesgo según EAT – 40 y establecimiento municipalizado.

### *Grupo 2*

Del total de las 93 familias que contestaron FACES III, 26 (27.9%) corresponden a adolescentes consideradas de riesgo con el EAT – 40 , de las cuales 13 (50%) corresponden a familias balanceadas, 12 (46.2%) a familias mixtas y 1 (3.8%) corresponde a la categoría extrema.

En la Tabla N° 5 se observa que las familias se concentran mayoritariamente en las categorías balanceada y mixta, sumando un 96.2%. Observándose el menor porcentaje en la categoría extrema (3.8%).

<b>Tipo de familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Balanceada	13	50
Mixta	12	46.2
Extrema	1	3.8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**Tabla 5** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en grupo de riesgo según resultados de EAT -40.

Con respecto a las dimensiones medidas por el FACES III: Cohesión y adaptabilidad, el grupo de riesgo se comportó de la siguiente manera:

En adaptabilidad

<b>Niveles de adaptabilidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rígida	2	7.69
Estructurada	6	23
Flexible	14	53.8
Caótica	4	15.38
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**Tabla 5.1** Niveles de adaptabilidad en grupo de riesgo según resultados de EAT – 40.

En la Tabla N° 5.1 se observa que las familias se concentran principalmente en los valores balanceados de adaptabilidad, sumando un 76.8%, con una preponderancia en el valor flexible (53.8%). De los valores extremos destaca un mayor porcentaje de familias caóticas (15.38%).

## En cohesión

Niveles de cohesión	Frecuencia	Porcentaje
Desligada	5	19.2
Separada	9	34.6
Conectada	9	34.6
Amalgamada	3	11.5
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**Tabla 5.2** Niveles de cohesión en grupo de riesgo según resultados de EAT – 40.

En la Tabla N° 5.2 se observa que las familias se concentran en los valores balanceados de cohesión (separada y conectada), sumando un 69.2%. De los valores extremos se observa un mayor porcentaje de familias en el valor de menor cohesión (19.2%).

Del total de 26 familias que contestaron FACES III que pertenecen al grupo de adolescentes de alto riesgo con el EAT - 40, 12 (46.1%) corresponden a establecimientos privados, de las cuales 8 (66.7%) corresponden a familias balanceadas, 3 (25%) a familias mixtas y 1 (8.3%) corresponde a la categoría extrema.

En la Tabla N° 5.3 se observa una marcada concentración de las familias en la categoría balanceada (66.7%), y el menor porcentaje corresponde a la categoría extrema (8.3%).

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Balanceada	8	66.7
Mixta	3	25
Extrema	1	8.3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

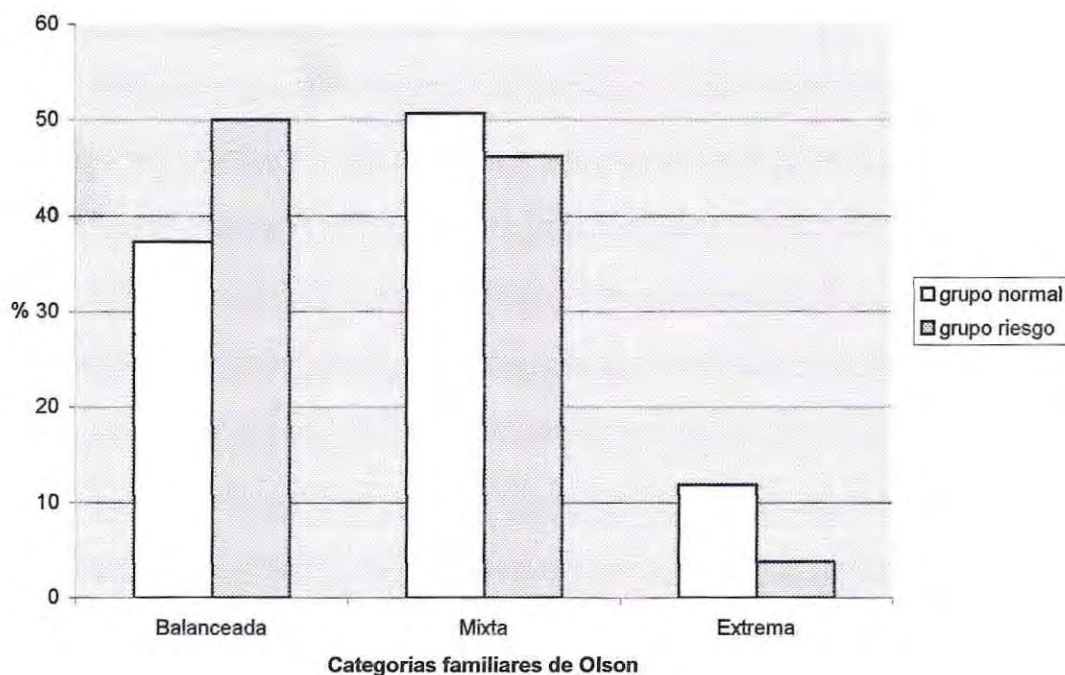
**Tabla 5.3** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en grupo de riesgo según resultados de EAT -40 y establecimientos privados.

De estas 26 familias, 14 (53.8%) corresponden al establecimiento municipalizado, de las cuales 5 (35.7%) corresponden a familias balanceadas y 9 (64.3%) a familias mixtas, no encontrándose ninguna familia extrema, tal como se muestra en la Tabla N° 5.4.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Balanceada	5	35.7
Mixta	9	64.3
Extrema	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Tabla 5.4** Distribución de categorías familiares (definidas por Olson) en grupo de riesgo según resultados de EAT -40 en el establecimiento municipalizado.

### Análisis Comparativo de los Resultados en los Grupos de Riesgo y Normal de acuerdo al EAT – 40.



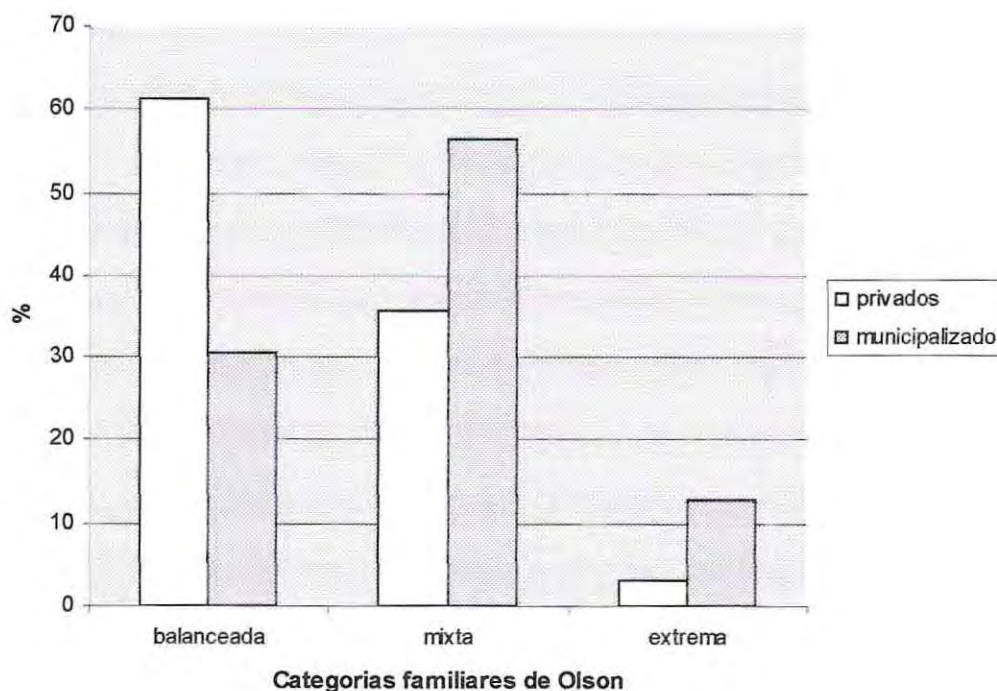
**Fig. 3** Comparación de categorías familiares (según Olson) en grupos normal y de riesgo según EAT – 40.

En la Figura N° 3 se observa que el mayor porcentaje de familias balanceadas (50%) pertenece al grupo de riesgo según EAT – 40, mientras el grupo normal tiene un porcentaje de 37.3%.

El mayor porcentaje de familias extremas (11.9%) pertenece al grupo normal según EAT – 40, mientras el grupo de riesgo tiene un porcentaje igual a 3.8.

El mayor porcentaje de familias se concentra en la categoría mixta, (50.7% y 46.2%) y no se observan grandes diferencias entre los dos grupos según EAT-40.

El análisis de chi cuadrado de los puntajes obtenidos por la muestra total en FACES III y EAT – 40, considerando un nivel de significancia del 5%, determinó que no existirían diferencias significativas en la distribución según las categorías de Olson entre las familias del grupo de riesgo y el grupo normal ( $\chi^2 = 2,08$ ,  $p = 0,352$ ).



**Fig. 4** Comparación de categorías familiares según tipo de establecimiento.

En la Figura N° 4 se observa que hay un mayor porcentaje de familias balanceadas en los establecimientos privados (61.3%), mientras en el establecimiento municipal se observa un 30.6%.

Se observa que en el establecimiento municipalizado existe un mayor porcentaje de familias mixtas (56.5%) en comparación con los establecimientos privados (35.5%).

Se observa que el mayor porcentaje de familias extremas se encuentra en el establecimiento municipalizado (12.9%).

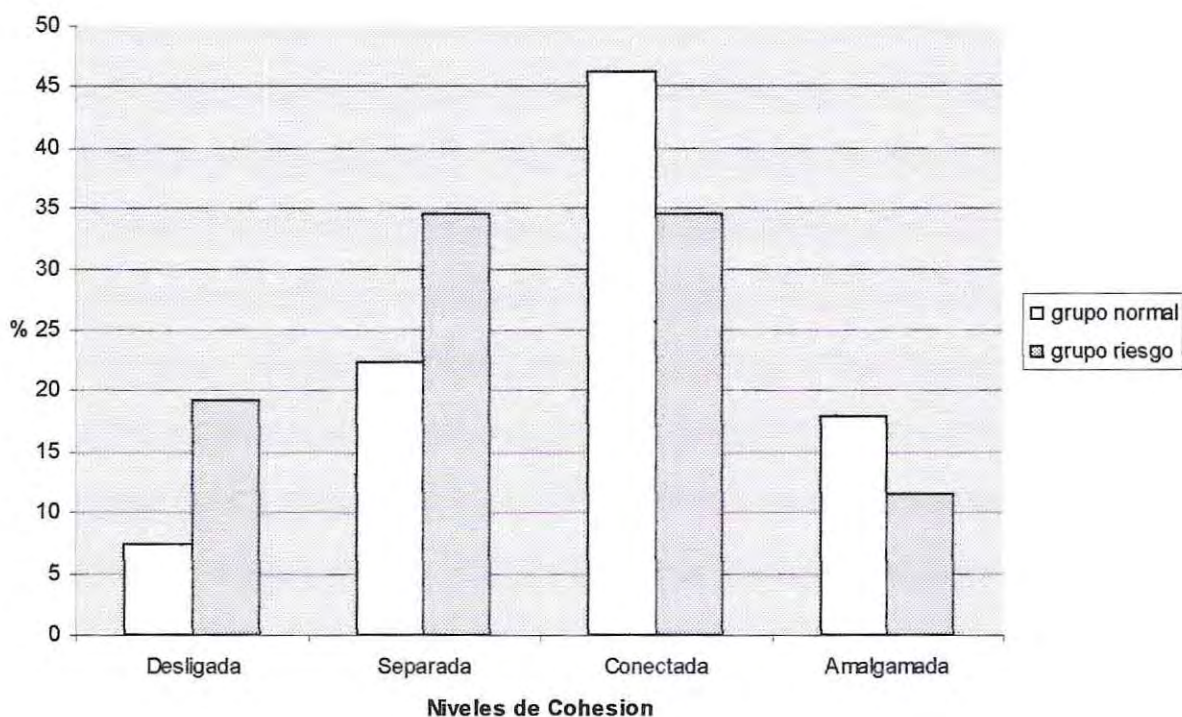


Fig. N° 5 Niveles de Cohesión según grupos EAT – 40.

En la Figura N° 5 se observa que el grupo normal se concentra principalmente en el valor conectado de cohesión (46.2%), mientras que el grupo de riesgo se concentra en los valores conectado (34.6%) y separado (34.6%). Al analizar la

figura de manera general, se observa una tendencia del grupo de riesgo a acercarse al extremo de menor cohesión, ya que el mayor porcentaje se obtiene al sumar los valores separado y desligado (53.8%). En el caso del grupo normal la tendencia es hacia el extremo de mayor cohesión, siendo la suma de los valores conectado y amalgamado un 64.1%.

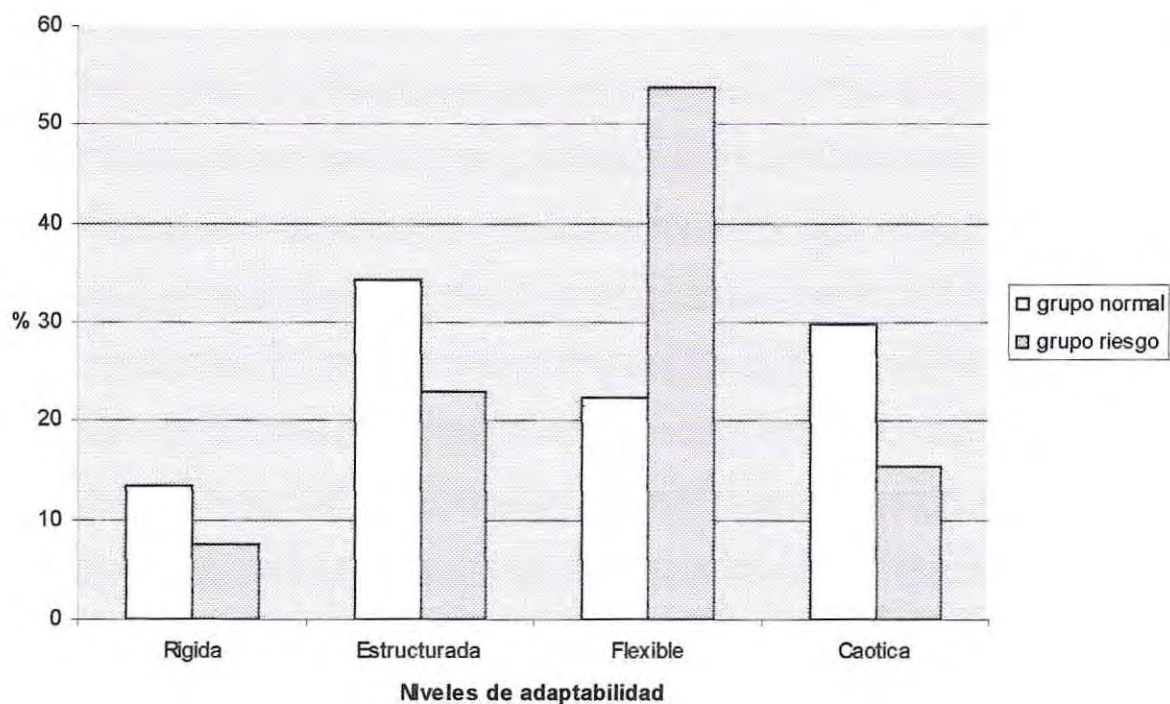
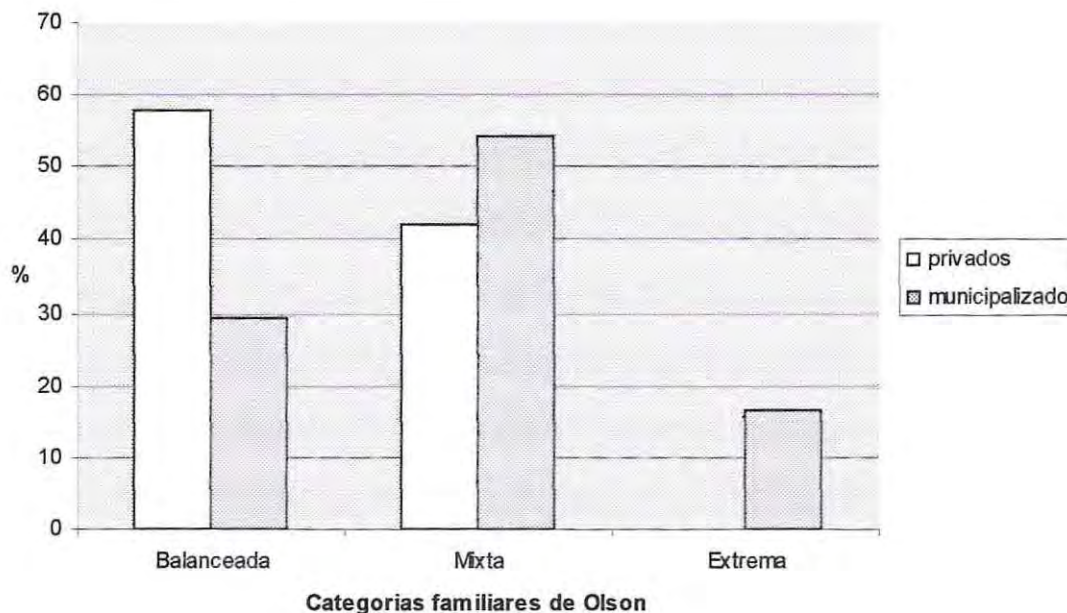


Fig. N° 6 Niveles de adaptabilidad según grupos medidos por EAT – 40.

En la Figura N° 6 se observa que el grupo normal presenta el mayor porcentaje en el valor estructurado (34.3%), mientras el grupo de riesgo presenta la mayor

concentración en el valor flexible (53.8%). Al analizar la figura de manera general, considerando el continuum de adaptabilidad, se observa una tendencia del grupo de riesgo hacia los niveles de menor adaptabilidad, ya que la suma de los porcentajes de los valores flexible y caótico es igual a 69.2%. En el caso del grupo normal es importante destacar el elevado porcentaje de familias en el rango caótico (29.8%).

Análisis Comparativo entre Tipos de Establecimiento en Grupo Normal según EAT- 40 en relación a la Tipología Familiar de Olson



**Fig. N° 7** Distribución de categorías familiares en grupo normal según EAT – 40 en establecimientos privados y municipalizado.

En la Figura N° 7 se observa que no existen familias extremas en los establecimientos privados, presentando el mayor porcentaje de familias en la categoría balanceada (57.9%).

El establecimiento municipalizado presenta un mayor porcentaje de familias mixtas (54.2%) que los establecimientos privados (42.1%). Si bien el porcentaje de familias extremas en el establecimiento municipalizado no es de los más altos (16.7%), al compararlo con los establecimientos privados, llama la atención la diferencia con estos últimos, donde no se observan familias en esta categoría.

Análisis Comparativo en el Grupo de Riesgo según EAT- 40 en relación a la Tipología Familiar de Olson entre Tipos de Establecimiento.

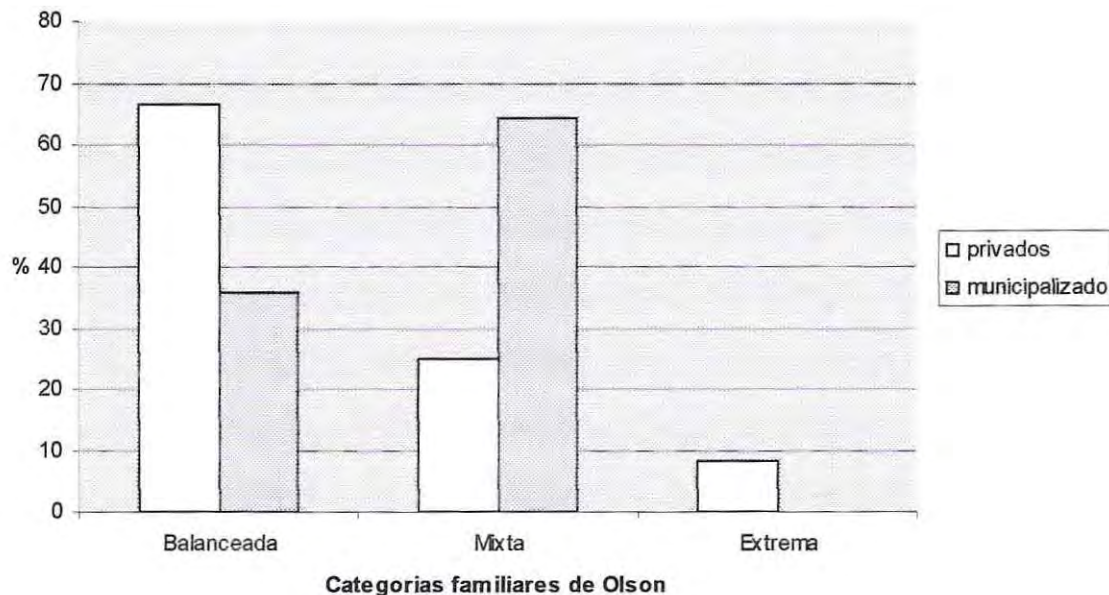
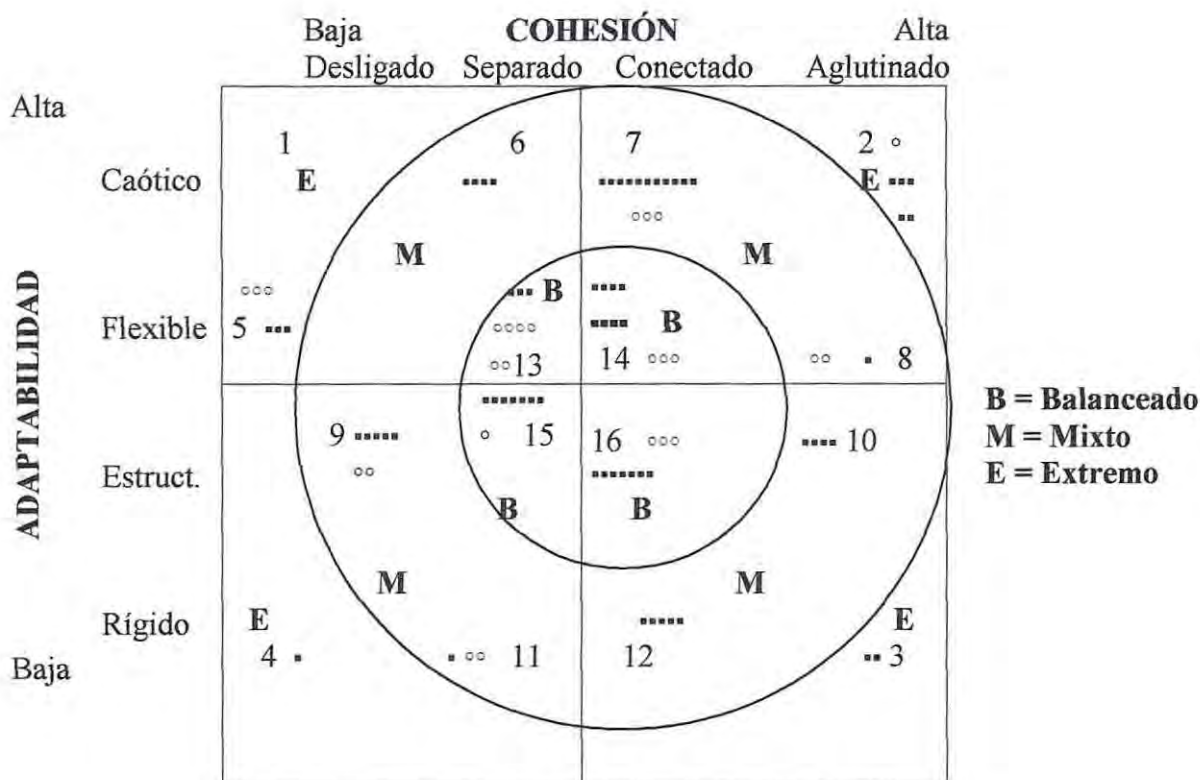


Fig N° 8 Distribución de categorías familiares según establecimiento en grupo de riesgo.

En la Figura N° 8 se observa que no existen familias extremas en el establecimiento municipalizado en el grupo de adolescentes de riesgo de presentar trastorno alimentario.

En este grupo se observa, al igual que en gráficos anteriores, un mayor porcentaje de familias balanceadas (66.7%) en establecimientos privados y un mayor porcentaje de familias mixtas (64.3%) en el establecimiento municipalizado.



- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. Caótica – Desligado   | 9. Estructuralmente – Desligada   |
| 2. Caótico – Aglutinado  | 10. Estructuralmente – Aglutinada |
| 3. Rígido – Aglutinado   | 11. Rígidamente – Separadas       |
| 4. Rígido – Desligado    | 12. Rígidamente – Conectadas      |
| 5. Flexible – Desligado  | 13. Flexiblemente – Separadas     |
| 6. Caótico – Separada    | 14. Flexiblemente – Conectadas    |
| 7. Caótico – Conectado   | 15. Estructuralmente – Separadas  |
| 8. Flexible – Aglutinado | 16. Estructuralmente – Conectadas |

**Fig. Nº 9** Gráfico Modelo Olson.

▪ Familias EAT – 40 normales

◦ Familias EAT – 40 riesgo

En la Figura Nº 13 se observa una mayor concentración de familias mixtas y extremas en el grupo normal con EAT – 40 y una mayor concentración de familias balanceadas en el grupo de riesgo.

## CAPÍTULO 5

### DISCUSIÓN

#### Implicancias de los Resultados

Si bien la revisión teórica relacionada con los factores de riesgo de los trastornos alimentarios coincide en adoptar un enfoque multifactorial para aproximarse a la comprensión de estos trastornos, por razones metodológicas, esta investigación se centró en el análisis de algunos factores familiares, entendiendo que éstos no son determinantes por sí solos del riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, sino que participan en una interacción compleja con los demás factores descritos.

Al analizar los resultados obtenidos es posible señalar que el porcentaje de adolescentes escolares en riesgo de presentar un trastorno alimentario medido con el EAT – 40, es mayor que el encontrado en investigaciones anteriores, tanto nacionales como internacionales. Una investigación noruega, utilizando una muestra de 874 adolescentes mujeres entre 13 y 15 años, detectó un 7% de niñas con puntajes de riesgo en EAT – 40 (puntajes iguales o mayores a 30 puntos) (Borresen y Rosenvinge, 2000). Datos chilenos obtenidos en la región a partir de una investigación exploratoria realizada entre los años 1994 y 1996

demonstró que el 18% de jóvenes escolares estarían en riesgo de presentar estos trastornos (Behar, 2000); mientras que en la presente investigación se encontró un 23,7% (Fig. Nº 1) de adolescentes escolares en riesgo. Si bien la muestra de esta investigación no nos permite generalizar a toda la población chilena, sí se considera importante poner atención en este aumento como referencia para futuras investigaciones y para fines preventivos. Estos resultados podrían estar reflejando el incremento anunciado por algunos autores, por ejemplo Rosa Behar (2000), conllevando, eventualmente, la posibilidad de convertir los trastornos alimentarios, en un problema de salud pública, como sucede en algunos países desarrollados.

Es importante señalar que la muestra de adolescentes fue tomada tanto de establecimientos privados y de un establecimiento municipalizado, con la intención de seleccionar una muestra de población femenina adolescente. Al comparar ambos grupos estudiados, si bien hubo una tendencia a presentar actitudes alimentarias de riesgo (EAT – 40 igual o mayor a 30) en adolescentes de establecimientos privados, las diferencias entre ambos tipos de establecimiento no fueron estadísticamente significativas (26.1% v/s 22.4%), lo que parecería indicar que en nuestra población el riesgo de trastorno alimentario se distribuye de manera homogénea en ambos tipos de establecimientos.

En cuanto a los resultados obtenidos con el FACES III, la inquietud inicial de las autoras al plantearse las hipótesis de investigación, era intentar reproducir los conceptos estructurales de Minuchin al describir las familias de las anoréxicas en términos de su alta rigidez y cohesión, ambos factores relacionados con

mayores dificultades en el proceso de individuación de la adolescente. Por otra parte, el modelo de Olson de los sistemas familiares pretende, a través de su instrumento, distinguir familias con problemas y sin problemas en relación a ser extremas en las categorías de cohesión y adaptabilidad. En este sentido, los hallazgos de esta investigación no arrojan un tipo familiar característico que corresponda a familias con un miembro que presente riesgo de trastorno alimentario, es decir el grupo de adolescentes que se identificó de riesgo con el EAT – 40 no presentó una tipología específica de familia.

En un análisis más detallado a partir del punto de corte del EAT – 40, que permitió diferenciar un grupo de riesgo de trastornos alimentarios, no se comprobó estadísticamente la hipótesis planteada, esto es, encontrar posibles diferencias en las características familiares del grupo de riesgo y normal.

Al analizar las diferentes dimensiones propuestas por Olson y medidas por FACES III, en el grupo de riesgo según EAT – 40 se esperaba encontrar un alto porcentaje de familias que pertenecieran a la categoría extrema. En relación con este punto, en la muestra correspondiente al grupo de riesgo, no se observó un porcentaje importante de familias extremas, correspondiendo a un 3.8%. En contraste con esto se apreció un mayor porcentaje de estas familias en el grupo normal (11.9%).

Aquellas familias que presentan con mayor frecuencia valores extremos en ambas dimensiones tendrían según Olson (Olson, 1986), una mayor probabilidad de ser disfuncionales. Como se encontró un porcentaje bajo de familias extremas en el grupo de riesgo, no se puede afirmar que en esta

muestra los valores extremos estén relacionados específicamente con los trastornos alimentarios, lo que no permite confirmar la hipótesis de Olson. Sin embargo, tampoco se puede afirmar que las familias estudiadas no presenten otros aspectos disfuncionales no medidos en esta investigación (por ejemplo, violencia, maltrato, drogadicción, etc.).

En la dimensión cohesión, se esperaba encontrar un mayor porcentaje de familias con niveles altos de cohesión (amalgamada). En relación con este punto, Minuchin (1985), postula que las familias con un miembro con trastorno alimentario deberían situarse en los niveles extremos de cohesión, esto es familias amalgamadas. Al respecto las familias del grupo de riesgo se comportaron de manera contradictoria a lo descrito (Tabla 5.2), ya que se puede observar que el mayor porcentaje de familias se encuentra ubicado en los rangos medios, conectada y separada (69.2%) y en el extremo amalgamado se observa un porcentaje significativamente menor, igual a 7. Incluso se observa una leve tendencia al extremo desligado.

Tomando en cuenta la dimensión de cohesión, tal como postula Minuchin, altos niveles de ésta y límites difusos dificultarían el proceso de individuación. De acuerdo a los resultados, se podría suponer que es posible que existan otros aspectos que influyen en el proceso de individuación diferentes a la cohesión, como aspectos idiosincrásicos, reglas y premisas familiares, comunicación familiar, entre otras.

En relación con la dimensión de adaptabilidad se esperaba encontrar un alto porcentaje de familias en el nivel extremo de menor adaptabilidad (rígido).

Stearling y Weber (1997), postulan que niveles bajos de adaptabilidad darían pocas posibilidades de cambio a las familias, lo que se considera fundamental en la etapa de individuación, estimulando de esta manera el desarrollo de los trastornos alimentarios. Al respecto los resultados vuelven a ser contradictorios (Tabla 5.1), se puede observar que las familias del grupo de riesgo se concentran acentuadamente en el rango flexible (53.8%), con una leve tendencia al extremo caótico. En el extremo rígido se observa el menor porcentaje de familias, correspondiente a un 4.7%.

Al considerar los resultados obtenidos en relación a las dimensiones medidas por el FACES III, surgen varios cuestionamientos:

Primero, si bien existen varios factores de riesgo que influyen en la aparición de un trastorno alimentario, en la muestra de esta investigación es posible preguntarse qué tan significativas son las dimensiones estructurales estudiadas, ya que no se encontraron diferencias en las características estructurales de las familias del grupo de riesgo y el grupo normal en relación con las conductas alimentarias, lo que no excluye que sí puedan influir en el desarrollo de otras problemáticas.

Otro cuestionamiento surge al considerar que el EAT – 40 mide actitudes alimentarias de riesgo y no se corresponde unívocamente con trastornos clínicos, por lo que no se puede descartar que en esta muestra no haya existido ningún caso de trastorno alimentario desarrollado. La investigación no permite invalidar las observaciones de Minuchin y otros autores en relación a las dimensiones estructurales de las familias de pacientes clínicos, pero sí que el

FACES III no es lo suficientemente sensible como para ser utilizado en pesquisa preventiva.

Por último, a pesar de no corresponder al foco de esta investigación, al analizar el comportamiento de la muestra total, diferenciándola según el tipo de establecimiento, llama la atención el que en los establecimientos privados exista un mayor porcentaje de familias balanceadas y en el establecimiento municipalizado un mayor porcentaje de familias mixtas y extremas en comparación a los privados. Lo anterior pone en duda el que las familias balanceadas tengan una menor probabilidad de presentar trastornos alimentarios, ya que en los establecimientos privados donde hay más familias balanceadas se encuentra también el mayor porcentaje de adolescentes en riesgo de presentar estos trastornos. Lo anterior abre ciertas inquietudes respecto a las explicaciones de este hallazgo, aunque esta investigación no permite pronunciarse al respecto, se podría plantear que estas diferencias se deben a aspectos idiosincrásicos relacionados con diferencias socioculturales o bien podría estar reflejando otros factores de riesgo familiares.

Un punto que nos parece importante destacar es el hecho que en el grupo de riesgo según EAT - 40, los establecimientos privados presentan un mayor porcentaje de familias extremas en comparación al municipalizado (Fig. N° 8), lo que se hace más relevante al considerar que en el grupo normal, las familias extremas eran muy escasas en los establecimientos privados comparado con el establecimiento municipalizado. Para poder dilucidar la importancia de este dato, se tendría que profundizar en la investigación de estas familias en relación

a depurar, si efectivamente tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y que no tienen otras problemáticas familiares. Sin embargo, esto no permite confirmar una relación entre esta categoría de familias y riesgo en EAT-40 porque sigue predominando en un alto porcentaje las familias balanceadas.

### Conclusiones

A partir de la discusión anterior, a modo de resumen se rescatarán los puntos más relevantes de esta investigación:

- Destaca el porcentaje de adolescentes con riesgo de presentar trastornos alimentarios hallado en esta investigación (23.7%), que es alrededor de un 6% mayor al encontrado en investigaciones anteriores. Este porcentaje es incluso mayor en los establecimientos privados (26.1%), siendo el aumento de un 8% aproximadamente.
- En relación con las hipótesis de investigación, no fue posible encontrar características estructurales específicas en las familias de adolescentes con riesgo de presentar trastornos alimentarios. Tampoco se encontró una diferencia significativa entre las características familiares del grupo de adolescentes de riesgo y el grupo de adolescentes normal.
- En cuanto a la distribución de categorías familiares en los distintos establecimientos, se encontró un mayor porcentaje de familias

balanceadas en los establecimientos privados y un mayor porcentaje de familias mixtas y extremas en el establecimiento municipalizado.

- A partir de la información obtenida en esta investigación, se concluye que no es posible determinar a partir de un solo factor de riesgo, en este caso las estructuras familiares, la posible aparición de un trastorno alimentario. Es necesario analizar en conjunto estos factores para conocer cómo interactúan e influyen en el desarrollo de éstos.
- Probablemente en una investigación predictiva sea necesario considerar tanto un mayor número de elementos familiares, como otros factores individuales y del contexto social más amplio.

#### Proyecciones para Futuras Investigaciones

Como una forma de complementar el estudio realizado y de mejorar esta investigación se sugiere lo siguiente:

1. Realizar otros estudios sobre los factores de riesgo familiares, utilizando el mismo modelo en una población clínica, con el fin de explorar si existen rasgos estructurales específicos en estas familias una vez que el trastorno ya está diagnosticado.

2. Ampliar esta investigación integrando técnicas cualitativas para recolectar información con respecto a aspectos no medidos por FACES III, tomando en cuenta por ejemplo el estilo comunicacional y las premisas familiares.
3. Ampliar esta investigación utilizando instrumentos más específicos para medir conductas alimentarias, para discriminar de mejor manera el grado riesgo de las adolescentes.
4. Adaptar FACES III y EAT – 40 a las características específicas de la población chilena, y así aumentar la validez de la investigación.
5. Analizar de manera más profunda el FACES III, específicamente centrándose en el reporte de la adolescente en riesgo de presentar trastorno alimentario en relación a las dimensiones estructurales percibidas por ella, y así aproximarse a la experiencia subjetiva de la adolescente con respecto a su familia.
6. Considerando el elevado porcentaje de adolescentes en riesgo de presentar trastornos alimentarios, es necesario implementar líneas de prevención en edad adolescente con respecto a estos trastornos.

## REFERENCIAS

- Behar, R., Botero J. C., Corsi, P., Muñoz, P. (1994). Detección de Trastornos del Habito del comer en una población estudiantil de la V región. Revista chilena de Neuropsiquiatría, 32, 159 – 165.
- Behar, R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. En Heerlein, A. (2000). “Psiquiatría Clínica”. Chile: Ediciones de la sociedad de neurología, psiquiatría y neurocirugía.
- Borrassen, R. y Rosenvinge, J. (2000). El modelo preventivo escolar noruego: desarrollo y evaluación. En Vandereycken, W., Noordenbos, G. (2000) “La prevención de los trastornos alimentarios” Editorial Granica.
- Copaja, M. (2000). “Descripción de las dinámicas relacionales de las familias con un miembro bulímico: estudio de caso”. Postítulo en psicoterapia sistémica para niños y adolescentes. Universidad Católica de Chile
- Craig, G. (2001). “Desarrollo psicológico”. Editorial Prentice Hall.
- Dörr, O. (1997). Psiquiatría Antropológica. Capítulo XVII y capítulo XVIII. Chile: Editorial Universitaria.
- Goldstein, M. J. (1981). Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. Journal of Youth and adolescence, 10, 385 – 405. Cit. en: Strober, M.; Humphrey, L. (1987). “Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa an Bulimia”. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 55, Nº 5, 654 – 659

- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. Colombia: Editorial McGraw – Hill.
- Hill, J. (1987). Research on adolescents and their families past and present. New directions for Child Development, 37, 13 - 32. Cit. en: Craig, G. (2001). “Desarrollo psicológico” Editorial Prentice Hall.
- Humphrey, L. L. (1986). Family relations in bulimic – anorexia and nondistressed familias. International Journal of eating disorders, 5, 223 – 232. Cit. en: Strober, M.; Humphrey, L. (1987). “Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa an Bulimia”. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 55, Nº 5, 654 – 659
- Jonson, C., & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142, 1321 -1324. Cit en: Strober, M.; Humphrey, L. (1987). “Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa an Bulimia”. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 55, Nº 5, 654 – 659
- Kelsey – Smith, M. y Beavers, W.R. (1981) “Family assessment: centripetal and centrifugal systems”, The americal journalof family therapy, 9, 3 – 12. Cit. en: Stierling, H., Weber, G. (1997). “¿Qué hay detrás de la puerta de las familias. España: Editorial Gedisa.
- Marchesi , A., comp. (1985). “Psicología evolutiva” Vol.3. Madrid: Editorial Alianza.

- Minuchin, S., Rosmean, B. L. y Baker, L..(1978) Psychosomatic families: anorexia nervosa in context, Cambridge, MA, Harvard University Press. Cit. en: Copaja, M. (2000). "Descripción de las dinámicas relacionales de las familias con un miembro bulímico: estudio de caso". Postítulo en psicoterapia sistémica para niños y adolescentes. Universidad Católica de Chile
- Minuchin, S. (1984). Cit. en: Copaja, M. (2000). "Descripción de las dinámicas relacionales de las familias con un miembro bulímico: estudio de caso". Postítulo en psicoterapia sistémica para niños y adolescentes. Universidad Católica de Chile.
- Minuchin, S. (1985). Cit. en: Copaja, M. (2000). "Descripción de las dinámicas relacionales de las familias con un miembro bulímico: estudio de caso". Postítulo en psicoterapia sistémica para niños y adolescentes. Universidad Católica de Chile.
- Minuchin, S. (1999). "Familias y Terapia Familiar". España: Editorial Gedisa.
- Olson, D., Russel, C., Sprenkle, D. (1983). Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI Theoretical Update. Family Process. Vol.30, 421 – 434. Cit. En: Contreras, L.; Reyes, V. (1997). "Pautas relacionales en familias con violencia intrafamiliar: una aproximación hacia la transgeneracionalidad". Tesis presentada a la Universidad de Valparaíso, Chile.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. Family Process, Vol. 5, 337 – 351. Cit. en: Arredondo, V., Lira, G., Millan, R. (1996). Violencia intrafamiliar: un estudio exploratorio de factores sistemicos. Tesis presentada a la Diversidad de Valparaíso, Chile.

- Olson, D., H. (1993). Clinical Rating Scale (CRS) for the Circumplex Model of Marital and Family System. Family social science, Universidad of Minnesota. Cit. en: Arredondo, V., Lira, G., Millan, R. (1996). Violencia intrafamiliar: un estudio exploratorio de factores sistémicos. Tesis presentada a la Diversidad de Valparaíso, Chile.
- Ordman, A. M., Kirschenbaum, D. S. (1986). Bulimia: Assesment of eating, psychological adjustment, nd familial characteristics. International Journal of eating disorders, 5, 865 – 878. Cit. en: Strober, M.; Humphrey, L. (1987). “Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa an Bulimia”. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 55, N° 5, 654 – 659
- Rodríguez, C., Fernández de Corres, B., Lalaguna, B., Gonzalez, R., Gonzalez – Pinto,A. (2001). “Los trastornos de la conducta alimentaria”. Revista de Salud Mental N°4.
- Schwartz (1984). Cit. en: Copaja, M. (2000). “Descripción de las dinámicas relacionales de las familias con un miembro bulímico: estudio de caso”. Postítulo en psicoterapia sistémica para niños y adolescentes. Universidad Católica de Chile.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1999).”Muchachas anorexicas y bulímicas” Barcelona: Editorial Paidos, Terapia familiar.
- Shisslak, C., Crago, M., Gray, N., Estes, L., McNight, K., Parnaby, O., Sharpe, T., Bryson, Killen, J., Taylor, B.(2000. El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarias de la fundación McKnight, capítulo 3. En Vandereycken, W., Noordenbos, G. (2000) “La prevención de los trastornos alimentarios” Editorial Granica.

Smolak, L., Levine, M. (1996). Childhood attitudes and behaviors as predictors of early adolescent eating attitudes, behaviors, and problems. Presentado a la Society for Research en adolescence. Boston MA. Cit. en: Vandereycken, W., Noordenbos, G. (2000) "La prevención de los trastornos alimentarios" Editorial Granica

Stierling, H., Weber, G. (1997). "¿Qué hay detrás de la puerta de las familias." España: Editorial Gedisa.

Striegel – Moore, R., Silberstein, L., Rodin, J. (1986). "Toward an Understanding of Risk Factors for Bulimia" American Psychologist Vol. 41, N° 3, 246 – 263.

Strober, M.; Humphrey, L. (1987). "Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa an Bulimia". Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 55, N° 5, 654 – 659.

## APÉNDICES

**APÉNDICE A**

**FACES III**

Sr. apoderado:

Con el objetivo de apoyar y cooperar con una investigación que están realizando estudiantes de Psicología de la Universidad de Valparaíso, solicitamos puedan responder el siguiente cuestionario **todos los integrantes de su familia mayores de 12 años, incluidas las niñas encuestadas**. No hay respuestas buenas ni malas, solo es necesario que conteste sinceramente. Es necesario que a continuación anoten el tipo de parentesco con la niña y el sexo.

Agradecemos su disposición y participación

Instrucciones: Escoja una de las cinco alternativas de acuerdo a cómo usted cree poder describir mejor a su familia.

**1= Casi nunca      2= De vez en cuando      3= Algunas veces**  
**4= Frecuentemente      5= Casi siempre**

1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.	1	2	3	4	5
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando en mi familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14. Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Es difícil diferenciar quién es o quiénes son líderes en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

## PROCEDIMIENTO DE PUNTUACIÓN FACES III

El puntaje de cohesión es la suma de todos los ítemes impares. El puntaje de adaptabilidad es la suma de todos los ítemes pares.

De acuerdo al puntaje obtenido se puede trabajar con puntajes individuales o con el promedio obtenido de la familia o de la pareja, dependiendo del tipo de estudio que se trate, comparando este puntaje con los rangos correspondientes a cada uno de los 16 tipos familiares descritos por Olson (ver puntajes de corte en capítulo 3, Figura N° 1).

**APÉNDICE B**  
**TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS**  
**EAT - 40**

## TEST DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS EAT - 40

Nombre:

Edad:

Curso:

Nunca
Raramente
Algunas veces
A menudo
Generalmente
Siempre

					1. Me gusta comer con otras personas.
					2. Preparo comida para los demás pero yo no como lo que cocino.
					3. Me angustio antes de comer.
					4. Me aterra estar con sobrepeso.
					5. Evito comer cuando tengo hambre.
					6. Encuentro que me preocupo por el alimento.
					7 Me he puesto feliz a comer y a beber en grandes cantidades, sintiendo que no puedo ser capaz de detenerme
					8. Corto mi alimento en pequeños pedazos.
					9. Estoy conciente del contenido calórico de los alimentos que como.
					10. evito los alimentos con alto contenido de carbohidratos (pan, papas, arroz).
					11. me siento hinchada después de las comidas.
					12. creo que los demás preferirían que yo comiera más.
					13. vomito después que he comido.
					14. Me siento extremadamente culpable después de comer.
					15. me preocupa el deseo de ser más delgada.
					16. Hago ejercicio energéticamente para quemar calorías.
					17. Me peso varias veces durante el día.
					18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
					19. Me gusta comer carne.

Siempre	Generalmente	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca	
						20. Me despierto temprano en la mañana.
						21. Como las mismas comidas todos los días.
						22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicios.
						23. Tengo períodos menstruales regulares.
						24. Los demás piensan que soy demasiado delgada.
						25. Me preocupa el pensar que pueda tener grasa en mi cuerpo .
						26. Me demoro más que los demás en comer las comidas.
						27. Me gusta comer en restaurantes.
						28. Tomo laxantes o purgantes.
						29. Evito los alimentos que contienen azúcar.
						30. Consumo alimentos diet.
						31. Siento que el alimento controla mi vida.
						32. Demuestro autocontrol en relación al alimento.
						33. Siento que los demás me presionan para que coma.
						34. Pienso mucho en los alimentos.
						35. Sufro de constipación (estitiquiez).
						36. Me siento incómoda después de comer dulces.
						37. Me comprometo a hacer dieta.
						38. Me gusta que mi estómago esté vacío.
						39. Disfruto probando alimentos nuevos y ricos.
						40. Siento el impulso de vomitar después de las comidas.

## PROCEDIMIENTO DE PUNTUACIÓN DE EAT – 40

El puntaje total del EAT – 40, que permite establecer el riesgo de presentar un trastorno alimentario, se obtiene sumando los puntos que correspondan en cada ítem.

Siempre	Generalmente	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca	Nº de ítem
0	0	0	1	2	3	1
3	2	1	0	0	0	2
3	2	1	0	0	0	3
3	2	1	0	0	0	4
3	2	1	0	0	0	5
3	2	1	0	0	0	6
3	2	1	0	0	0	7
3	2	1	0	0	0	8
3	2	1	0	0	0	9
3	2	1	0	0	0	10
3	2	1	0	0	0	11
3	2	1	0	0	0	12
3	2	1	0	0	0	13
3	2	1	0	0	0	14
3	2	1	0	0	0	15
3	2	1	0	0	0	16
3	2	1	0	0	0	17
0	0	0	1	2	3	18
0	0	0	1	2	3	19
3	2	1	0	0	0	20
3	2	1	0	0	0	21

3	2	1	0	0	0	<b>22</b>
0	0	0	1	2	3	<b>23</b>
3	2	1	0	0	0	<b>24</b>
3	2	1	0	0	0	<b>25</b>
0	0	0	1	2	3	<b>26</b>
3	2	1	0	0	0	<b>27</b>
3	2	1	0	0	0	<b>28</b>
3	2	1	0	0	0	<b>29</b>
3	2	1	0	0	0	<b>30</b>
3	2	1	0	0	0	<b>31</b>
3	2	1	0	0	0	<b>32</b>
3	2	1	0	0	0	<b>33</b>
3	2	1	0	0	0	<b>34</b>
3	2	1	0	0	0	<b>35</b>
3	2	1	0	0	0	<b>36</b>
3	2	1	0	0	0	<b>37</b>
3	2	1	0	0	0	<b>38</b>
0	0	0	1	2	3	<b>39</b>
3	2	1	0	0	0	<b>40</b>

Si la suma de los ítems respondidos da un total mayor o igual a 30 puntos  
 existe riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.