



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

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

Families of adolescents with eating disorders. How their members perceive the family functioning?

La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar?

Ana Laura Maglio y María Fernanda Molina¹.

¹ Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Abstract

The aim of this study was to examine family functioning of different family members of adolescents with eating disorders (ED) at the start of psychotherapy and analyze the differences in their perception, since the approach of Circumplex Model of Marital and Family Systems. The study included 170 people grouped in 20 of adolescents with ED (father, mother, adolescent and sibling closest in age) and 26 control families. For this analysis, the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale and the Adolescent-Parent Communication Inventory were used. The clinical families had lower clinical cohesion, less open communications and more communication problems. Siblings perceived less cohesion than the rest of the family and also reported having a negative communication pattern with their parents. The family functioning perception differs between family members, that's why perception of one member is not generalizable to all family group. The inclusion of siblings allows detecting non shared family environmental factors. We discuss the implication of these results in the psychotherapeutic treatment.

Resumen

El objetivo de este estudio fue examinar el funcionamiento familiar de los diferentes miembros de la familia de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) al inicio del tratamiento psicoterapéutico y analizar las diferencias respecto de su percepción, desde el enfoque del Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares. Participaron del estudio 170 personas que conformaban 20 grupos de familias de adolescentes con TCA (padre, madre, adolescente y hermano/a más cercano en edad) y 26 grupos familiares controles. Fueron evaluados con la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y el Inventario de Comunicación Adolescente-Padre. Las familias clínicas presentaron menor cohesión, menos comunicación abierta y más problemas en la comunicación. Los hermanos/as percibían menor cohesión que el resto de la familia y también referían tener un patrón comunicacional negativo con sus padres. La percepción del funcionamiento familiar difiere entre los distintos miembros de una misma familia, por lo que la visión de uno de los miembros no resulta generalizable a todo el grupo familiar. La inclusión de los hermanos/as permite detectar factores ambientales familiares no compartidos por la adolescente con TCA. Se discute la implicación de estos resultados en el tratamiento psicoterapéutico.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 29/08/2011
Revisado: 18/11/2011
Aceptado: 26/01/2012

Key words: Family Functioning, Eating Disorders, Adolescents, Siblings.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, Trastornos alimentarios, Adolescentes, Hermanos.

Introducción

Incrementar el conocimiento sobre las familias de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha sido un objetivo relevante para los investigadores que estudiaron la temática en las últimas décadas. Esto se debe, principalmente, a la propuesta de modelos etiológicos familiares de la anorexia nerviosa (AN; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978; Selvini Palazzoli, 1978), al reconocimiento de la familia como uno de los factores de mantenimiento de los TCA (Treasure et al., 2008) y a las evidencias a favor de la eficacia de la terapia familiar para

el tratamiento de adolescentes con AN (Carr, 2009, Loeb & le Grange, 2009).

En estudios en los que se han evaluado pacientes con TCA, se observa que perciben a sus familias como más rígidas (Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005), menos cohesionadas (Cunha, Relvas, & Soares, 2009) y con menor expresividad emocional (Latzner, Hochdorf, Bachar, & Canetti, 2002) en comparación con sujetos controles. Ahora bien, una de las principales críticas que han recibido estos estudios es que se basan en la evaluación de un solo miembro de la familia, generalmente la paciente y con menor frecuencia la madre, generando en esos casos una única imagen de la perspectiva familiar (Cook Darzens, Doyen, Falissard, & Mouren, 2005).

Se posee relativamente poca información acerca de cómo perciben el funcionamiento familiar los padres o los hermanos, si existe una visión unificada del funcionamiento o si cada miembro de la familia tiene una percepción distinta de la realidad familiar. Estudios publicados recientemente incorporan a los hermanos de pacientes con TCA como grupo de estudio. Por ejemplo, Areemit, Katzman, Pinhas, & Kaufman (2010) investigan el impacto de los TCA sobre la calidad de vida de los hermanos y Agüera et al. (2011) incluyen a los hermanos como grupo control para la evaluación de los factores ambientales compartidos. En este sentido, y tal como recomiendan los especialistas en evaluación familiar (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010), los diseños ecopsicológicos de investigación que incluyen distintos miembros de la familia resultan de suma utilidad frente a la complejidad que presenta la comprensión de los TCA, debido al impacto que genera la patología en todos los miembros de la familia.

Algunos investigadores han reportado que las madres de adolescentes con TCA perciben menor cohesión, flexibilidad y peor comunicación en sus familias que las madres de familias controles (Vidovic et al., 2005) y que los hermanos de pacientes con AN perciben menor cohesión familiar que los hermanos de adolescentes sin trastornos psiquiátricos (Cook Darzens et al., 2005).

Si bien son escasos los estudios sobre TCA que incluyen en su evaluación a más de un miembro de la familia (comparativamente con los que evalúan a un solo miembro), son más escasos aún aquellos que comparan la percepción que presentan los diferentes miembros de la familia entre sí, permitiendo observar la variabilidad intra-familiar (patrones de acuerdo y desacuerdo entre los miembros de una misma familia) con respecto a la percepción del funcionamiento familiar.

Beavers y Hampson (1995) analizaron los patrones de acuerdo respecto de la percepción del funcionamiento familiar entre los miembros de familias que se encontraban en tratamiento psicoterapéutico por diversas problemáticas. Encontraron que, en las familias más competentes de acuerdo a criterios ex-

ternos que se derivan del modelo familiar propuesto por ellos (ver Beavers y Hampson, 1995 para una revisión), se observaba menor variabilidad entre los miembros (mayor acuerdo) pero según patrones bastante predecibles. Las madres y padres tendían a valorar a su familia como muy competente mientras que los adolescentes solían tener una opinión menos favorable de la competencia familiar (i.e. discrepancia intergeneracional). Por el contrario, en familias menos competentes se observaba mayor variabilidad (i.e. discrepancia intrageneracional), aunque menos diferencias entre padres e hijos.

Con respecto a las familias de pacientes con TCA, los estudios sobre variabilidad intra-familiar en la percepción del funcionamiento familiar que se han realizado, presentan algunas limitaciones que hacen a los resultados todavía inconsistentes entre sí. Por ejemplo, en algunos estudios no se evalúa a los hermanos/as de las adolescentes con TCA (Vidovic et al., 2005), lo que impide evaluar la variabilidad en el subsistema fraterno. En otros, no se han incluido familias controles, impidiendo identificar si los patrones de variabilidad pueden ser considerados normativos en dichos contextos o específicos de estas familias y a su vez, se evalúan muestras de adultos con TCA, lo que puede modificar el patrón de interacción familiar con respecto a cuando es un adolescente quien presenta el trastorno (Woodside, Wolfson, Garfinkel, & Olmsted, 1995).

Otra limitación que presentan algunos de los estudios sobre la temática, es que evalúan características aisladas y muchas veces no comparables entre sí, acerca del funcionamiento familiar.

El *Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales* (Olson, 2000; Olson, Sprenkle, & Russell, 1979) es uno de los modelos familiares que más difusión ha tenido en los últimos años en el ámbito académico y profesional occidental y ha mostrado ser adecuado para la descripción de familias argentinas (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010). Integra una variedad de conceptos utilizados en terapia familiar y propone estructurar la evaluación del *funcionamiento familiar* a partir de tres variables que principalmente definen el constructo: la *cohesión*, la

flexibilidad y la *comunicación*. La *cohesión* se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La *Flexibilidad* familiar se define como el monto de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. La *comunicación* familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento de la familia dentro de las otras dos dimensiones. Consiste en la capacidad de escucha, la capacidad para expresar ideas y sentimientos, la claridad, continuidad y coherencia relacional, y el respeto y la consideración mutua.

En el presente trabajo, se intentan superar algunas de las limitaciones mencionadas anteriormente, al realizar una evaluación multi-miembro, que incluya a padres, adolescentes con TCA y hermanos/as así como a grupos familiares controles, analizando el funcionamiento familiar desde la propuesta del *Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales*.

En función de lo expuesto, se propusieron como objetivos en este trabajo:

1. Comparar la percepción del funcionamiento familiar entre familias de adolescentes con TCA (FTCA) y familias controles (FC).
2. Analizar las diferencias entre los miembros de cada familia respecto a la percepción del funcionamiento familiar.

Método

El diseño utilizado fue transversal y correlacional. El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2008).

Participantes

Participaron del estudio 170 personas que conformaban 46 grupos familiares. Veinte de estas familias tenían un miembro adolescente con TCA (FTCA) y en las restantes 26 familias ninguno de los miembros reportaba tener un TCA (FC). Cada grupo familiar estaba conformado por la madre, el padre, un miembro adolescente y el hermano/a más cercano en edad.

Las adolescentes con TCA fueron diagnosticadas

por medio de entrevistas individuales por un psicólogo especializado a partir de los criterios DSM-IV (10 con Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, 6 con AN y 4 con Bulimia Nerviosa). Tenían una edad media de 16.6 ($DE = 2.3$) años y no diferían significativamente en edad con las adolescentes controles ($M = 15.8$, $DE = 1.4$ años; $p < .40$). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a la edad de los padres [Padres de adolescentes con TCA: $M = 45.8$, $DE = 5.7$ años; Padres Controles: $M = 47.9$, $DE = 4.4$ años; $p < .52$] y los hermanos/as [Hermanos/as de adolescentes con TCA: $M = 17.2$, $DE = 3.7$ años; Hermanos/as Controles: $M = 18.4$, $DE = 4.4$ años; $p < .42$] o el sexo de estos últimos (Hermanos/as de adolescentes con TCA: sexo femenino 66.7%, Hermanos/as Controles: sexo femenino 77.3%; $p < .47$). La mayoría de los padres de ambos grupos estaban casados (Padres de adolescentes con TCA: 86.5%; Padres controles: 92%) y presentaban un nivel de instrucción universitario (Padres de adolescentes con TCA 51.3%; Padres Controles 76%).

En las FC, ninguno de los miembros reportaron tener antecedentes personales o familiares de TCA. Ninguna de las adolescentes controles reportaron haber tenido TCA, realizar conductas compensatorias inapropiadas para bajar de peso como vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar y presentaban todas un Índice de Masa Corporal superior a 17.5 (información basada en el auto-reporte de los antecedentes alimentarios, peso y altura, ver Instrumentos "Cuestionario Sociodemográfico y de Conducta Alimentaria").

Instrumentos

Los participantes contestaron los siguientes cuestionarios de autoinforme:

Cuestionario Sociodemográfico y de Conducta Alimentaria. Cuestionario confeccionado *ad hoc* que incluye información sobre sexo, edad, peso, altura, estado civil y nivel de instrucción así como antecedentes de TCA, realización de vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar. Este instrumento fue utilizado para describir

las características sociodemográficas de los miembros de las familias y determinar la ausencia de TCA en las FC.

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3° versión (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES III). Olson, Portner, y Lavee (1985). Adaptación argentina: Schmidt (2010). Compuesta por 20 ítems (10 ítems por cada dimensión familiar evaluada: cohesión y flexibilidad), con una escala de tipo Likert de cinco opciones de respuesta (de casi siempre a casi nunca). Los parámetros de calidad métrica y predictiva han sido ampliamente indagados en nuestro contexto con resultados favorables (Schmidt, 2002a, 2010), observándose que los mayores niveles de cohesión y flexibilidad familiar se asocian a indicadores familiares e individuales más saludables (Schmidt, 2002b). En la muestra del presente estudio, la prueba presentó coeficientes adecuados de consistencia interna (*alpha de Cronbach*) para las dos dimensiones de FACES III (.83 para Cohesión; .67 para Flexibilidad) así como para la Escala Total (.75).

Inventario de Comunicación Adolescente-Padre (ICAP). Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina y Gonzalez (2010). Desarrollado para evaluar la tercera dimensión del Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales. Evalúa la comunicación entre el adolescente y su padre y entre el adolescente y su madre por separado, a partir de tres dimensiones que han mostrado ser relevantes en población argentina (Schmidt et al., 2007) para describir la comunicación familiar: la *Comunicación Abierta* (CA - intercambio fluido de información, mutuo entendimiento y satisfacción), los *Problemas en la Comunicación* (PC discusiones sin posibilidad de diálogo, dificultad para escuchar y aceptar un punto de vista diferente) y la *Restricción en la Comunicación* (RC - sentimiento sobre la imposibilidad de hablar de ciertas cosas, por motivos ajenos a la propia voluntad). Está compuesto por 21 ítems (siete por cada dimensión) con cinco opciones de respuesta (*desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo*) en versión hijo/a-madre y versión hijo/a-padre. Se han reportado evidencias de validez de contenido (Schmidt et al., 2007), de

constructo, de criterio y adecuados índices de confiabilidad para población argentina (Schmidt, Maglio, et al., 2010). En la muestra del presente estudio, el inventario mostró coeficientes adecuados de consistencia interna (*alpha de Cronbach*) para las tres dimensiones de las dos versiones (CA con la madre, .85; con el padre, .84; PC con la madre, .74; con el padre, .86; RC con la madre, .80; con el padre, .74).

Procedimiento

Se contactó a las FTCA en la entrevista de admisión de un centro de tratamiento especializado de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina), se explicaron los objetivos del estudio y que la participación en el mismo era voluntaria y confidencial. Todos los integrantes debían firmar un consentimiento informado para ser incluidos en el estudio. Sólo un padre no accedió a participar, por lo que la familia completa fue excluida del estudio. Cada miembro evaluado recibía un sobre cerrado con los cuestionarios.

Las AC fueron contactadas en la institución educativa a la que asistían, cercana al centro de tratamiento donde fueron contactadas las adolescentes con TCA. Se seleccionaron aleatoriamente de los listados de alumnas mujeres, 30 familias que cumplieran los criterios de inclusión, seis por cada año de escolaridad secundaria.

Análisis Estadístico

Se exploró la distribución de cada variable, observándose que podía asumirse normalidad en cada una (con la prueba Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad entre ellas (con la prueba de Levene). Se compararon los puntajes medios de cohesión, flexibilidad y comunicación entre los grupos (por miembro de la familia y por puntaje total familiar) con la prueba *t* de Student, a dos colas. Para examinar la variabilidad en la percepción del funcionamiento familiar entre los miembros de la familia, se utilizó la prueba ANOVA para medidas repetidas para la variable cohesión y flexibilidad (se asumió la esfericidad de las variables mediante la prueba de Mauchly). En dicho análisis se incluyeron a los cuatro miembros

de la familia como cuatro niveles del factor cohesión y cuatro niveles del factor flexibilidad. A su vez, se incluyó como factor de comparación inter-sujetos a la variable grupo (grupo 1: FTCA; grupo 2: FC) y se calculó el efecto de la interacción. Las comparaciones entre pares se realizaron con la prueba *post hoc* de Bonferroni y el tamaño del efecto se evaluó con el estadístico *eta* cuadrado parcial (η^2p). Para comparar a las adolescentes y sus hermanos/as con respecto a la comunicación con sus padres se utilizó la prueba *t* para medidas repetidas.

Resultados

Comparación del funcionamiento familiar entre FTCA y FC

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos y la comparación entre las FTCA y las FC con respecto a la cohesión y flexibilidad familiar.

Se observó que las FTCA percibían significativamente menor cohesión que las FC. Específicamente, las madres y los hermanos/as de las FTCA percibían significativamente menor cohesión familiar que las madres y hermanos/as de las FC.

Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las FTCA y FC con respecto al puntaje total de flexibilidad familiar, los hermanos/as de las FTCA percibieron significativamente

mayor flexibilidad en sus familias que los hermanos/as de las FC.

En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos y la comparación entre las FTCA y las FC con respecto a la comunicación entre los adolescentes y sus padres.

Las adolescentes con TCA refirieron menor comunicación abierta y mayores problemas en la comunicación que las adolescentes controles. Por su parte, los hermanos/as de adolescentes con TCA también refirieron un patrón comunicacional más negativo con sus padres que los hermanos/as controles (menor comunicación abierta y mayores problemas en la comunicación), aunque también refirieron tener menor restricción en la comunicación con ellos.

Variabilidad Intrafamiliar. Comparación de la percepción del funcionamiento familiar entre los distintos miembros al interior de cada familia

Se observaron diferencias en la percepción que presentaron los miembros de cada familia entre sí [Efecto principal inter-familia: $F(1, 34) = 24.7; p < .001; \eta^2p = .44$; Efecto principal intra-familia: $F(3, 34) = 19.5; p < .001; \eta^2p = .66$] y este efecto fue distinto de acuerdo al grupo al que pertenecían los mismos [Efecto principal de la interacción miembro x grupo: $F(3, 34) = 6.75; p < .001; \eta^2p = .40$]. Por lo tanto, se analizaron los efectos principales en cada

Tabla 1. Comparación de los puntajes medios de Cohesión y Flexibilidad Familiar entre los miembros de las FTCA y FC.

| Dimensión Familiar | FTCA | | | | FC | | | | Comparación entre grupos | |
|----------------------------|------|------|-----|--------------|----|------|-----|-------------|--------------------------|--------|
| | n | X | DE | IC | n | X | DE | IC | t | p |
| Cohesión | | | | | | | | | | |
| Total Familia ¹ | 16 | 33.4 | 4.4 | 31 – 35.7 | 24 | 39.6 | 3.4 | 38.2 – 41.1 | -4.1 | .001** |
| Adolescente | 20 | 34.1 | 6.6 | 31.1 – 37.1 | 25 | 36.2 | 6.4 | 33.5 – 38.8 | -1.1 | .31 |
| Madre | 20 | 37.6 | 6.5 | 34.5 – 40.7 | 26 | 42.3 | 3.6 | 40.9 – 43.7 | -2.9 | .003** |
| Padre | 17 | 38.6 | 5.2 | 36 – 41.3 | 24 | 41.4 | 4.8 | 39.4 – 43.4 | -1.7 | .09 |
| Hermano/a | 15 | 25.5 | 4.2 | 23.1 – 27.8 | 22 | 38.4 | 4.9 | 36.2 – 40.5 | -8.4 | .001** |
| Flexibilidad | | | | | | | | | | |
| Total Familia ¹ | 16 | 26.6 | 2.9 | 25.02 – 28.1 | 24 | 25.9 | 3.6 | 24.3 – 27.4 | 0.4 | .52 |
| Adolescente | 20 | 24.8 | 6.8 | 21.6 – 27.9 | 25 | 24.5 | 3.7 | 22.9 – 26.1 | 0.2 | .87 |
| Madre | 20 | 25.4 | 5.6 | 22.8 – 28 | 26 | 26.2 | 6.3 | 23.6 – 28.7 | -0.4 | .68 |
| Padre | 17 | 26.4 | 4.9 | 23.9 – 28.9 | 24 | 25.6 | 5.1 | 23.5 – 27.8 | 0.5 | .63 |
| Hermano/a | 15 | 31.5 | 8.1 | 26.9 – 35.9 | 22 | 26.2 | 5.1 | 23.9 – 28.4 | 2.4 | .02* |

Nota: FTCA = Familias de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria; FC = Familias Controles; IC = Intervalo de Confianza. ¹ = Puntaje Familiar resultado de la sumatoria del puntaje de los cuatro miembros de la familia.

grupo por separado. Se observó un efecto principal significativo intra-familia en los dos grupos [FTCA: $F(3, 13) = 12.55$; $p < .001$; $\eta^2 p = .79$; FC: $F(3, 21) = 12.69$; $p < .001$; $\eta^2 p = .68$]. Sin embargo, al analizar las comparaciones por pares (ver Tabla 3) se observaron patrones distintos entre los mismos. En las FTCA se observó que las adolescentes y sus padres/

madres presentaban puntajes de cohesión familiar semejantes entre sí, mientras que eran los hermanos/as los que discrepaban en su percepción, refiriendo menor cohesión familiar que el resto de la familia. El tamaño del efecto en este caso fue medio-alto (Cohen, 1988).

Tabla 2.

Comparación de los puntajes medios de Comunicación Adolescente-Padre y Adolescente-Madre entre los miembros de las FTA y FC.

| Dimensión Familiar | FTCA | | | | FC | | | | Comparación entre grupos | |
|--------------------------------------|-----------------------------|------|-----|-----------|-------------------------|------|-----|-----------|--------------------------|---------|
| | n | X | DE | IC | n | X | DE | IC | t | p |
| Comunicación | | | | | | | | | | |
| CA Padre - Total ¹ | 12 | 22.7 | 2.9 | 20.8–24.6 | 21 | 27.1 | 5.2 | 24.7–29.6 | -3.14 | .004** |
| Adolescente | 17 | 23.8 | 5.6 | 20.9–26.7 | 25 | 28.4 | 4.5 | 26.5–30.2 | -2.91 | .006** |
| Hermano/a | 12 | 22.9 | 5.1 | 19.7–26.2 | 21 | 26.2 | 6.7 | 23.1–29.5 | -1.48 | .15 |
| Comparación entre hermanos | $t = 0.33$; $p < .74$ | | | | $t = 1.53$; $p < .14$ | | | | | |
| PC Padre - Total | 12 | 19.8 | 4.9 | 16.7–22.9 | 21 | 14.2 | 5.7 | 11.6–16.9 | 2.79 | .009** |
| Adolescente | 17 | 17.8 | 6.3 | 14.5–21 | 25 | 13.4 | 4.5 | 11.5–15.2 | 2.63 | .012* |
| Hermano/a | 13 | 21.6 | 4.3 | 18.6–23.4 | 21 | 15.6 | 7.7 | 11.8–19.2 | 2.93 | .006** |
| Comparación entre hermanos | $t = -2.14$; $p < .06$ | | | | $t = -1.78$; $p < .09$ | | | | | |
| RC Padre - Total | 12 | 24.4 | 2.1 | 23–25.7 | 21 | 25.9 | 4.1 | 23.9–27.7 | -1.21 | .23 |
| Adolescente | 17 | 28.1 | 4 | 26–30.2 | 25 | 26.1 | 5.3 | 23.9–28.3 | 1.33 | .19 |
| Hermano/a | 13 | 19.7 | 1.5 | 18.6–20.7 | 21 | 25.7 | 4.1 | 23.7–27.7 | -6.07 | .0001** |
| Comparación entre hermanos | $t = 8.18$; $p < .0001$ ** | | | | $t = 0.26$; $p < .79$ | | | | | |
| CA Madre - Total | 14 | 22.7 | 3.4 | 20.5–24.8 | 21 | 29.8 | 3.9 | 27.9–31.6 | -5.04 | .0001** |
| Adolescente | 19 | 24.4 | 4.3 | 24.6–26.9 | 26 | 30.3 | 4.8 | 28.8–32.5 | -4.25 | .0001** |
| Hermano/a | 13 | 21.5 | 4.6 | 18.3–24.4 | 21 | 28.9 | 4 | 27.1–30.9 | -4.97 | .0001** |
| Comparación entre hermanos | $t = 1.35$; $p < .20$ | | | | $t = 1.21$; $p < .24$ | | | | | |
| PC Madre - Total | 14 | 18.5 | 2.1 | 17.2–19.8 | 21 | 13.3 | 4.1 | 11.4–15.2 | -4.66 | .0001** |
| Adolescente | 19 | 18.5 | 5.1 | 15.3–20.6 | 26 | 13.1 | 4.4 | 11–14.4 | 3.77 | .0001** |
| Hermano/a | 15 | 19.3 | 2.7 | 18–20.1 | 21 | 14.1 | 5.4 | 11.3–16.4 | 3.8 | .001** |
| Comparación entre hermanos | $t = -0.39$; $p < .70$ | | | | $t = -0.79$; $p < .44$ | | | | | |
| RC Madre - Total | 14 | 23.5 | 2.9 | 21.7–25.3 | 21 | 23.4 | 5.8 | 20.7–26.1 | -0.05 | .96 |
| Adolescente | 19 | 26.3 | 6.2 | 22.6–29.3 | 26 | 23 | 6 | 20.3–25.4 | 1.77 | .083 |
| Hermano/a | 15 | 19.7 | 2 | 18.5–21.2 | 21 | 24.2 | 6.3 | 20.9–26.9 | -3.09 | .005** |
| Comparación entre hermanos | $t = 4.79$; $p < .0001$ ** | | | | $t = -0.96$; $p < .35$ | | | | | |

Nota: FTCA = Familias de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria; FC = Familias Controles; CA = Comunicación Abierta; PC = Problemas en la Comunicación; RC = Restricción en la Comunicación; IC = Intervalo de Confianza.

¹ = Puntaje Familiar resultado de la sumatoria del puntaje del adolescente y su hermano/a

Tabla 3.
Comparación por díadas en las F TCA y FC según la cohesión familiar.

| Comparaciones por Díadas | Cohesión | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------|----------------------------|--------|
| | FTCA | | FC | |
| | Diferencia entre medias | p | Diferencia entre medias | p |
| Adolescente – Madre | -3.69 | .62 | -6.1 | .001** |
| Adolescente – Padre | -4.69 | .18 | -5.71 | .01** |
| Madre - Padre | -1 | .99 | 0.38 | .99 |
| Adolescente – Hermano/a | 8.15 | .005** | -2.43 | .99 |
| Hermano/a – Madre | -11.85 | .003** | -3.67 | .02* |
| Hermano/a – Padre | -12.85 | .001** | -3.29 | .19 |

FTCA = Familias de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria;
FC = Familias Controles.

Por su parte, en las FC, se observó que las adolescentes y sus hermanos/as presentaban puntajes de cohesión familiar semejantes entre sí, aunque se observaron discrepancias con respecto a los puntajes de sus padres. Los padres percibían una cohesión familiar semejante entre sí, pero mayor que sus hijos, y el tamaño del efecto fue medio.

Con respecto al grado de flexibilidad familiar, se observaron diferencias en la percepción que presentaron los miembros de cada familia entre sí [Efecto principal inter-familia: $F(1, 34) = 1.37$; $p < .26$; $\eta^2 p = .04$; Efecto principal intra-familia: $F(3, 34) = 3.52$; $p < .027$; $\eta^2 p = .26$], aunque el tamaño del efecto fue bajo (Cohen, 1988) y no se observó interacción con el grupo de estudio [Efecto principal de la interacción miembro x grupo: $F(3, 34) = 2.38$; $p < .09$; $\eta^2 p = .19$]. De la misma forma que para la variable cohesión, se analizaron los efectos principales en cada grupo por separado. Sin embargo, no se observaron efectos intra-familiares significativos en ninguno de los dos grupos por separado [FTCA: $F(3, 13) = 2.36$; $p < .14$; $\eta^2 p = .41$; FC: $F(3, 21) = 0.42$; $p < .75$; $\eta^2 p = .07$], por lo que no se calcularon las comparaciones por pares.

Por último, se comparó la percepción que los hermanos/as de cada familia tenían entre sí con respecto a cómo era la comunicación con sus padres (ver Tabla 2). En las FTCA se observó que las adolescentes con TCA refirieron tener significativamente mayor restricción en la comunicación con sus padres que sus hermanos/as, mientras que no se observaron diferencias en las demás características de la comunicación familiar. Por su parte, en las FC, los hermanos/os mostraron tener una percepción similar sobre

cómo es la comunicación con sus padres, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Discusión

Este estudio fue diseñado para examinar la percepción del funcionamiento familiar de los diferentes miembros de las FTCA al inicio del tratamiento psicoterapéutico. Se observa que, en conjunto, éstos perciben estar menos unidos emocionalmente que los miembros de las FC. Específicamente, las madres y los hermanos/as de las FTCA perciben menor cohesión familiar que sus pares de las FC. Esta descripción es congruente con la de estudios realizados en España (Botella & Graño, 2008), Portugal (Cunha et al., 2009) Francia (Cook Darzens et al., 2005), Inglaterra (Waller, Slade, & Calam, 1990), Croacia (Vidovic et al., 2005) o Israel (Latzer et al., 2002), lo que permite pensar que la menor cohesión es una característica que se presenta en las familias en las que un miembro desarrolla un TCA, de forma relativamente independiente al contexto sociocultural en el que la familia esté inmersa. Esta condición familiar puede requerir de la intervención psicoterapéutica. Su relevancia clínica ha sido demostrada en estudios longitudinales. Por ejemplo, Wallin, Roijen, y Hansson (1996) observan un peor pronóstico en pacientes con AN que perciben a sus familias como desligadas (baja cohesión familiar).

Por su parte, no se observan en conjunto diferencias con respecto a los niveles de flexibilidad familiar, aunque los hermanos/as de las FTCA perciben mayor flexibilidad familiar que los hermanos/as de las FC. Esta es una característica del funcionamiento familiar que ha mostrado resultados más contradictorios entre los estudios. En algunos se observan menores niveles de flexibilidad en las FTCA (Vidovic et al., 2005; Waller et al., 1990) mientras que en otros no se encuentran diferencias entre los grupos para dicha dimensión (Cook Darzens et al., 2005; Cunha et al., 2009), aunque al igual que en el presente estudio, sí se identifican diferencias con respecto a los niveles de cohesión familiar. Es posible que esta sea una característica del funcionamiento familiar menos

involucrada con el desarrollo del TCA. Sin embargo, debido a que se han reportado dificultades en la operacionalización de esta dimensión familiar (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2010), sería recomendable profundizar su estudio con otros instrumentos de evaluación.

Con respecto al análisis de la variabilidad intrafamiliar, se observa en las FTCA un mayor acuerdo entre los padres (madre y padre) y la hija con TCA con respecto a la percepción del grado de cohesión que presenta la familia, mientras que los hermanos/as discrepan con ellos, refiriendo una visión más desligada aún del funcionamiento familiar.

Estos resultados muestran que no es posible asumir que la visión de uno de los miembros de la familia sobre la cohesión familiar sea extrapolable al resto de los miembros que la integran.

Realizar intervenciones basadas en la percepción de un solo integrante, podría llevar a que las mismas no sean aceptadas por los miembros que discrepan en esa percepción de la realidad familiar. Esta situación puede sugerir la necesidad de exponer frente a la familia estas discrepancias, con el objetivo de acercar sus puntos de vista.

Cabe destacar que con respecto a esta característica del funcionamiento familiar no se observa un acuerdo generacional en el subsistema fraterno, tal como se observa en las FC. Otros estudios indican que el acuerdo en el subsistema fraterno es normativo en familias de población general argentina, en la etapa del ciclo vital familiar estudiada (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010) y esperable en familias con funcionamientos más saludables (Beavers & Hampson, 1995). La discrepancia en la percepción de la cohesión familiar entre los hermanos/as resulta, en este estudio, una característica específica de las familias en las que un adolescente desarrolla un TCA que coincide con la descripción realizada por Beavers y Hampson (1995) acerca de lo observado en las familias menos competentes.

Por último, con respecto a la comunicación familiar, en las FTCA sí existe acuerdo entre las adolescentes con TCA y sus hermanos/os en describir un patrón comunicacional más negativo con sus padres que el descrito por los hijos de las FC y el reportado

en las normas regionales para adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires (Schmidt, 2008).

Una baja comunicación abierta y elevados problemas en la comunicación con los padres resultan características de la comunicación familiar que no son sólo percibidas por la adolescente con TCA, si no compartidas por el subsistema fraterno.

Esto podría impedir, tal como predice el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares, que la familia modifique los niveles de cohesión y flexibilidad familiar, para adaptarse a los cambios que imprime la patología alimentaria en uno de sus miembros.

Por otro lado, las adolescentes con TCA perciben más restricción en la comunicación con sus padres que sus hermanos/as, mientras que esta diferencia intrageneracional no se observa en las FC. Esto puede estar asociado a que las conductas que resultan sintomáticas en la patología alimentaria, tienden a ser ocultadas por las adolescentes que las realizan, repercutiendo en que sientan que hay temas de los que no se puede hablar con sus padres (restricción en la comunicación). Esta es la única dimensión de la comunicación en la que se observan diferencias entre las adolescentes con TCA y sus hermanos/as, por lo que es posible inferir que se ve más afectada por las características ambientales o individuales no compartidas por ellos, como por ejemplo, el TCA.

Estos datos permiten describir el funcionamiento de estas familias cuando llegan a la consulta psicoterapéutica tomando como base el Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales, siendo esta información de suma relevancia desde el punto de vista terapéutico (Schmidt & Treasure, 2006) ya que favorecen el diseño de intervenciones familiares específicas. La percepción diferencial que presenta cada miembro, puede estar indicando la forma en que cada uno percibe que la familia está afrontando el estrés familiar (ver McCubbin & Patterson, 1989 para una revisión).

Tal como se ha hecho con el estudio de otras características familiares (Friedmann et al., 1997), sería interesante comparar la variabilidad intrafamiliar observada en estas familias con la de aquellas en las que alguno de sus miembros padece otro trastorno

psiquiátrico, distinto a un TCA. Esto permitiría conocer si los resultados aquí presentados resultan específicos para este tipo de patología o si, por el contrario, tienden a ser una reacción familiar frente al desarrollo de un trastorno mental en un hijo/a adolescente.

Al interpretar los resultados que aquí se presentaron, es necesario tener en cuenta las limitaciones geográficas y metodológicas. Todas las familias que participaron en este estudio son residentes de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) y sólo se incluyeron a adolescentes que están insertas en el sistema escolar o de salud. El tamaño muestral puede estar impidiendo detectar diferencias de baja magnitud entre los grupos familiares y el tipo de muestra utilizada (no probabilística), implica la conveniencia de replicar los resultados en otras muestras, para consolidar la validez externa de los mismos.

Conclusión

En el presente trabajo se ha estudiado la percepción del funcionamiento familiar de los diferentes miembros de las FTCA al inicio del tratamiento psicoterapéutico. A partir de los resultados presentados se concluye que las FTCA que llegan a consulta psicoterapéutica reportan menor cohesión familiar y los hijos perciben un patrón comunicacional más negativo (menor comunicación abierta y mayores problemas en la comunicación) que las familias de población general. Las adolescentes con TCA perciben mayor restricción en la comunicación que sus hermanos/as. En las FTCA se observa mayor variabilidad en la percepción del funcionamiento familiar entre los miembros en comparación con FC.

Los hallazgos realizados tienen una gran relevancia clínica ya que permiten describir el funcionamiento de estas familias cuando llegan a la consulta psicoterapéutica tomando como base el Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales, favoreciendo el diseño de intervenciones específicas. A su vez, resaltan la importancia de tener en cuenta, a la hora de realizar intervenciones, la percepción que tienen de la realidad familiar los distintos miembros de la familia.

Agradecimientos: Esta investigación fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT P021) y llevada adelante con la colaboración de los profesionales de la Fundación para el Desarrollo de Jóvenes y Adolescentes “La Casita”, a quienes los autores desean agradecer.

Referencias

- Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A., et al. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 53-61.
- Aremit, R., Katzman, D., Pinhas, L., & Kaufman, M. (2010). The experience of siblings of adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescents Health*, 46(6), 569-576.
- Beavers, W., & Hampson, R. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.
- Botella, L., & Graño, N. (2008). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 291-301.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2 ed.). NY: Academic Press.
- Cook Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. C. (2005). Self perceived family functioning in 40 french families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorder Review*, 13, 223-236.
- Cunha, A., Relvas, A., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*,

- 36, 357-367.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación. Cuarta edición*. D.F., México: McGraw-Hill Interamericana.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy, 24*(4), 581-599.
- Leibovich de Figueroa, N., & Schmidt, V. (2010). *El contexto familiar y su evaluación desde una perspectiva ecopsicológica*. Bs.As, Argentina: Guadalupe.
- Loeb, K.L. & le Grange, D. (2009). Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorder: Current Status, New Applications and Future Directions. *International Journal of Child and Adolescent Health, 2*(2): 243-254.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J. (1989). *Adolescent substance abuse, treating stress in families*. NY: Brunner/Mazel.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144-167.
- Olson, D., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III)*. St. Paul: Family Social Science Department, University of Minnesota.
- Olson, D., Sprenkle, D. H., & Russell, C. R. (1979). Circumplex Model of marital and family systems. I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process, 18*, 3-28.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 343-366.
- Schmidt, V. (2002a). Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar, 3º versión (FACES III) y su uso In nuestro medio. *Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.
- Schmidt, V. (2002b). *Estrés percibido y afrontamiento familiar frente a un miembro drogadependiente*. Universidad de Buenos Aires (U.B.A), Buenos Aires.
- Schmidt, V. (2008). Escala de Comunicación Adolescente-Padres. *Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA*.
- Schmidt, V. (2010). Proceso de Adaptación de la escala a nuestra población. Propiedades Psicométricas de la versión argentina. En N. Leibovich de Figueroa & V. Schmidt (Eds.), *El contexto familiar y su evaluación desde una perspectiva ecopsicológica*. Bs.As., Argentina: Guadalupe.
- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología, 3*(2), 30-36.
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, F., & Gonzalez, A. (2010). La comunicación del adolescente con sus padres: construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto. *Interamerican Journal of Psychology, 44*(2), 203-215.
- Schmidt, V., Marconi, A., Messoulam, N., Maglio, A., Molina, F., & Gonzalez, M. (2007). Caracterización de la comunicación entre padres e hijos adolescentes: un desafío de nuestro tiempo. *Revista de Psicología Social Aplicada., 17*(1), 5-22.
- Selvini Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. NY: Jason Aronson.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., et al. (2008). Interpersonal maintaining factors in eating disorder: skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health, 1*(4), 331-338.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Toci-lj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorder Review, 13*, 19-28.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Family adaptability and cohesion: Relation to eating attitudes and disorders. *Internacional Journal of Eating Disorders., 9*(2), 225-228.
- Wallin, U., Roijen, S., & Hansson, K. (1996). Too close or too separate: family function in families with an anorexia nervosa patient in two Nordic countries. *Journal of Family Therapy, 18*, 397-414.
- Woodside, D., Wolfson, L., Garfinkel, P. E., & Olmsted, M. (1995). Family Interactions in Bulimia Nervosa II: Complex Intrafamily Comparisons and Clinical Significance. *Internacional Journal of Eating Disorders., 17*(2), 117-126.