

UNA REVISION DE LOS ESTUDIOS CONTROLADOS SOBRE INTERACCION FAMILIAR EN LA ANOREXIA NERVIOSA

A. ESPINA, B. PUMAR,
E. GARCIA, A. SANTOS,
A. AYERBE

1.-INTRODUCCION

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que está cobrando una importancia cada vez mayor en la sociedad occidental. Su prevalencia oscila entre el 1 por 800 y el 1% en mujeres de 12 a 18 años (el 95% de los casos aparece en mujeres) y la tasa de mortalidad entre el 5 y el 18% (Spitzer et al. 1987).

Algunos autores como Yager (1988) describen 2 subtipos de anorexia nerviosa:

A.N. Restrictiva: Las pacientes limitan la ingesta calórica y realizan intenso ejercicio. Muestran síntomas obsesivo-compulsivos, aislamiento social, depresión y conductas evitativas.

A.N. Bulímica: Alterna momentos de abstinencia alimentaria con otros de ingesta voraz seguidos de vómitos y del empleo de laxantes.

Estos subtipos pueden presentarse en una misma paciente.

Criterios del DSM III-R para el diagnóstico de anorexia nerviosa (Spitzer et al. 1987).

A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.

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

C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; por

ejemplo, la persona se queja de que "se encuentra obesa" aún estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo del peso normal.

D. En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Se han desarrollado teorías etiológicas desde diferentes marcos referenciales: biológico, psicológico (conductual, cognitivo, psicodinámico) y socio-cultural. En este trabajo vamos a referirnos a los estudios sobre la interacción familiar.

2.-ANOREXIA NERVIOSA Y FAMILIA

El modelo sistémico aplicado al funcionamiento familiar ha sido fuente de teorizaciones sobre el papel de la familia en la génesis y el mantenimiento de patologías diversas. En la anorexia nerviosa el interés desarrollado por la familia ha propiciado estudios a varios niveles: a) Genético; b) Características psicológicas de los padres; c) Interacción familiar.

2.1.-Genético.

A nivel genético no se han encontrado datos que avalen un origen hereditario de la anorexia nerviosa, aunque autores como Crisp et al., (1980) y Strober (1985) señalan la influencia de los rasgos de personalidad (introversión, neuroticismo, rigidez) en la aparición del trastorno, lo cual no tiene gran especificidad a nivel etiológico.

2.2.-Características psicológicas de los padres.

Estos estudios dan resultados controvertidos. Por un lado (Crisp et al., 1974) comparando padres de anoréxicas con padres de adolescentes normales encontraron que, mientras la anoréxica permanecía sintomática los padres no mostraban puntuaciones anormales en el "Middlesex Hospital Questionnaire" (mide el nivel psiconeurótico), pero al ganar peso la hija aparecían datos patológicos en los padres.

Kalucy et al., (1977) señalaban que los padres de anoréxicas estaban más insatisfechos con su cuerpo y mostraban más preocupación por el peso y las dietas. Strober et al., (1982) compararon padres de anoréxicas-restrictivas y anoréxicas-bulímicas y encontraron que en los padres de las segundas existía una proporción 4 veces mayor de alcoholismo de primer grado y que eran más hostiles, impulsivos y excitables.

Winokur et al. (1980) afirman que los trastornos afectivos son el doble de frecuentes en padres de anoréxicas, encontrándose en diversos estudios (Strober et al., 1982; Gershon et al., 1984; Hudson et al., 1983; Rivinus et al., 1984) una proporción 2 a 4 veces más frecuente la depresión unipolar en padres de anoréxicas que en la población normal. Aunque, en contra de una etiología genética, no se han encontrado más trastornos de la alimentación en hijos de padres con trastornos afectivos.

Pero, frente a estos autores, Dally (1969), Crisp (1970) y Morgan y Russell (1975) afirmaron que la anorexia nerviosa se podía desarrollar sin psicopatología familiar; y Garfinkel et al. (1983) no encontraron diferencias en depresión y factores de personalidad, ni en las actitudes de ex-

cesiva preocupación por la dieta y el control de peso, ni en la insatisfacción por sus cuerpos descritos por Kalucy et al. (1977) entre familias de anoréxicas y normales; aunque sí hallaron un mayor grado de obsesión en los padres de anoréxicas y que las madres daban un incremento en la estimación de dificultades en tareas de cumplimiento, representación del rol y comunicación, en comparación con el grupo control.

Estos resultados contradictorios pueden deberse a las características de la muestra, ya sea en el grupo experimental (edad, duración del trastorno y tipo de anorexia) o en el grupo control (ausencia de una debida homogeneización), y a los instrumentos de medida utilizados. Discutiremos este tema más adelante.

2.3.-Interacción Familiar

Numerosos autores han estudiado la interacción en las familias con una hija anoréxica intentando descubrir patrones específicos que descubran la génesis, desarrollo y mantenimiento de la conducta sintomática y su posible función estabilizadora (homeostática) dentro del sistema familiar. Estos estudios han dado lugar a teorías que describen características familiares e hipotetizan sobre el sentido de dicho trastorno. Grigg, Friesen y Sheppy (1989) clasifican las teorías explicativas sobre la interacción familiar en la anorexia nerviosa en tres grupos según describan uno, dos o más tipos de interacción característicos de las familias con una hija anoréxica.

2.3.1.-Unidimensional

En este grupo están las teorías que unifican las familias con un miembro anoréxico bajo un mismo tipo de interacción. En este enfoque se incluye: A) Modelo Estructural, B) Modelo Comunitacional, C) Modelo Transgeneracional.

A) MODELO ESTRUCTURAL

Desarrollado en la Clínica de Guía Infantil de Filadelfia por Minuchin et al., (1975); Minuchin, Rosman y Baker (1978) Estos autores desarrollan el modelo de "Familia Psicopatogénica" según el cual "el desarrollo de una enfermedad psico-

somática en un niño se relaciona con tres factores. Estos incluyen un tipo especial de organización y funcionamiento familiar, implicación del niño en el conflicto parental y vulnerabilidad fisiológica" (Minuchin 1974, pp. 330-331).

a) Las pautas transaccionales características de un sistema familiar "que alienta la somatización" (Minuchin et al. 1978) son las siguientes:

1.-Aglutinamiento: Se caracteriza por "una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares". En la familia aglutinada los límites entre subsistemas están poco diferenciados, la resonancia emocional es intensa y la diferenciación interpersonal es pobre, dificultándose la autonomía de sus miembros.

2.-Sobreprotección: Existe un alto grado de preocupación por el bienestar de los demás miembros de la familia. Los padres son sobreprotectores retrasando la autonomía de los hijos y éstos sienten una gran responsabilidad por proteger a la familia; "en el niño enfermo, la experiencia de ser capaz de proteger a la familia utilizando los síntomas puede ser un refuerzo mayor para la enfermedad".

3.-Rigidez: Hace que la familia no se adapte a los cambios, siendo más vulnerables a los acontecimientos externos y dificultando el normal desarrollo de sus miembros.

4.-Falta de resolución de conflictos: Las anteriores características hacen que el umbral para el conflicto sea muy bajo, los problemas no se resuelven, ya sea negando su existencia o no negociándolos.

b) Involucración del niño en el conflicto parental. El síntoma del paciente es el "factor clave" que regula el sistema familiar. Los padres evitan el conflicto formando una "tríada rígida" con el hijo sintomático y utilizando 3 tipos de manobras:

1.-Rodeo: los padres "olvidan" sus problemas preocupándose del hijo.

2.-Triangulación: cada padre "tironea" para que se posicionen con él contra el otro padre.

3.-Coalición estable: El hijo se une con un padre contra el otro.

c) La vulnerabilidad fisiológica del niño "constituye un componente necesario pero no suficiente en la aparición de un síntoma psicossomático" (Minuchin, op. cit.) y dicha vulnerabilidad no estaría demostrada en la anorexia mental.

B) MODELO COMUNICACIONAL

Selvini (1974) aplica el modelo utilizado por Haley (1959) para describir las familias de esquizofrénicos y caracteriza a las "familias anoréxicas" como:

1.-Con problemas de comunicación: cada miembro desea imponer las reglas de la relación.

2.-Rechazando las comunicaciones del otro. La contradicción es corriente.

3.-Los padres no asumen el liderazgo haciendo que la enfermedad lo asuma.

4.-Existen alianzas y coaliciones negadas que son "el problema central". La anoréxica se encuentra triangulada con los padres supliendo, secretamente, en cada uno, las carencias que tienen con su cónyuge. Los síntomas aparecerían cuando este equilibrio se ve amenazado al llegar la adolescencia.

5.-Ninguno está dispuesto a asumir responsabilidades cuando algo sale mal.

6.-Los padres tienen una desilusión recíproca que son incapaces de reconocer y la ocultan detrás de una fachada de respetabilidad y de unidad conyugal. Su relación es simétrica, luchando por ser el más sacrificado, intentan ganarse a la hija para su bando de una manera encubierta.

"En un sistema en que toda comunicación tiene una probabilidad tan alta de ser rechazada, el rechazo de la comida parece estar en plena concordancia con el estado interaccional de la familia. Más aún, está en perfecta sintonía con la actitud sacrificial del grupo, en el cual el sufrimiento es el mejor movimiento en el juego de estar arriba" (Selvini, 1974).

En 1988 Selvini y Viaro reformulan la teoría describiendo la anorexia como el resultado de un

proceso en la historia de la organización relacional de la familia. Este proceso se inscribe en un "Juego Familiar" desarrollado en 6 etapas, a partir de un conflicto parental en el que la futura anoréxica se implica precozmente de 2 formas:

Tipo A: La futura anoréxica está muy ligada a su madre hasta que descubre que ésta se vuelca en otro hermano lo cual provoca que la hija se posiciona por el padre contra la madre.

Tipo B: La futura anoréxica siempre ha sido la favorita de su padre hasta que en la adolescencia la relación se hace insostenible.

El juego familiar se ha desarrollado a lo largo de las 6 etapas hasta que la anoréxica descubre que el síntoma le permite reconquistar la situación de privilegio perdida.

Selvini et al. (1988) considera la anorexia nerviosa como el resultado de la confluencia de:

-Factores específicos de la cultura occidental (opulencia versus moda de la delgadez, posición central del hijo en la familia y prolongación de la adolescencia).

-Modalidad organizativo-evolutiva de las interacciones en la familia la cual se basa en el concepto de "juego familiar", el cual es una modalidad de organización de las relaciones entre los individuos participantes que evoluciona con el tiempo, de manera que el comportamiento de un individuo es un movimiento en un juego entre varios jugadores.

Los niveles sistémicos, biológicos, individuales y sociales son integrados por esta autora, yendo más allá del nivel microsocio familiar, para explicar el desarrollo de la anorexia mental.

Este modelo teórico ha sido desarrollado a partir de observaciones clínicas, recibiendo fuertes críticas por la falta de una metodología que avale las conclusiones (Anderson, Selvini y Di Nicola, 1987).

C) MODELO TRANSGENERACIONAL

White (1983) siguiendo el modelo transgene-

racional desarrollado por Boszormenyi-Nagy, Bowen y Stierlin describe a la familia de la anoréxica como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación.

Las características de estas familias serían las siguientes:

1.-Lealtad: Las familias de anoréxicas valoran mucho la lealtad hacia la tradición familiar y hacia los demás lo cual impide la aparición de alianzas explícitas y las relaciones entre iguales; la lealtad hacia la familia extensa hace exclusivamente permeables los límites familiares permitiendo el intrusismo de los abuelos.

2.-Prescripción específica de un rol para la anoréxica: A las mujeres en general y a la futura anoréxica en particular se les fomenta el ser sensibles, entregadas y sacrificadas por el bien de la familia.

3.-Clarividencia: Los miembros de la familia tienen la convicción de que pueden "ver" en sí mismos y en los demás y conocer la verdad última de las conductas.

En estas familias la individuación de sus miembros se ve seriamente dificultada, así como la solución de problemas y con todo ello "se han establecido las conexiones para la negación del self y para una vulnerabilidad a los síntomas de anorexia nerviosa en ciertas hijas" (White, 1983).

2.3.2.-Bidimensional

Strober y Yager (1985) describen dos modelos familiares característicos de las familias de anoréxicas: a) Familias centrípetas en las que existe una excesiva cohesión, falta de permisividad, poca expresión emocional y pobres contactos extrafamiliares. b) Familias centrífugas, caracterizadas por poca cohesión, fuerte conflictividad incluso antes de aparecer la anorexia, miedo al abandono, excesiva dependencia, falta de control y conflicto de pareja.

2.3.3.-Multidimensional

Garfinkel y Garner (1982) plantean que las

familias de anoréxicas son un grupo heterogéneo, no existiendo una tipología familiar única sino una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como factores predisponentes a la A.N. Estos autores critican los modelos unidimensionales por alejarse de la realidad clínica.

Vemos cómo desde el mismo modelo sistémico existen diferencias importantes respecto a si existen unas características específicas de la familia con una hija anoréxica. Encontrando autores que abogan por una tipología y otros que propugnan la heterogeneidad de las familias.

3.-INVESTIGACIONES SOBRE INTERACCION FAMILIAR EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Después de describir brevemente las teorías familiares de la anorexia nerviosa, vamos a revisar las aportaciones realizadas por las investigaciones, centrándonos fundamentalmente en la metodología empleada y en la discusión de los resultados refiriéndolas a las teorías antes citadas.

Minuchin, Rosman y Baker (1978) estudiaron 45 familias distribuidas en 5 grupos (11 con hijas anoréxicas, 9 con hijos diabéticos psicósomáticos, 10 con hijos asmáticos, 7 con hijos diabéticos normales y 8 con hijos diabéticos con problemas de conducta). Los tres primeros grupos fueron clasificados como psicósomáticos y los otros dos como control. Los pacientes eran púberes y, la anorexia de menos de 3 años de duración. A cada familia se le aplicaron varias pruebas:

-La tarea familiar: confeccionar un menú, discutir un tema familiar etc. que era grabada en video y luego puntuada por observadores independientes. Con esta prueba evaluaban el grado de aglutinamiento, la sobreprotección, la evitación de conflicto y la rigidez.

-La entrevista diagnóstica familiar. Fue diseñada para evaluar la implicación del hijo en el conflicto parental y los efectos fisiológicos del conflicto parental sobre la enfermedad del hijo.

Esta entrevista constaba de 3 etapas: En la pri-

mera los padres estaban en una sala y el hijo les observaba a través de un espejo unidireccional; el entrevistador pedía a los padres que discutieran un problema familiar y luego se iba. Al cabo de media hora volvía y apoyaba a un cónyuge contra el otro (2.ª fase) y media hora más tarde pasaba el hijo y se les pedía que se ayudaran mutuamente a decidir cómo deberían cambiar (3.ª fase).

Durante cada fase se tomaban muestras de sangre a los 3 para medir los niveles de ácidos grasos libres (FFA).

Descubrieron que los padres de psicósomáticos, especialmente las anoréxicas, evitaban el conflicto y al entrar el hijo en la 3.ª fase se ocupaban todo el tiempo de él, lo cual fue interpretado como un rodeo (tríada rígida).

Las hijas anoréxicas fueron clasificadas como las más involucradas en los conflictos de los padres.

Las FFA fueron usadas para medir el stress (>FFA = >STRESS) y encontraron que en los niños psicósomáticos el FFA era mayor (Alto Stress) y tardaba más en normalizarse.

En base a este estudio desarrollaron el modelo de familia psicósomatógena que es ampliamente citado en la literatura y acogido por la mayoría de los terapeutas familiares.

Recientemente Coyne y Anderson (1988, 1989) han criticado este estudio cuestionando varios aspectos: la validez de las FFA como medida del stress, que no se haya hecho una presentación de los resultados ni se hayan publicado réplicas, no tener en cuenta la relación de las familias con el sistema de salud refiriendo todos los problemas a la interacción familiar, atribuir la bajada de stress de los padres en la 3.ª fase a la entrada del hijo y no a la salida del entrevistador, no pensar que la sobreprotección y el aglutinamiento pueden ser provocados por la enfermedad y no al revés, etc.

Quizás el éxito del libro de Minuchin et al. (1978) se deba, entre otras cosas, al alto índice de éxitos terapéuticos en la anorexia nerviosa (86%) combinando una intervención conductual con la terapia familiar estructural

Crisp, Hsu, Harding y Hartshorn (1980) estudiaron 102 familias con pacientes anoréxicas utilizando una entrevista en la que preguntaban a cada miembro por separado sobre las relaciones familiares y conyugales. No encontraron un patrón transaccional específico, aunque había malas relaciones entre paciente y padres en la mitad de los casos; la relación madre-anoréxica era enredada y sobreimplicada en 37 casos y distante en 22, mientras que con el padre se invertía la proporción.

La mala relación con uno de los padres se acompañaba de problemas de pareja, lo cual confirma estudios previos. Minuchin et al. (1975) encontraron que las relaciones sobreimplicadas entre el paciente y un padre coincidían con una relación conyugal pobre; y Bruch (1973), Minuchin et al. (1975) y Crisp (1970) describieron la involucración de la anoréxica en el conflicto conyugal y la utilización de los síntomas para evitar dicho conflicto.

Strober (1981) fue el primero en utilizar una escala estandarizada para estudiar el entorno familiar y en señalar las diferencias familiares entre anoréxicas-bulímicas y anoréxicas-restrictivas.

Usando el Family Environment Scale (FES), de Moos (1980), comparó 22 sujetos con anorexia bulímica y 22 con anorexia restrictiva y los resultados mostraron que las familias de anoréxicas-bulímicas tenían interacciones más conflictivas y con más expresiones de negatividad, mientras que en las familias de anoréxicas restrictivas el apoyo mutuo y la claridad de reglas y responsabilidades era mayor.

Garfinkel et al. (1983) compararon familias con una hija anoréxica (41) y familias control normales (24) evaluando las siguientes áreas:

-Conducta anoréxica medida con el Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel (1979).

-Factores psicológicos de padres e hija: utilizando el 16PF de Cattell, o el EPI de Eysenk, el Hopkins Symptom Checklist (HSCL) de Derogatis y el BDI de Beck.

-Interacción familiar: con el Family Assessment Measure (FAM) de Skinner et al. (1983).

El FAM consta de 7 subescalas: Habilidades para resolver problemas, Adaptación a roles nuevos, Comunicación, Expresión afectiva, Empatía, Control y Valores y normas.

-Alteraciones de la imagen corporal: con la técnica de la fotografía distorsionada y una escala adaptada de la de Berscheid et al. (1973).

Este estudio presenta varias limitaciones metodológicas:

-El trastorno anoréxico era crónico (media de 3 años), a diferencia de estudios anteriores, y no es posible decir si las diferencias encontradas son causa o efecto de la enfermedad.

-Las hijas del grupo control eran significativamente más jóvenes.

-Los instrumentos de medida eran autoinformes por lo que no se pueden contrastar con otras medidas.

Las conclusiones extraídas de los resultados fueron:

-La A.N. es una enfermedad heterogénea al igual que las familias de anoréxicas.

-Los factores familiares no justifican la aparición de la enfermedad aunque puedan jugar un papel en su patogénesis y mantenimiento.

-Las diferencias con el grupo control se hallan en algunas áreas familiares: expectativas percibidas, roles familiares, demandas de realización y problemas con comunicación y expresión afectiva.

-No aparecieron diferencias en las demás áreas a excepción de mayor grado de obsesividad en los padres.

Eisler, Szmukler y Dare (1985) utilizando técnicas observacionales evaluadas por observadores a ciegas, demostraron que la observación sistemática de interacciones familiares era compatible con las observaciones de los clínicos, lo cual permite acercar a clínicos e investigadores codificando adecuadamente las conductas observables.

Kog et al. (1985, 1987) intentaron validar el modelo de familia psicossomática de Minuchin et al. (1978) y para ello redefinieron las características categorizadas por Minuchin, en términos dimensionales, es decir, como un continuo en el que varios tipos de interacción pueden ser situados.

-Aglutinamiento: intensidad de los límites intra-familiares.

-Rigidez: grado de adaptabilidad familiar.

-Sobreprotección: grado de evitación-reconocimiento de la tensión intra-familiar.

-Ausencia de resolución de conflictos: manera en que la familia maneja los conflictos.

Estudiaron 53 familias con una hija con trastorno de la alimentación (anoréxicas-restrictivas 57%, anoréxicas-bulímicas 17%, bulímicas 17% y otras 9%; edad media 19 años; duración media 2,2 años) con una aproximación multirasgo-multimétodo, para probar la convergencia y la validez discriminante de los conceptos. Utilizaron 2 métodos conductuales observación directa del proceso y producto conductual, y un autoinforme, el Leuven Family Questionnaire.

De estos estudios sacaron las siguientes conclusiones:

-Las familias eran heterogéneas no pudiendo agruparse en base a la patología.

-No existe evidencia empírica del concepto de sobreprotección.

-Los conceptos de "límites", "adaptabilidad" y "conflicto" se pudieron medir con los métodos conductuales.

-El método de auto-informe permitía evaluar características más globales (positivo-negativo), como cohesión, desorganización y conflicto.

Desde un punto de vista clínico esta investigación apoya la evidencia de que 3 conceptos de Minuchin (límites, adaptabilidad y conflicto) son coherentes y pueden ser medidos empíricamente.

Humphrey et al. (1986)(39) han realizado varias investigaciones con familias de anoréxicas y bulímicas realizando aportaciones interesantes.

En 1986, Humphrey estudió las relaciones padres-hijo en los trastornos de la alimentación en 60 adolescentes con anorexia (edad media 18,8 años), anorexia bulímica (edad media 18,2 años), y bulimia (edad media 19 años) y 20 controles (edad media 19,3 años) utilizando el inventario de trastornos en la alimentación (EDI) de Garner, Olmstead y Polivy (1983) que mide características personales, interpersonales y conductuales y un instrumento que ha sido utilizado en otras investigaciones con familias que se ha revelado de gran valor, nos referimos al Structural Analysis of Social Behavior (SA-SB) de Benjamin (1974).

Este instrumento incluye un autoinforme sobre la representación interna de las relaciones parentales y un método observacional en el que se analiza la tríada padre-madre-hija dramatizando el tema de la emancipación de la anoréxica. Evalúa 3 áreas: Otro (acciones dirigidas a otras personas), Self (estado interior o reacción ante los demás) e Intrapsíquico (introyección o internalización de las relaciones con gente significativa). Este instrumento permite evaluar la interacción y los constructos dinámicos de nutrición y empatía.

Este estudio reveló que los 2 subgrupos bulímicos presentaban déficits en nutrición parental y empatía y percibían las relaciones con sus padres con más culpa, rechazo y abandono hacia ellos, y sentían hacia ellos la misma hostilidad y deprivación. Sólo los déficits en nutrición fueron específicos para la bulimia.

Estos resultados apoyan la hipótesis psicoanalítica de que las bulímicas comen como sustituto externo de los cuidados, empatía y regulación afectiva familiar, aunque la misma autora señala la reserva de que los pacientes llevaban un año de tratamiento psicoanalítico por lo que podrían haber aprendido a conceptualizar sus problemas así.

Humphrey, Appel y Kischenbaum (1986) estudiaron 16 familias con una hija con anorexia-bulimia (duración media 22 meses) y 24 sin pa-

tología, con una edad media en los 2 grupos de 18 años. Utilizaron 2 instrumentos surgidos de dos planteamientos teóricos diferentes: Desde una perspectiva cognitivo-conductual usaron el Marital Interaction Coding System (MICS) de Robin y Weiss (1980) y desde una orientación sistémica interpersonal el SA-SB de Benjamin (1974). El MICS debería ser más útil para medir el nivel de solución de problemas y con el SA-SB el aglutinamiento y abandono.

Ambos sistemas discriminaron las familias de anoréxico-bulímicas de las normales en base a interacciones positivas y negativas.

Con el SA-SB se encontró que los padres de anoréxicas-bulímicas utilizaban comunicaciones más complejas y contradictorias y con el MICS que los padres eran más negativos que los controles, pero no existieron diferencias en habilidades de solución de problemas. Los autores concluyen que la frecuencia de uso de comunicaciones negativas, complejas y contradictorias puede ser importante en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia.

Humphrey (1988) comparó familias con una hija anoréxico-bulímica con familias sin patología (edad media 18 años, duración media 1,8 años) utilizando el SA-SB y encontró que las familias anoréxico-bulímicas eran más despreciativas, apaciguadoras, agresivas y se daba menos entendimiento y comprensión. Su comunicación era compleja y confusa siendo los padres controladores con hostilidad y utilizaban relaciones de doble vínculo.

Este estudio confirma los resultados de otros autores que describían las familias de bulímico-anoréxicas como más conflictivas y hostiles, más caóticas y menos envolventes que las de anoréxicas restrictivas. Goldstein (1981).

En 1988, Humphrey compara familias con anoréxicas restrictivas (edad media 17 años), anoréxicas bulímicas (edad media 18,2 años), bulímicas (edad media 17,1 años) y normales (edad media 18,3 años) y, utilizando el SA-SB, encontró que en las familias de anoréxicas restrictivas, los padres eran más positivos en la relación padres-hija similares al grupo control. La mayor

fuerza de stress de estas familias estaba en la relación marital declarándose las madres más insatisfechas lo cual confirmaría la hipótesis de la triangulación. Las familias bulímicas son más hostiles y menos afectivas que las normales y en los dos subgrupos de bulímicas aparecen 2 diferencias importantes:

-Las madres de bulímicas (de peso normal) culpan a sus hijas de los problemas entre ellas, mientras que las de bulímico-anoréxicas reconocen que ambas juegan un papel en la mutua infelicidad.

-Los padres de bulímicas eran positivos sobre su matrimonio, mientras que en los de bulímico-anoréxicas los maridos eran más hostiles con sus esposas que las del grupo control.

Strober y Humphrey (1987) revisan 3 líneas de investigación (descripciones de la interacción familiar, correlatos familiares del curso y fenomenología de los síntomas y estudios de transmisión familiar) y concluyen que aunque ciertos patrones familiares están asociados con los desórdenes de la alimentación no hay un mismo mecanismo de influencia y que los factores de personalidad deben ser tenidos en cuenta como predisponentes al determinar una mayor vulnerabilidad frente a estresores familiares y sociales.

Harding y Lachemeyer (1986) investigaron qué teoría era más adecuada: la de Minuchin et al. (1978) o la de Bruch (1973), para describir a la anoréxica y su familia. A una muestra de 30 anoréxicas (edad media 26,3 años) y 30 mujeres normales (edad media 25,3 años), les aplicaron instrumentos para medir: La percepción de las soluciones familiares (Structural Family Interaction Scale -SFIS- de Perosa, Hansen y Perosa (1981) el cual mide los constructos centrales de la teoría de Minuchin, el sistema social de control y autocontrol (The Multidimensional I-E scale de Reid y Ware, 1974), actitudes hacia la comida (EAT de Garner y Garfinkel, 1979) y el procedimiento de evaluación de la anorexia nerviosa de Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1977).

Los resultados apoyaron la posición teórica de Bruch al encontrarse que las anoréxicas eran más externas en su "locus de control", el resto de

variables no discriminaban los grupos. Comparando estos resultados con el de otras investigaciones deberíamos dudar de la validez del SFIS para medir las dimensiones familiares. Un dato que puede cuestionar los resultados es que vivían con los padres el 27% de las anoréxicas y el 50% de las control.

Sheppy, Friesen y Hakstian (1988) estudiaron 30 familias con una hija anoréxica y 34 normales, utilizando el SA-SB, el California Psychological Inventory (CPI), el Family Environment Scale (FES) y el Pattison Psychological Inventory, y encontraron que la puntuación de afiliación de las hijas (SA-SB) y la desviación psicológica de las madres (CPI) fueron las variables que más contribuyeron a la discriminación entre los grupos.

Las anoréxicas perciben a su madre como sobreprotectora y controladora y el clima familiar brinda menos apoyo y ayuda (FES) que en el grupo control.

Estos autores recomiendan la terapia individual para trabajar las distorsiones del pensamiento e imagen corporal y favorecer el desarrollo de la autonomía, y la terapia familiar para modificar la estructura y patrones interaccionales.

Grigg, Friesen y Sheppy (1989) estudiaron 22 familias con una hija anoréxica (edad media 16,2 años y duración media 23,5 meses) y 22 control utilizando el SA-SB. Realizando un análisis jerárquico de grupos aparecieron 7 grupos familiares: 3 compuestos por familias con miembros anoréxicos incluyendo todas las bulímico-anoréxicas, 3 incluían familias control y de anoréxicas y 1 solo familias control.

Algunos grupos concordaban con las descripciones teóricas: La "familia perfecta" se asemeja a la descripción de Minuchin y a la familia centrípeta de Strober y Yager; la "familia discordante y distanciada" es similar a la descripción de Selvini; la "familia hostil y conflictiva" se asemeja a las familias centrífugas de Strober y Yager; mientras que los otros grupos no concuerdan con las teorías existentes sobre la interacción familiar.

Este estudio reafirma la opinión de Garfinkel

y Garner (1982) de que no existe un único modelo familiar en la anorexia nerviosa "por lo tanto explicaciones uni-dimensionales y términos como 'anoréxico-genético' y 'familia anoréxica' deberían ser usados con precaución" (Grigg, Friesen y Sheppy, 1989).

4.-CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS DE INTERACCION FAMILIAR

4.1.-Metodológicas

Los instrumentos de medida utilizados más frecuentemente en las investigaciones revisadas han sido:

* Autoinformes: referidos a características psicopatológicas y de personalidad y al funcionamiento familiar. Este tipo de pruebas requiere sinceridad a la hora de su realización y en las familias con hijas anoréxicas es frecuente la negación de conflictos, por lo que su sinceridad puede ser limitada. A pesar de todo ello el FES de Moos (1980) y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad en la Familia de Olson et al. (1978) parecen fiables para medir aspectos de la interacción familiar.

* Métodos observacionales en situaciones de laboratorio: lo cual le resta validez ecológica y con la dificultad añadida a la hora de una valoración ciega de las interacciones debido al aspecto de la anoréxica que hace fácilmente detectable el grupo experimental.

A pesar de ello el SA-SB se ha mostrado como un instrumento de gran fiabilidad y riqueza para evaluar la interacción familiar.

Un error metodológico muy común en los estudios citados es el utilizar diseños transversales para investigar la etiología del trastorno; con los estudios transversales no podemos saber si el trastorno se debe a la interacción familiar o a la inversa.

Los conceptos utilizados y su correlato conductual es otro de los problemas frecuentemente encontrados, por ej.: la asunción de conceptos co-

mo "cohesión" y "adaptabilidad" como equivalentes de "aglutinamiento" y "rigidez" los cuales no parecen estar tan estrechamente relacionados. Olson et al. (1978).

La falta de homogeneización entre los subgrupos experimentales y entre éstos y el grupo control (especialmente en la duración del trastorno y edad) es otro error frecuente.

En los estudios con muestras homogeneizadas es importante relacionar los resultados con la edad y duración del trastorno y relativizar los resultados a la hora de compararlos con los de estudios realizados con muestras diferentes por ej.: anoréxicas jóvenes no crónicas con mayores de 19 años y un trastorno de más de 3 años.

A pesar de estos inconvenientes y errores se han realizado estudios valiosos sobre la interacción familiar en la anorexia que, aunque no sirvan para detectar empíricamente la etiología, permiten descubrir características familiares y patrones de mantenimiento de los síntomas de gran utilidad para los clínicos.

4.2.-Sobre características familiares

* Las investigaciones realizadas avalan el carácter multidimensional de los modelos familiares en la anorexia nerviosa, es decir no existe un solo tipo de interacción familiar.

* Casi todos los estudios encuentran diferencias significativas entre los familiares de anoréxicas restrictivas y de anoréxicas bulímicas, así como entre el grupo anorexia y el grupo bulimia. Las familias de bulímicas son las más patológicas, predominando la hostilidad, defectos nutricionales, desligamiento, impulsividad y falta de empatía parental aunque no aparece conflicto conyugal.

En las familias de anoréxico-bulímicas aparece alguno de estos rasgos pero no los déficits en nutrición y sí conflicto conyugal.

En las familias de anoréxicas restrictivas los padres son más positivos y el conflicto conyugal más intenso.

En futuras investigaciones Strober y Humphrey (1987) recomiendan:

- Utilizar medidas múltiples de la interacción (autoinformes y observación).
- Incluir grupos con otros tipos de patología.
- Realizar estudios de seguimiento evaluando a las familias en diferentes momentos vitales para detectar variables familiares y no familiares, predictoras de curso y resultado, y estudiar los cambios en la dinámica familiar.
- Estudiar la historia familiar de desórdenes afectivos.

Estos autores afirman: "la predisposición a los desórdenes en la alimentación debe originarse en las variaciones genéticamente influenciadas de la personalidad y el temperamento, pero su última expresión requiere la presencia añadida de disturbios en la interacción familiar y otras presiones socioculturales" (Strober y Humphrey, 1987(46)). Pero debemos tener en cuenta que la personalidad se construye en un sistema interaccional dado, por lo que herencia genética y ambiental constituyen un continuo difícil de sopesar.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON, C.; SELVINI, M. y DI NICOLA, V. (1987). Giochi psicotici: Terapia o ricerca?. *Terapia Familiare*, 25, 35-48.

BENJAMIN, L.S. (1974): Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.

BERSCHIED, E.; WALSTER, E. Y HOHRNSTEDT, G. (1973). The happy american body: A survey report. *Psychology Today*. November, 119-131.

BRUCH, H. (1973). *Eating Disorders*. New York, Basic Books.

COYNE, J.C. Y ANDERSON, B.J. (1988). The "Psychosomatic family" reconsidered: Diabetes in context. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14 (2), 113-123.

- COYNE, J.C. Y ANDERSON, B.J. (1989). The "Psychosomatic family" reconsidered II: Recalling a defective model and looking ahead. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15 (2), 139-148.
- CRISP, A.H. (1970). Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to primary anorexia nervosa (weight phobia). A literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 1-22.
- CRISP, A.H.; HARDING, B. y MCGUINNESS, B. (1974). Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: relationship to prognoses. A quantitative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 549-554.
- CRISP, A.H.; HSU, L.K.G.; HARDING, B. y HARTSHORN, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 179-191.
- DALLY, O. (1969). *Anorexia Nervosa*. London, William Heinemann.
- EISLER, I.; SZMUKLER, G.I. y DARE, C. (1985). Systematic observation and clinical insight, are compatible?; an experiment in recognizing family interactions. *Psychological Medicine*, 15, 173-188.
- GARFINKEL, P.E. y GARNER, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*, New York, Brunner Mazel.
- GARFINKEL, P.E.; GARNER, D.M.; ROSE, J.; DARBY, P.L.; BRANDES, J.S.; O'HANLON, J. y WALSH, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13, 821-828.
- GARFINKEL, P.E. ; MOLDOFSKY, H. y GARNER, D.M. (1977). The outcome of anorexia nervosa: significance of clinical features, body image and behavior modification. En *Anorexia Nervosa*, R.A. Vingsky (Eds.) New York, Raven-Press.
- GARNER, D.M. y GARFINKEL, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 1-7.
- GARNER, D.M.; OLMSTEAD, M.P. y POLIVY, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Eating Disorders*, 2, 15- 34.
- GERSHON, E.S.; SCHREIBER, J.L. et al. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1419-1422.
- GOLDSTEIN, M.J. (1981). Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 10, 385- 405.
- GRIGG, D.N.; FRIESEN, J.D. y SHEPPY, M.I. (1989). Family patterns associated with anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15 (1), 29-42.
- HALEY, J. (1959). The family of schizophrenic: a model system. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129, 357-374.
- HARDING, T.P. y LACHENMEYER, J.R. (1986). Family interaction patterns and locus of control as predictors of the presence and severity of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (3), 440-448.
- HUDSON, J.; POPE, H.; JONAS, J. y YURGELUN-TODD, D. (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 133-138.
- HUMPHREY, L.L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (4), 395-402.
- HUMPHREY, L.L. (1988). Relationships within subtypes of anorexia, bulimia and normal families. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (5), 544-551.

HUMPHREY, L.L.; APPLE, R.F. y KISCHENBAUM, D.S. (1986). Differentiating bulimic-anorexia from normal families using interpersonal and behavioral observational systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 190-195.

KALUCY, R.S.; CRISP, A.H. y HARDING, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 381-395.

KOG, E.; VANDEREYCKEN, W. y VERTOMMEN, H. (1985). The psychosomatic family model. A critical analysis of family interaction concepts. *Journal of Family Therapy*, 7, 31-44.

KOG, E.; R.S.; CRISP, A.H. y VANDEREYCKEN, W. (1987). Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Family Process*, 26, 235-253.

MINUCHIN, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, Gedisa (1988).

MINUCHIN, S.; BAKER, L.; ROSMAN, B.L., et al. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 10-31.

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.L. y BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in Context*. London. Harvard University Press.

MOOS, R. y MOOS, B.S. (1980). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, Consulting Psychologist.

MORGAN, H.G. y RUSSELL, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year-follow-up study of 42 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-371.

OLSON, D.H.; BELL, R. y PORTNER, J. (1978). *Family Adaptability and cohesion evaluation scale*. St. Paul, MN. University of Minnesota Press.

PEROSA, L.; HANSEN, J. y PEROSA, S. (1981). Development of the structural family interaction scale. *Family Therapy*, 8, 77-90.

REID, D.W. y WARE, E.E. (1974). Multidimensionality of internal Vs. external control. Addition of a third dimension and nondistinction of self Vs. other. *Canadian Journal of Behavior Science*, 6, 131-142.

RIVINUS, T.M.; BIEDERMAN, J., ET AL. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1414-1418.

ROBIN, A.L. y WEISS, J.G. (1980). Criterion-related validity of behavioral and self-report measures of problem-solving communication skills in distressed and non-distressed parent-adolescent dyads. *Behavioral Assessment*, 2, 339-352.

SELVINI, M. (1974). *Self Starvation*, London. Chaucer Publishing Co.

SELVINI, M. et al. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia* (en castellano: Los Juegos Psicóticos en la familia. Barcelona. Paidós).

SELVINI, M. y VIARO, M. (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 129-148.

SHEPPY, M.I. FRIESEN, J.D. y HAKSTIAN, A.R. (1988). Eco-systemic analysis of anorexia nervosa. *Journal of Adolescence*, 11, 373-391.

SKINNER, H.A.; STEINHAUSER, P.D. y SANTA BARBARA, J. (1983). The family Assessment measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*.

SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B.W., et al. (1987). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. Mason, S.A., 1988.

STROBER, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An explo-

ration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 28-43.

STROBER, M. (1985). Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatricians*, 12, 134-138.

STROBER, M. y HUMPHREY, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 654-659.

STROBER, M.; SALKIN, B.; BURROUGHS, J. y MORRELL, W. (1982). Validity of the bulimic-restrictor distinction in anorexia nervosa: parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 345-351.

STROBER, M. y YAGER, J. (1985). A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents. En *Anorexia nervosa and bulimia*, New York. Guilford Press. D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.).

WHITE, M. (1983). Anorexia nervosa: A transgenerational system perspective. *Family Process*, 22 (3), 255-273.

WINOKUR, A.; MARCH, V. y MENDEL, S.J. (1980). Primary affective disorder in the relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 695-698.

YAGER, J. (1988). The treatment of eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49 (9, suppl.), 18-25.

Dirigir correspondencia a:

Alberto Espina Eizaguirre

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco.

Avda. de Tolosa 70

20009 DONOSTIA

Tel. (943) 31 06 00

RESUMEN

En este artículo se exponen diversas teorías explicativas sobre la interacción familiar en la anorexia nerviosa, según describan una (modelo estructural, comunicacional y transgeneracional), dos o más tipos de interacción, así como una revisión de las aportaciones realizadas por las investigaciones, centradas en la metodología empleada y en la discusión de los resultados refiriéndolos a las distintas teorías.

ANOREXIA NERVIOSA, INTERACCION FAMILIAR, MODELOS, METODOLOGIA

In this article are exposed some explanatory theories about the family interaction in the anorexia nervosa, describing one interaction (structural, communicative and transgeneration models) and two or more types of interaction, as well as a revision of the contributions realized from the investigations, analyzing the methodology used and the discussion of the results.

ANOREXIA NERVOSA, FAMILY INTERACTION, MODELS, METHODOLOGY.

Alberto Espina, Psiquiatra, Begoña Pumar, Médico-Psicóloga, Enrique García, Psicólogo, Asunción Santos, Psicóloga y Ana Ayerbe, Psicóloga.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco. Facultad de Psicología. San Sebastián.

NÚMERO EXTRAORDINARIO DE CUADERNOS DE T.F.

N.º 30

OTOÑO DE 1995 - AÑO IX

30 ANIVERSARIO DE STIRPE

EL PUNTO (1965-1995)

1. 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN EN T.F.
2. 30 AÑOS DE TRABAJOS CLÍNICOS EN T.F.
3. 30 AÑOS DE PSIQUIATRÍA Y TERAPIA FAMILIAR.
4. 30 AÑOS DE T.F. EN HISPANOAMÉRICA.
5. 30 AÑOS DE T.F. EN EUROPA.
 - a) Países Bajos
 - b) Alemania
 - c) Francia
 - d) Italia
 - e) Portugal
6. 30 AÑOS DE T.F. EN ESTADOS UNIDOS.
7. 30 AÑOS DE T.F. EN ESPAÑA.
 - A) Prehistoria, nacimiento y crecimiento, zozobras y esperanzas de la T.F. en España.
 - B) El largo camino hacia la institucionalización de la T.F. en España.
8. ¿30 AÑOS DE INTENTOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PSICOTERAPIAS Y TERAPIA FAMILIAR?
9. 30 AÑOS EN LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES
10. 30 AÑOS DE BIBLIOMETRÍA EN T.F.
11. RECORRIDO POR 30 NÚMEROS DE CUADERNOS DE T.F. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO.
12. 30 AÑOS ENTRE LA PSICOLOGÍA Y LA TERAPIA FAMILIAR.
13. 30 AÑOS DE T.F. EN LA UNIVERSIDAD ESPAÑOLA.
14. 30 CROMOS DE LA MEMORIA: «Stirpe» (1965-1995).
15. LA FAMILIA Y LA PAREJA EN 30 AÑOS DE CINE.
16. LA FAMILIA Y LA PAREJA EN 30 AÑOS DE NOVELA ESPAÑOLA.
17. 30 CITAS PARA UNA ANTOLOGÍA DE LA T.F.
18. NUEVA VISITA A 30 AUTORES CLÁSICOS: 30 LIBROS EN LA BIBLIOTECA DE TODO TERAPEUTA FAMILIAR.
19. ¿HAY 30 REVISTAS ESPECÍFICAS PARA TERAPEUTAS DE FAMILIA?
20. 30 NOTICIAS DE LA HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR EN ESPAÑA.