

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

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

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

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

* *Agradecimientos:* Agradecer el soporte de la *Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya* [2014FI_B2 00143]. Agradecer también la colaboración del Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA), Centro Khepra, Centro Labor-Nepp, Centre IADA y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, todos ellos de Barcelona, Hospital de Santa Maria, de Lleida y Centro ABB, de Barcelona, Málaga y Sevilla, y la participación de las familias.

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

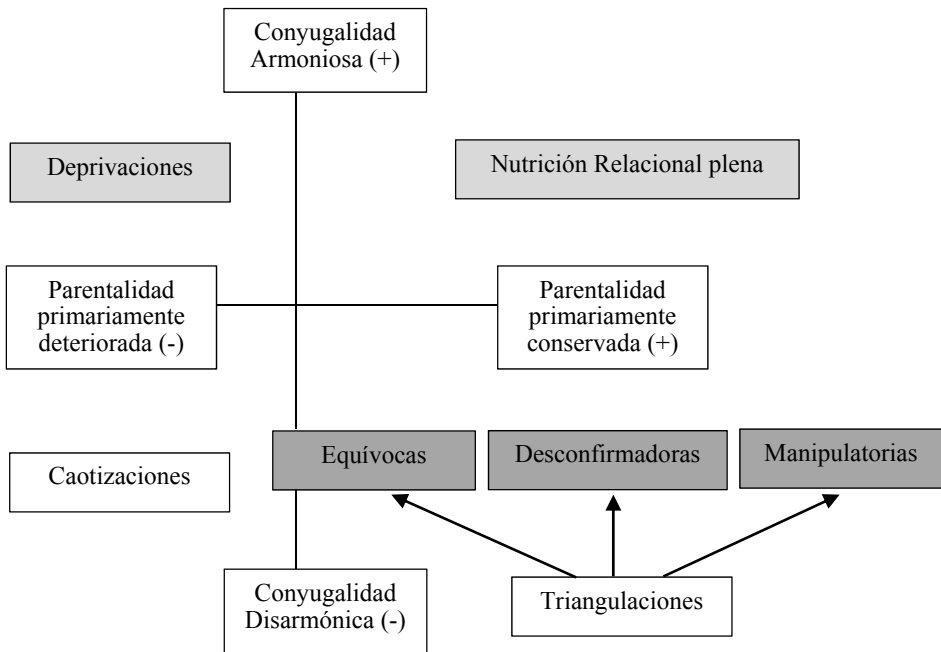


Figura 1. Modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas (adaptado de Linares, 1996, 2007, 2012).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Método

Participantes

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

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

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

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

Instrumento

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

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

Procedimiento

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

Análisis de datos

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

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discusión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

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

- Ma, J.L.C. (2011). An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: Implications for social work practice. *Child and Family Social Work, 16*, 33-42. doi: 10.1111/j.1365-2206.2010.00703
- Martínez-González, M.A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., de Irala-Estévez, J. y Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics, 111*, 315-320. doi: 10.1542/peds.111.2.315
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar* (7ª ed.). Barcelona: Gedisa
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología, 37*, 209-224. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61838/82584>
- Onnis, L., Mulé, A.M. y Vietri, A. (2004). Anorexia y bulimia: nuevas tendencias desde la óptica sistémica. *Revista de Psicoterapia, 15*(58/59), 75-91.
- Peláez, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 1*, 62-75. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>
- Ringer, F. y Crittenden, P.M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review, 15*, 119-130. doi: 10.1002/erv.761
- Rostowska, T., Rostowski, J. y Lewandowska-Walter, A. (2009). Neuropsychological and family factors conditioning anorexia nervosa. *Acta Neuropsychologica, 7*, 264 -282. Recuperado de <http://1035.indexcopernicus.com/index.php?p=1>
- Rowa, K., Kerig, P.K. y Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review, 9*, 97-114. doi: 10.1002/erv.383
- Selvini Palazzoli, M. (1981). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milán: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Wade, T.D., Gillespie, N. y Martin, N.G. (2007). A comparison of early life events amongst monozygotic twin women with lifetime anorexia nervosa, bulimia nervosa or major depression. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 679-686. doi: 10.1002/eat.20461

ANEXO

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES BÁSICAS (CERFB)

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

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