

**CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO PARENTAL EN
PATOLOGÍA ALIMENTARIA Y TRASTORNO
LÍMITE DE
LA PERSONALIDAD ASOCIADO**

**Ibáñez Martínez, N.
Muñoz Cano, D.
Ortega Galera, M.
Soriano, J.**

Escuela de Terapia Familiar. Hospital de St. Pau. Barcelona.

Para correspondencia, Nuria Ibáñez Martínez: astraim@terra.es

Resumen:

Algunos investigadores han considerado que las actitudes, los comportamientos y los estilos educativos parentales son relevantes para la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de la personalidad asociado, y su mantenimiento.

El objetivo de la presente investigación es analizar el tipo de vínculo parental y el grado de ajuste marital en estas familias.

Palabras clave:

trastorno de la conducta alimentaria, trastorno límite de la personalidad, vínculo parental y ajuste marital.

Summary:

Some researchers have considered that parental attitudes, behaviors and educative styles are important for the understanding of the eating disorders and the borderline personality disorder, and their maintenance.

The objective of the present investigation was to analyze parental bonding types and the degree of marital adjustment in these families.

Key words:

eating disorders, borderline personality disorder, parental bonding, marital adjustment.

I. INTRODUCCIÓN:

La patología alimentaria, en sus distintas facetas, no es una entidad nueva, sino que existen indicios de la misma desde la antigüedad. La visión explicativa y fenomenológica de los TCA ha evolucionado a lo largo de su historia dependiendo en gran medida de la epistemología imperante, quizás la primera teoría interesada en el estudio interpretativo de los síntomas anoréxicos fue el psicoanálisis, que de la mano de Freud (1917) estableció la relación de la anorexia nerviosa con la histeria, encuadrando dicho trastorno a nivel nosológico en el grupo de la neurosis. Posteriormente, hacia los años 50, con la llegada del conductismo y su aplicación práctica al tratamiento de los TCA, se produjo un cambio importante a nivel epistémico, puesto que su aplicación práctica obtenía en un corto período de tiempo buenos resultados, disminuyendo y eliminando la sintomatología anoréxica.

Hasta entonces el modelo de pensamiento imperante era el analítico y no fue hasta los años 60 cuando se produjo una verdadera revolución del pensamiento a través de la cibernética de primer y segundo orden junto con la proliferación de las teorías sistémicas y la terapia familiar (Ceberio y Watzlawick, 1998). Este cambio de paradigma que incluía el fenómeno de la circularidad y la recurrencia introducía la subjetividad a la hora de conocer e interpretar los fenómenos.

Según el Plan de Salud de Cataluña (1999-2001) se ha producido un aumento en la población adolescente de los TCA a edades cada vez más tempranas destacando el aumento de los trastornos de la conducta alimentaria tipo bulimia (una cifra máxima del 3% de la población). No olvidemos que el DSM-IV en 1995 apuntaba que la prevalencia estimada era del 0,5 al 1% de la población que cumplía con los criterios diagnósticos. Así pues, se puede decir que en 10 años se ha triplicado el número de casos, este fenómeno “casi epidémico” puede parecer que se deba únicamente a la influencia de la cultura y de la sociedad. La estructura de la personalidad en estos casos están siendo cada vez más estudiadas, de hecho en la Guía clínica para el tratamiento de los T.C.A aprobada por la American Psychiatric Association (2001) pone en relieve que los sujetos con anorexia nerviosa tienden a presentar tasas más elevadas de trastornos de la personalidad tipo C, mientras que los pacientes

bulímicos con peso normal es más probable que manifiesten características de los trastornos tipo B, particularmente alteraciones impulsivas, afectivas y narcisistas. También destaca el trastorno límite de la personalidad (TLP) ya que parece estar asociado a una mayor alteración de las actitudes alimentarias, una historia de hospitalizaciones más frecuentes, a la presencia de otros problemas, tales como actitudes suicidas y automutilaciones. También el TLP parece asociarse a resultados más pobres del tratamiento y a niveles más altos de psicopatología.

En una revisión reciente realizada por Turón (2004) sobre la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria ha estimado su prevalencia entre el 35 y 77% de la población estudiada, resultando los T.L.P más frecuentemente asociados: el trastorno de la personalidad Borderline (entre el 13 y 44%) y el trastorno histriónico de la personalidad (entre el 33 y 50%).

En resumen de lo citado anteriormente existen dos factores predisponentes que podrían influir en padecer y mantener el trastorno a lo largo del tiempo, estos son: la influencia social y/o cultural y la influencia de tipo individual y/o personalidad. Sin embargo, existe otra variable ampliamente estudiada y analizada por algunos investigadores que han considerado relevantes para la comprensión y el mantenimiento del TCA, son las variables de tipo familiar, entre ellas cabe destacar: las actitudes, los comportamientos y estilos educativos parentales (Emanuelli et al.,2003; McDermott et al. 2002; Guttman y Laporte, 2002).

Numerosas investigaciones han demostrado la influencia de la familia en mediar y moderar dicho trastorno. Los estudios de Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1995) entre otros, llegaron a interesantes conclusiones relacionadas con la estructura familiar, la solución de conflictos, la comunicación, la dificultad en la emancipación e independencia de los miembros jóvenes del sistema familiar, las lealtades y las triangulaciones, entre otras.

Aportaciones más recientes en el campo de la terapia familiar han ofrecido una visión más integradora con buenos resultados en la práctica clínica (Onnis, 2004; Cancrini,1991 y Linares, 1996).

El modelo familiar está evolucionando y muestra actualmente unas características particulares y diferentes. Por todo ello se pone de manifiesto la

necesidad de analizar y evaluar las funciones parentales básicas que deben darse en la familia para que se garantice el desarrollo y la socialización de sus integrantes.

En conclusión, en los trastornos de la conducta alimentaria median y moderan numerables variables destacando: la estructura de la personalidad; las influencias sociales y ambientales y finalmente la familia como agente socializador de mayor relevancia.

En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo principal: *Describir y comparar los diferentes estilos parentales en familias con patología alimentaria y sin patología en dos momentos de su ciclo vital (antes de los 16 años y en la actualidad) y el grado de ajuste marital.*

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS:

Esta investigación está compuesta por dos estudios. El objetivo general de ambos es analizar el tipo de vínculo parental y el grado de ajuste marital. No obstante, el estudio 1 se realiza con dos grupos (grupo patológico y grupo sano) y el estudio 2 se realiza con cinco grupos (cuatro de ellos con patología TCA y TLP y un quinto compuesto por sujetos sanos).

ESTUDIO 1:

Los objetivos del estudio 1:

- Describir y comparar los diferentes tipos de vínculos parentales percibidos antes de los 16 años y en la actualidad con TCA y compararlos con el grupo No patológico.
- Evaluar el grado de ajuste marital en ambos grupos.

En relación con estos objetivos planteamos las siguientes **hipótesis:**

- Existen diferencias en el tipo de vínculo parental (antes de los 16 años y en la actualidad) entre pacientes con TCA y sujetos sanos.
- El grado de ajuste marital de los padres es diferente según grupo.

III. MÉTODO:

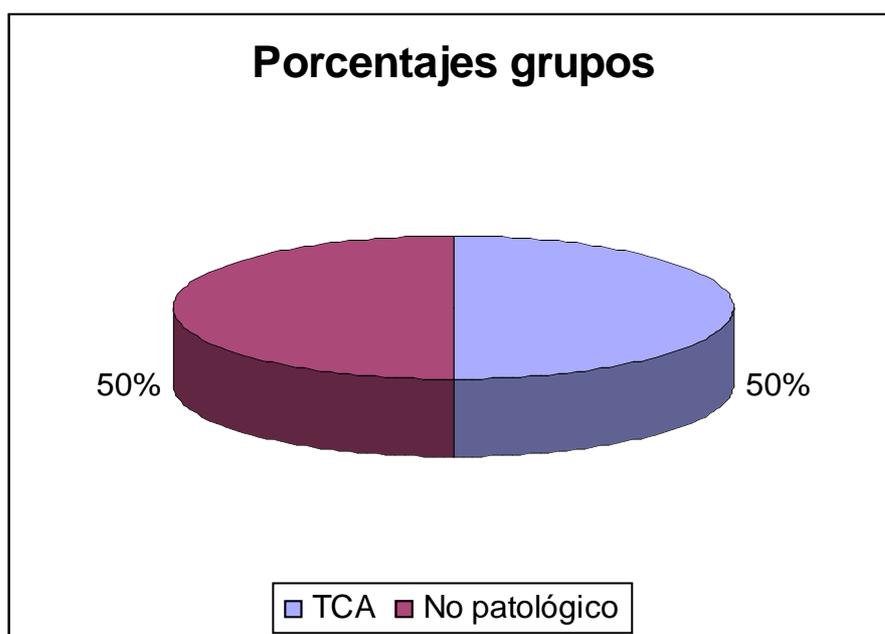
1) Muestra:

El total de la muestra está formada por N= 120 mujeres divididas en dos grupos. El grupo TCA está compuesto por N=60, (M=23,90;D.T.=5,36; Rango=18-38), pacientes del Hospital de Día de Trastornos de la conducta alimentaria del Hospital de Sant Pau y del Centro Labor-Neep de Barcelona. El grupo no patológico (M=24,45;D.T.=3,82; Rango=18-35) está formado por N=60 sujetos sanos seleccionados aleatoriamente y con semejantes características sociodemográficas que el grupo TCA. En ellos se ha descartado previamente la presencia de TCA con el cuestionario EAT-40 (Ver Tabla 1 y Figura 1).

Tabla.1. Descriptivos de la muestra

Grupos	N	Media (DT)	Máx. – Mín.
TCA	60	23,90 (5,36)	18-38
No patológico	60	24,45 (3,82)	18-35

Figura. 1. Distribución de la muestra



2) **Procedimiento:**

El grupo patológico (TCA) fue seleccionado a través de muestreo de casos consecutivos en los dos hospitales de día. El grupo no patológico fue seleccionado entre estudiantes universitarias. La participación al estudio fue voluntaria. Previamente a la pasación de los cuestionarios se administró el EAT-40 a fin de descartar patología alimentaria.

3) **Diseño:**

Se ha diseñado un estudio correlacional, y así mismo se analizan las respuestas que los dos grupos han proporcionado a los cuestionarios. A lo largo del presente estudio trabajaremos con un nivel de significación $\alpha=,05$.

4) **Instrumentos:**

Los instrumentos seleccionados han sido los siguientes:

I) Parental Bonding Instrument (PBI, de Parker y col 1979 en su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991)

El objetivo del P.B.I es examinar la contribución parental en el vínculo padres-hijos e intentar definir y medir los constructos significativos del mismo, que para Parker (1979) son dos: **Sobreprotección** (Dirección de la parentalidad y el control mediante la culpabilización, los sugerimientos encubiertos y métodos psicológicos para controlar al niño que no permitan su desarrollo como individuo) y **Cuidados** (inquietud, cuidado, custodia y guarda)

II) Escala de Ajuste Marital (EAM, de Locke-Wallace, 1959; en su adaptación al castellano realizada por J.A. Carroble, 1980)

A través de esta escala se evalúa la satisfacción marital global. Consta de 15 ítems que evalúan el grado de acuerdo percibido por cada uno de los miembros de la pareja en una serie de temas importantes (finanzas familiares, relaciones sexuales, ocio, ...).

III) Eating Attitudes Test (EAT, Garner y Garfinkel, 1979; en su adaptación al castellano realizada por Castro y cols. ,1991).

Permite identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Elaborado por contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.

5) Análisis de datos: Los datos han sido analizando mediante el paquete estadístico SPSS versión 12.0 para Windows. Para la descripción de variables cualitativas utilizamos Tablas de Contingencia (prueba de Chi-Cuadrado). Para la comparación entre grupos se empleó el MANOVA.

IV. RESULTADOS:

1. Estudio de tipo de vínculo parental, según Grupo.

Los resultados de la prueba Chi-Cuadrado para el tipo de vínculo parental percibido en ambos grupos señalan diferencias altamente significativas: vínculo materno antes de los 16 años ($\chi^2=17,476$; $gl=3$; $p=,001$), vínculo paterno antes de los 16 años ($\chi^2=19,618$; $gl=3$; $p<,000$), vínculo materno actual ($\chi^2=25,518$; $gl=3$; $p<,000$) y vínculo paterno actual ($\chi^2=9,494$; $gl=3$; $p=,023$) (ver Figuras 2 a 5).

Figura 2. Vínculo Materno antes 16 años

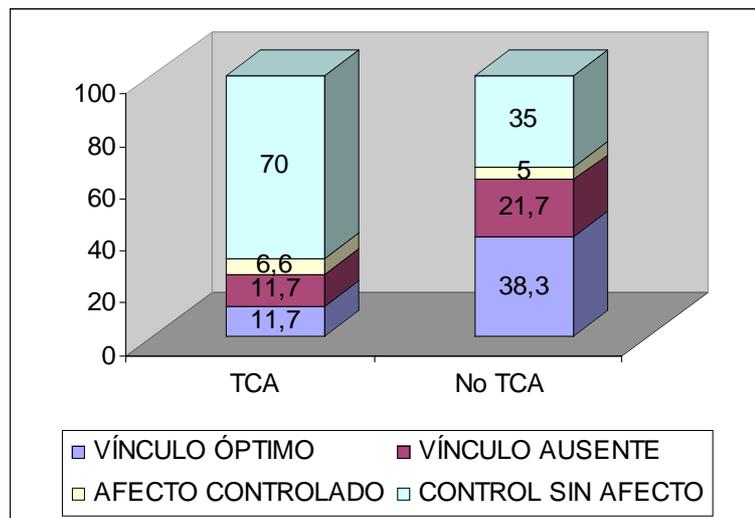


Figura 3. Vínculo Paterno antes 16 años

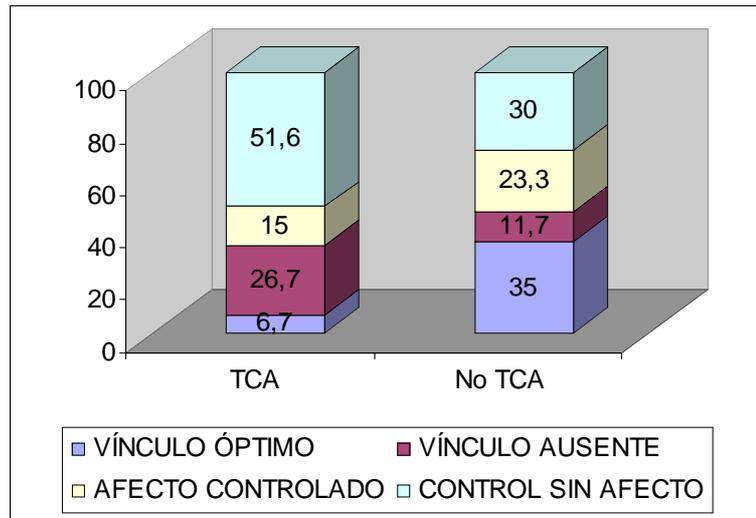


Figura 4. Vínculo Materno Actual

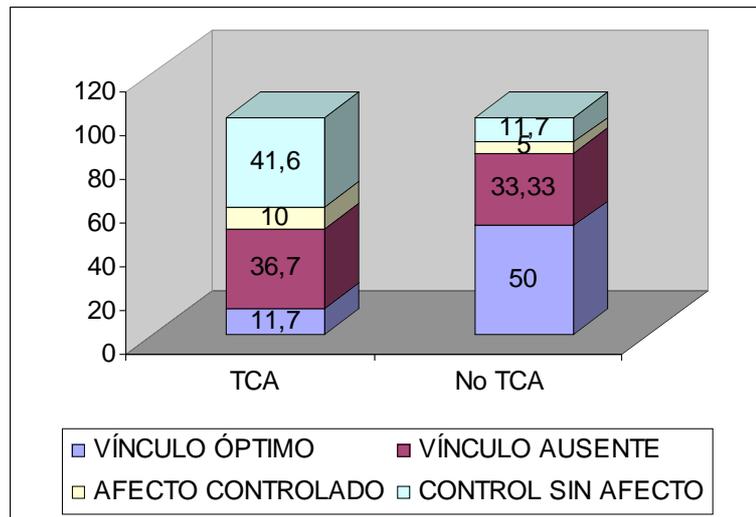
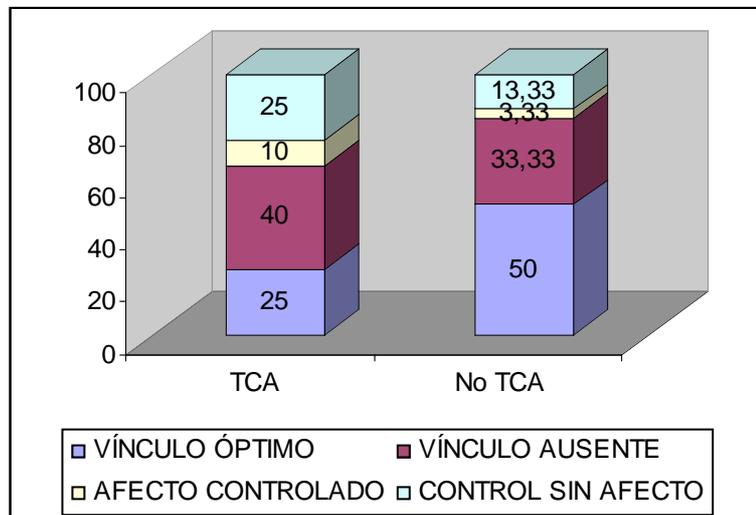


Figura 5. Vínculo Paterno Actual



2. Tipo del cuidado y la protección parental, según grupo.

El análisis multivariante (MANOVA) indica el tipo vínculo parental es significativamente diferente entre ambos grupos.

Antes de los 16 años, el grupo TCA recibe mayor protección de madre (ptma1) ($F=29,763$; $p<,000$) y de su padre (ptpa1) ($F=12,325$; $p=,001$). Y el grupo No TCA reciben mayor cuidado de su madre (cuma1) ($F=25,775$; $p<,000$) y de su padre (cupa1) ($F=35,617$; $p<,000$) (ver Tabla 2).

Tabla. 2. Comparación Tipo Vínculo Parental antes de los 16 años, según grupo.

	Grupos	Media (DT)	N	gl	F	p
ptma1	TCA	21,35 (8,382)	60	1	29,763	,000
	No TCA	13,78 (6,720)	60			
cuma1	TCA	20,52 (8,010)	60	1	25,775	,000
	No TCA	27,10 (6,061)	60			
ptpa1	TCA	17,17 (10,459)	60	1	12,325	,001
	No TCA	11,63 (6,298)	60			
cupa1	TCA	16,03 (8,383)	60	1	35,617	,000
	No TCA	24,45 (7,005)	60			

En la actualidad, el grupo TCA recibe mayor protección de madre (ptma2) ($F=26,993$; $p<,000$) y de su padre (ptpa2) ($F=12,048$; $p=,001$). Y el grupo No TCA reciben mayor cuidado de su madre (cuma2) ($F=7,633$; $p=,007$) y de su padre (cupa2) ($F=26,9277$; $p<,000$) (Ver Tabla 3).

Tabla. 3. Comparación Tipo Vínculo Parental actual, según grupo.

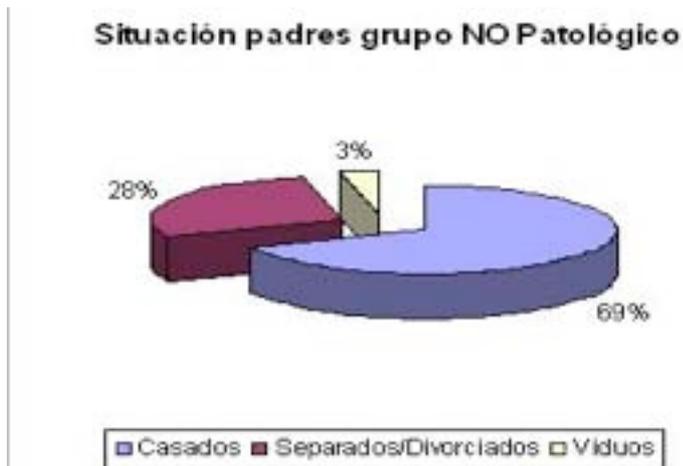
3. Estudio de la Satisfacción Marital, según Grupo

El grado de Ajuste Marital en la conyugalidad de los padres de ambos grupos no presenta diferencias significativas ($\chi^2=3,037$; $gl=1$; $p=,081$) (ver Figuras 6-7)..

Figura. 6. Distribución de la muestra TCA, según estado civil



Figura. 7. Distribución de la muestra No Patológica, según estado civil



CONCLUSIONES ESTUDIO 1:

- El patrón relacional de los sujetos sin patología en la esfera de la parentalidad antes de los 16 años y en la actualidad se asocia con un vínculo óptimo (mayor cuidado y menor protección). Por el contrario, el grupo con TCA muestra una tendencia inversa, puntuando mayoritariamente ambos padres en bajos cuidados y alto en protección (vínculo control sin afecto), patrón relacional que se mantiene en la actualidad.

- El grado de Ajuste Marital de los padres de los sujetos (TCA y No TCA) no muestra diferencias significativas en la tendencia a la distribución del ajuste.

ESTUDIO 2:

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS:

Los **objetivos** del estudio 2 son:

- Describir y comparar los diferentes tipos de vínculos parentales percibidos antes de los 16 años y en la actualidad según 5 grupos.
- Comparar el estilo parental percibido según grupo.
- Evaluar el grado de ajuste marital según grupo.

En relación con estos objetivos planteamos las siguientes **hipótesis:**

- Existen diferencias en el tipo de vínculo parental (antes de los 16 años y en la actualidad) entre pacientes con diferente tipo TCA y sujetos sanos.
- El grado de ajuste marital de los padres es diferente según grupo.

III. MÉTODO:

1) Muestra:

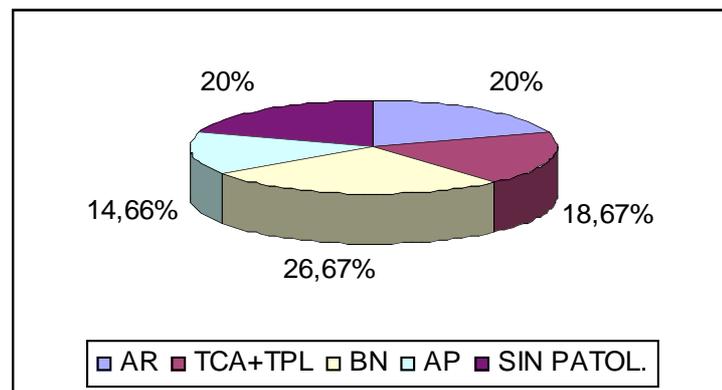
El total de la muestra está formada por N=75 mujeres divididas en cinco grupos. Los participantes se organizan en un grupo de sujetos (SIN PATOLOGÍA) a los que se ha descartado la presencia de TCA a través del cuestionario EAT-40 (N=15;M=23; D.T.=3,780;Rango=18-34), y cuatro grupos patológicos distribuidos según criterios diagnósticos DSM-IV-R de tipos de TCA: 1) 16 pacientes con anorexia restrictiva (AR) (M=27;D.T.=4,781; Rango=20-34), 2) 14 pacientes con TCA no especificado y trastorno límite de la personalidad comórbido (TCA+TLP) (M=23;D.T.=6,469; Rango=18-36), 3) 20 pacientes con bulimia nerviosa (BN) (M=22,75;D.T.=4,587; Rango=18-38), y finalmente, 4) 12 con anorexia purgativa (AP) (M=23;D.T.=4,919;

Rango=18-33), todas ellas pacientes del Hospital de Día de Trastornos de la conducta alimentaria del Hospital de Sant Pau y del Centro Labor-Neep de Barcelona (ver Tabla 4 y Figura 8).

Tabla.4. Descriptivos de la muestra.

Grupos	N	Media (DT)	Máx. – Mín.
AR	15	27(4,781)	20-34
TCA+TPL	14	23(6,469)	18-36
BN	20	22,75(4,587)	18-38
AP	11	23(4,919)	18-33
SIN PATOL.	15	23(3,780)	18-34

Figura.8. Porcentajes de los grupos.



2) Procedimiento:

Se empleó el mismo procedimiento que en el estudio 1.

3) Diseño:

Se ha diseñado un estudio correlacional, y así mismo se analizan las respuestas que los cinco grupos han proporcionado a los cuestionarios. A lo largo del presente estudio trabajaremos con un nivel de significación $\alpha=,05$.

4) Instrumentos:

Se emplearon los mismos cuestionarios que en el estudio 1.

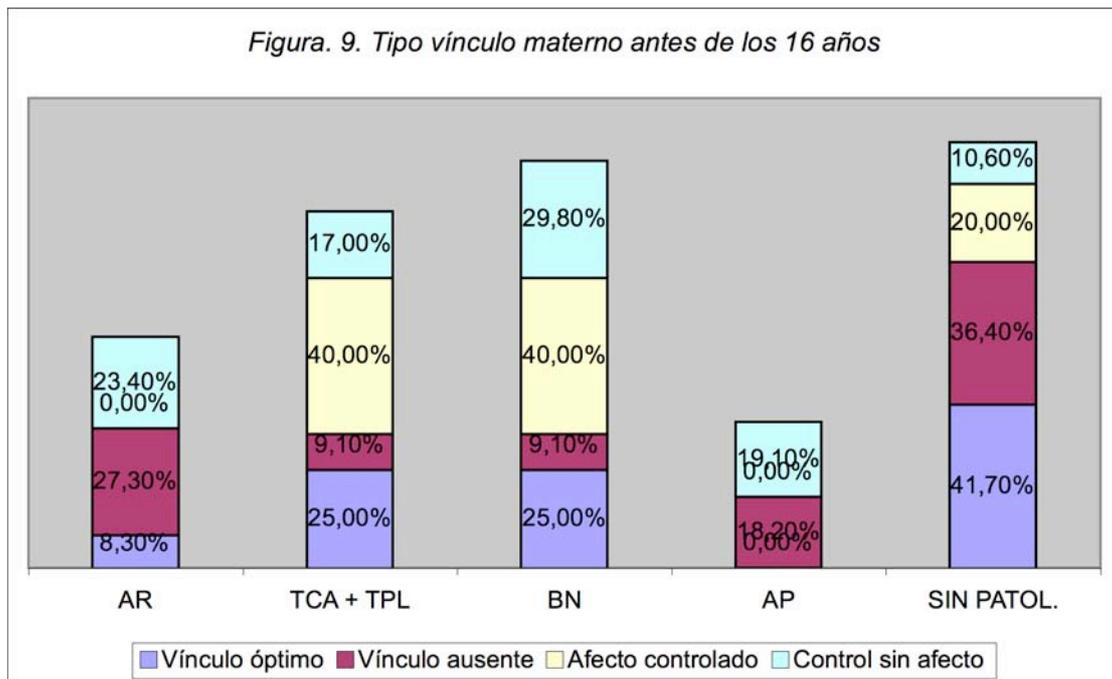
5) Análisis de datos: Los datos han sido analizando mediante el paquete estadístico SPSS versión 12.0 para Windows. Para la descripción de variables cualitativas utilizamos Tablas de Contingencia (prueba de Chi-Cuadrado). Dado que la $N < 30$ fue necesario realizar pruebas no paramétricas. En las comparaciones de variables se aplicó KursKal-Wallis.

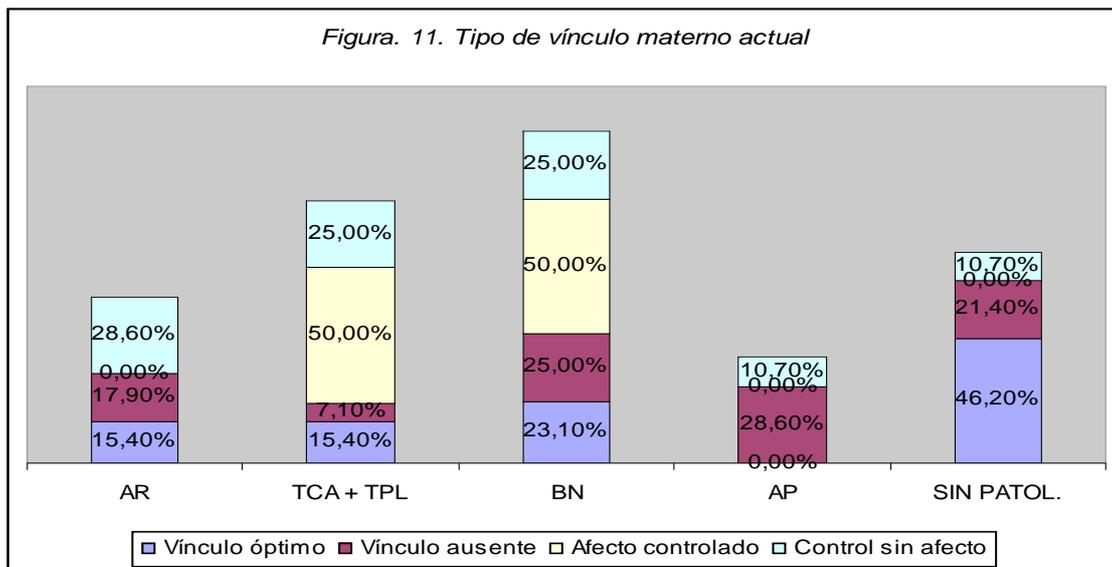
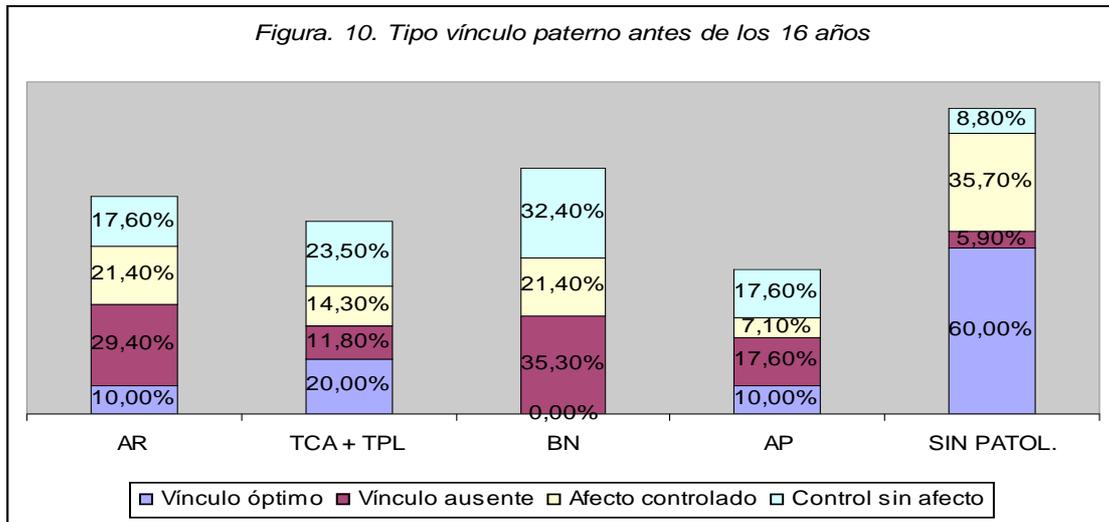
IV. RESULTADOS:

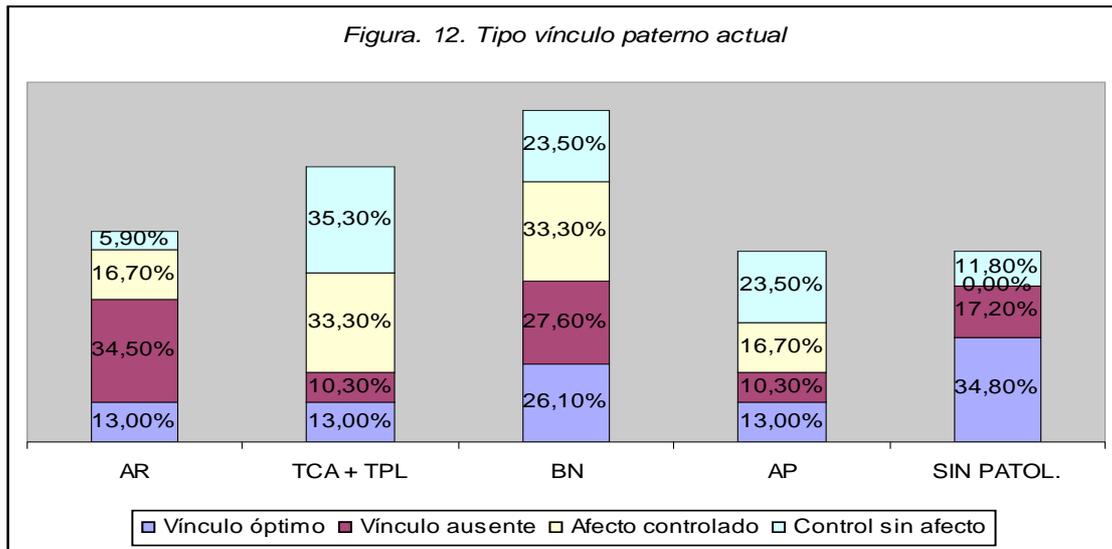
1. Estudio de tipo de vínculo parental, según Grupo.

En la comparación del tipo de vínculo antes y después de los 16 años entre los grupos el resultado del Chi-Cuadrado señala que existen diferencias en el tipo de vínculo materno en la actualidad ($\chi^2=23,260; gl=12; p<,026$) entre los cinco grupos.

Los grupos BN y TCA+TLP muestran una tendencia similar en la distribución en el tipo de vínculo materno en la actualidad. Predominando el afecto controlado. Por el contrario el grupo AR presenta mayor patrón de vínculo de control sin afecto y el grupo AP presenta un predominio del tipo de vínculo ausente. Finalmente, el grupo sin patología muestra un mayor patrón del vínculo óptimo (ver Tablas 9-12).







El tipo de vínculo paterno actual presenta diferencias marginalmente significativas ($\chi^2=20,621;gl=12;p<,056$) entre los grupos (*ver figuras 2-5*). En los 4 grupos con patología prevalece el tipo de vínculo de afecto controlado siendo más destacado para el grupo de BN y el grupo TCA+TLP. Por el contrario el tipo de vínculo que predomina en el grupo sin patología es el óptimo. Para el grupo AR el vínculo ausente es el de mayor frecuencia y por último el tipo de vínculo de control sin afecto es más destacado para el grupo AP y TCA+TLP.

Debido a que no fue posible aplicar la prueba Chi-cuadrado debido al tamaño muestral presentamos una tabla recogiendo las categorías con mayor porcentaje presentado por cada grupo en los dos momentos del estudio (*ver Tablas 5 y 6*).

VÍNCULO MATERNO:

Tabla. 5. Distribución porcentajes más elevados en el tipo vínculo materno

	SIN PATOLO	AP	BN	TCA+TPL	AR
Antes de los 16 años	-V. óptimo	-V. ausente	-Afecto controlado	-Afecto controlado	-V. ausente
Actualidad		-Control sin afecto			-Control sin afecto
		-V. ausente			-Control sin afecto

VÍNCULO PATERNO

Tabla. 6. Distribución porcentajes más elevados en el tipo vínculo paterno

	SIN PATOLO	AP	BN	TCA+TPL	AR
Antes de los 16 años	-V. Óptimo	-Control sin afecto	-Afecto controlado	-Control sin afecto	-V. ausente
Actualidad		-V. ausente	-V. ausente	-Afecto controlado	
		-Control sin afecto	-Control sin afecto	-Control sin afecto	

2. Tipo del cuidado y la protección parental, según grupo.

El resultado de la Prueba Kruskal-Wallis indica que el tipo de vínculo parental presenta diferencias significativas entre los grupos.

Antes de los 16 años, presentan diferencias significativas el grupo TCA+TPL ($\chi^2=13,524$;gl=4;p=,009) quien recibe mayor protección materna, mientras que el grupo Sin Patología recibe mayor cuidado paterno ($\chi^2=16,383$;gl=4;p=,003) y materno ($\chi^2=10,665$;gl=4; p=,031) que el resto de los grupos (ver Figuras 13 y 14).

Tabla. 13. Cuidado parental antes de los 16 años

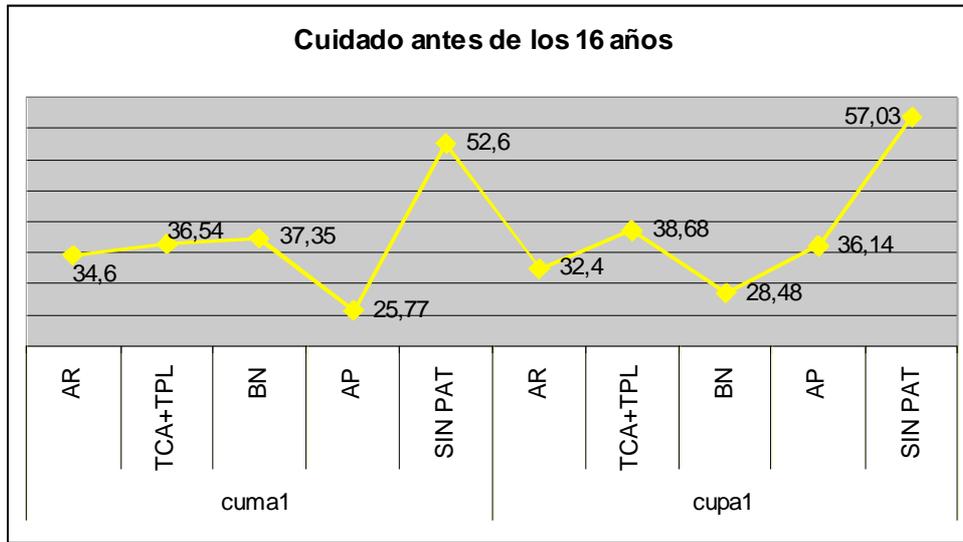
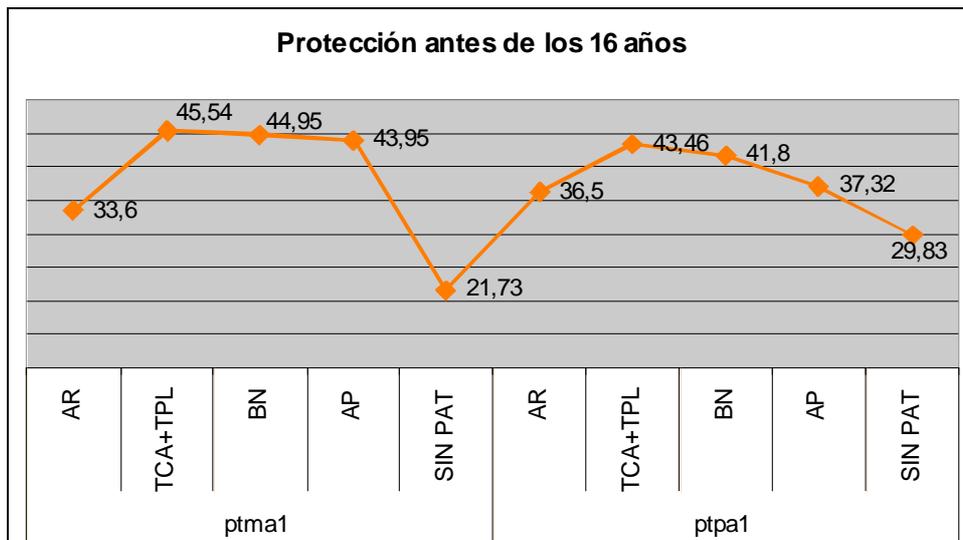


Tabla. 14. Protección parental antes de los 16 años



En la actualidad, presentan diferencias significativas el grupo TCA+TPL el cual recibe mayor protección materna ($\chi^2=14,109$;gl=4;p=,007) y el grupo SIN PATOLOGÍA el cual recibe mayor cuidado materno ($\chi^2=9,800$;gl=4;p=,044) y paterno ($\chi^2=12,298$;gl=4;p=,015) en comparación con el resto de grupos (ver Figuras 15 y 16).

Tabla. 15. Cuidado parental en la actualidad

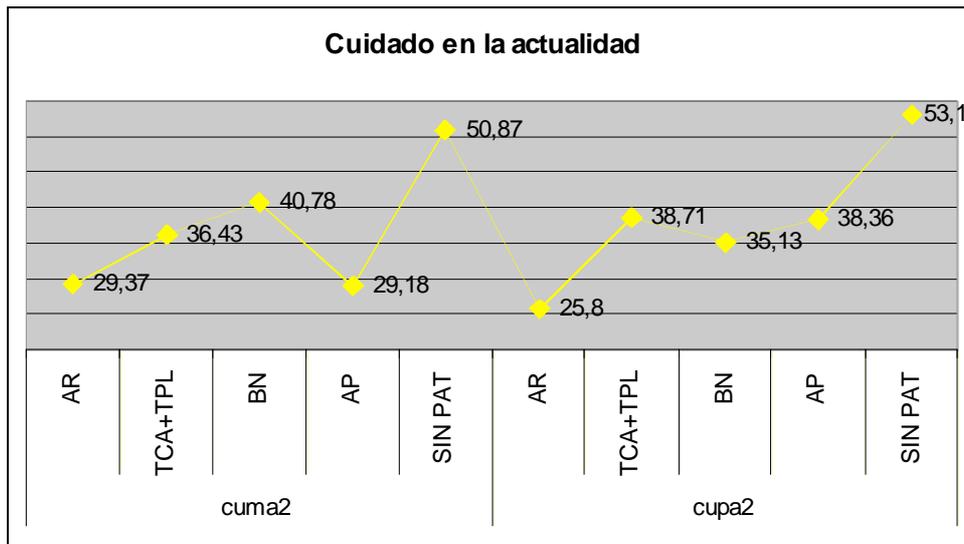
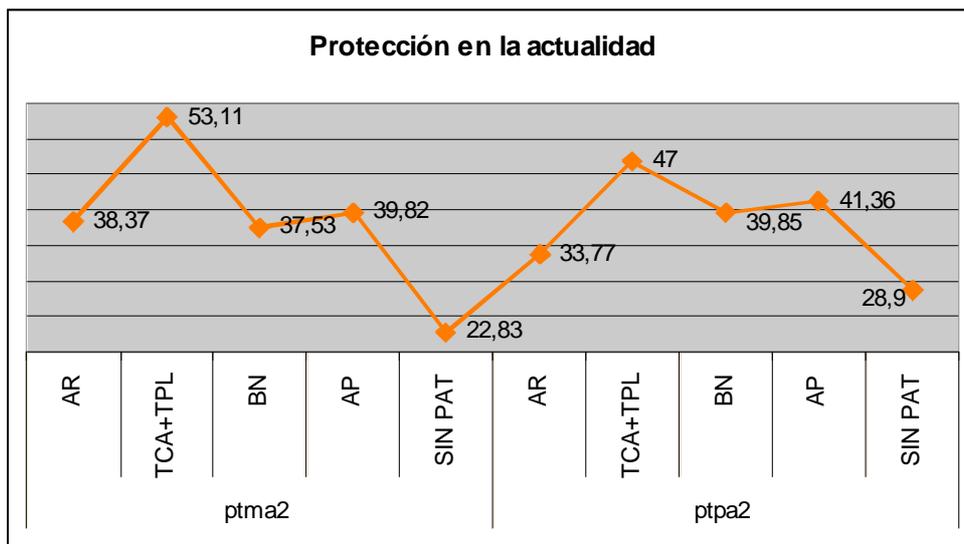


Tabla. 16. Protección parental en la actualidad



3. Estudio de la Satisfacción Marital, según Grupo

En el grado de Ajuste Marital en la conyugalidad de los padres de los grupos no existen diferencias significativas ($\chi^2=14,813$; $gl=8$; $p=,063$).

CONCLUSIONES ESTUDIO 2:

- El grupo de TCA+TPL se diferencia significativamente con el resto de los grupos por recibir mayor protección materna antes de los 16 años y en la actualidad. Por el contrario, el grupo SIN PATOLOGÍA se diferencia significativamente del resto de los grupos por recibir mayor cuidado materno

y paterno en los dos momentos resultados que coinciden con los estudios realizados en familias con pacientes psicóticos y politoxicómanos (Ballús, 1991; Schweitzer y Lawton, 1989; Cirera y Molins, 1990; Gastón, 1998).

- En los pacientes con TLP+TCA hemos observado los niveles más altos de sobreprotección en comparación con los otros subgrupos. Esto nos hace pensar en lo planteado por Cancrini (1996) donde al paciente le resulta dificultosa la adquisición de autonomía e individualización propia alcanzada en la adolescencia. Donde la expresión del malestar individual se manifiesta a través de los síntomas como una metáfora implícita de la propia ansiedad al no poder afrontar las demandas del medio relacional y social en el que se encuentra.

- El grado de Ajuste Marital de los padres de los sujetos no muestra diferencias significativas en la tendencia a la distribución del ajuste.

V. DISCUSIÓN:

Algunos investigadores han considerado que las actitudes, los comportamientos y estilos educativos parentales son relevantes para la comprensión del trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y el mantenimiento del mismo (Emanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Watkins, Lask y Waller et al., 2003; McDermott, Batik, Roberts y Gibbon, 2002; Guttman y Laporte, 2002). Desde que Parker (1979) construyó el Parental Bonding Instrument (P.B.I) para medir el estilo parental tanto en población con patología como en población sin patología han aparecido centenares de estudios que han utilizado su test como herramienta predictiva y evaluadora de la relaciones entre padres e hijos.

Diversos autores (Calam, Waller, Slade y Newton, 1990; Palmer, Oppenheimer y Marshall, 1988; Steiger, Van der Freen, Goldstein y Leicher, 1989; Guttman, H.A y Laporte, L., 2002) han utilizado el PBI (Parker, 1979) para evaluar el tipo de vínculo parental percibido en las pacientes con trastornos alimentarios comparándolos con grupos controles y contrastando si existen diferencias entre la percepción de los cuidados y de la protección entre las pacientes con diferente sintomatología (anorexia restrictiva, bulimia, binge eating). Coincidimos con estos autores ya que nuestro estudio ha compartido en parte los mismos objetivos. Los valores obtenidos del estudio 1 nos indican que un 70% (N=42) del grupo con patología alimentaria clasifica el tipo de vínculo percibido en las madres antes de los 16 años de control sin afecto (cuidados bajos y sobreprotección) y el mismo tipo de vínculo en los padres es descrito en el 50% (N=31) de los casos. Mientras que el grupo sin patología reporta mayor varianza en el tipo de vínculo percibido para ambos padres antes de los 16 años pero con mayor porcentaje de vínculo óptimo (38,5% y 35% para madre y padre respectivamente). En el estudio 2 los resultados muestran que para el grupo BN y TCA+TLP el tipo de vínculo materno predominante es el afecto controlado (altos cuidados y sobreprotección). Resultados que coinciden con Sordelli, Fossati, Devoti, La Viola y Maffei (1996) quienes en su estudio comparativo entre pacientes diagnosticadas de bulimia nerviosa y otro tipo de TCA encontraron el mismo patrón relacional materno. Sin embargo, para estos grupos el vínculo paterno predominante en la actualidad es el control sin afecto. Resultados que coinciden con el estudio prospectivo de Fichtner y Quadflieg

(1999) en el cual encontraron que el tipo de vínculo predominante a nivel paterno en pacientes anoréxicas y bulímicas era el control sin afecto.

En el presente estudio la distribución del grupo patológico en 4 subgrupos ha aportado información más concreta en relación al tipo de vínculo específico para cada tipo de patología alimentaria, añadiendo el TLP. Destacamos los resultados obtenidos para los grupos de AP y AR, quienes en el vínculo materno antes de los 16 años presenta igual patrón relacional (vínculo ausente y control sin afecto). Sin embargo, mostrando una distinción en la actualidad (AP: vínculo ausente y AR: control sin afecto). En el vínculo paterno el grupo AR presenta el mismo patrón relacional (vínculo ausente) para los dos momentos. Estos resultados no los hemos podido contrastar con otros estudios dada la especificidad de la muestra. Viendo estos resultados, consideramos interesante realizar más estudios en esta dirección ampliando el tamaño muestral.

En el estudio realizado por Guttman y Laporte (2002), en el que se estudiaron las diferencias entre el vínculo parental percibido en la infancia en tres grupos: un grupo con TLP y TCA asociado, un grupo de AR y un grupo control, encontrando que los dos primeros clasificaban a las madres con bajos cuidados y sobreprotección en comparación con el grupo control. Sin embargo en nuestro estudio el grupo de TLP+TCA ha presentado el vínculo afecto controlado y el grupo de AR sí ha presentado el vínculo de control sin afecto como señalaban dichos autores.

En relación al estudio 1 cuando se mide el tipo de vínculo en la actualidad observamos que en el grupo con patología alimentaria se sigue percibiendo en el 42% de los casos a la madre con un vínculo control sin afecto mientras que los padres muestran un vínculo ausente en el 40% de los casos. En el grupo sin patología aumenta el tipo de vínculo óptimo para ambos padres en el 50% de los casos.

Las aportaciones de Haley (1976), Minuchin (1978), Selvini Palazzoli y cols. (1995) describen una fuerte implicación de uno de los padres en la vida del hijo y en su enfermedad, que en nuestra muestra confirman que son mayoritariamente las madres, mientras que el padre mantiene un rol periférico. Como hemos podido ver, en la actualidad las pacientes describen la ausencia de vinculación con el padre a pesar de convivir con ellos en familia.

Tal y como indicaban los resultados, observamos como la familia mantiene las mismas normas y controles, asociados a la sobreprotección en la mayoría de los casos, manteniendo un sistema rígido, donde existe aglutinamiento e intromisión en la vida de las pacientes que impide que estas se adapten a su nuevo ciclo vital. Resultados que coinciden con las aportaciones realizadas por Minuchin (1983) y Onnis (2004) quienes se encuentran a eternas adolescentes con patología alimentaria en terapia, como si su ciclo vital y el de toda la familia se hubiera detenido, como si el tiempo estuviera parado. De esta forma, y tal como señalaba Cancrini (1991) los procesos de independencia y afiliación con el grupo de pares no se ha completado quedando toda la familia atrapada en ese momento del ciclo vital.

Por otro lado, si comparamos los resultados obtenidos en nuestra investigación con otros estudios realizados con población toxicodependiente (Schweitzer y Lawton, 1989; Andres, 1994; McFarlane, Bellísimo y Norman, 1995) se pueden encontrar similitudes entre el tipo de vínculo parental percibido en la población toxicodependiente de la población con desórdenes alimentarios. Ambos describen bajos cuidados y alta sobreprotección. Esto confirmaría la afirmación que en su día realizó Selvini Palazzoli en la cual afirmaba que la estructura familiar del toxicodependiente y la del anoréxico eran de una semejanza impresionante, aunque este hecho podía ser debido a que eran tipos muy comunes de familia.

Así mismo otros autores que han utilizado el PBI para estudiar el tipo de vínculo parental en los trastornos esquizofrénicos y depresivos (Ballús, 1991; McFarlane y cols., 1995 respectivamente) donde los bajos cuidados y la elevada sobreprotección se asociaban positivamente a la muestra con síntomas psicóticos y depresivos.

De esta forma parece que unos bajos cuidados con una sobreprotección alta por parte de los padres podría ocasionar dificultades en el desarrollo psicosocial de los adolescentes y adultos jóvenes. Según la teoría de Linares (2002) los síntomas reflejarían la privación de nutrición relacional en el marco de lo que él denomina “amor complejo” en sus tres vertientes: pragmática, cognitiva y emocional.

A nuestro entender el hecho de que el PBI (Parker, 1979) permita describir y definir el tipo de vínculo parental percibido durante las primeras

fases del crecimiento hace que sea una herramienta muy útil para predecir los posibles problemas psicosociales en edades más adultas.

Cuando se utiliza un instrumento metodológico basado en un autoinforme hay que tener en cuenta que la persona que lo contesta parte de su propia percepción individual y subjetiva de la interacción con su familia, y que esta pueda ser una limitación importante en la valoración del tipo de vínculo, ya que el grupo con patología puede usar el cuestionario a modo de “muro de las lamentaciones” para subrayar sus vivencias. Lo mismo ha ocurrido en el autoinforme proporcionado por los padres respecto a su conyugalidad, que pueden usarlo como “deseabilidad social” y tendencia al no reconocimiento de la problemática relacional existente para preservar tal y como decía Linares (2002) una honorable fachada de cara al exterior. Por eso en este tipo de estudio de índole descriptiva debemos ser cautos refiriéndonos siempre a las percepciones de los sujetos encuestados y no a verdades objetivas. Siendo ésta una limitación importante de nuestro estudio que se podría resolver realizando estudios cualitativos en el que se pudieran evaluar los mapas relacionales familiares.

Estos resultados y las conclusiones realizadas nos plantean una línea de investigación para futuros trabajos. Viendo estas diferencias para cada grupo consideramos importante realizar estudios longitudinales con grupos más específicos que permitan contrastar las diferencias entre el tipo de patología y la organización familiar. Así mismo se podría valorar la evolución del tipo de vínculo establecido a lo largo del tiempo. Toda esta información podría ser de relevancia clínica para el abordaje psico-terapéutico de las pacientes y de las familias.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Clemente García su enriquecedora aportación sobre el Modelo Biologiscista del Trastorno Límite de la Personalidad, al Hospital de Día Centro Labor-Neep y a las pacientes y familias que han colaborado voluntariamente en este estudio.

VI. REFERENCIAS:

- Andrés, M. (1994). *Estilo educativo percibido*. Tesis doctoral. Ginebra: Suiza
- Andolfy, M. (1984). *Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós
- Ballús Creus, C. (1991) *Adaptació del parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escola Profesional de Psicologia Clínica.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. H., (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behav. Sci.*, 1, 251-264.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *System Theory: Foundations, development, applications*. New York: Braziller
- Bowlby, J. (1958) The nature of the child's tie to this mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 1-3
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós. Ibérica.
- Cáceres Carrasco, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja en Intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cancrini, L y La Rosa, C. (1991). *La caja de Pandora*. Barcelona: Paidós
- Campo, C. y Linares, J.L. (2002). *Sobrevivir a la Pareja*. Barcelona: Planeta.
- Calam R, Waller G, Slade P, y Newton T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *Int J Eat Dis*, 9, 5, 479-485.
- Carrobbles, J.A. (1989) Adaptación en población española de la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace, 1959. En Cáceres Carrasco, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja en Intervención en familias*. Madrid. Fundación Universidad Empresa.
- Castro J, Toro J, Salamero M. y Guimerá E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Evaluación Psicológica. Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Ceberio, M.R. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del Universo*. Barcelona: Herder.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. (1994). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Watkins, B., Lask, B. y Waller, G. (2003). Family Functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions. *Eating-Behaviors*, 4 (1), 27-39
- Fichter, M.M. y Quadflieg, N. (1999) Binge eating disorder. *Current opinion in Psychiatry*. 12(2), 223-264

- Freud, S. (1917). *Introducción al Narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. 1979. The Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Guerin, P., Fogarty, T., Fay, L. y Kautto, J.G. (2002). *Triángulos relacionales: el a-b-c de la psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu
- American Psychiatric Association (2001). *Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario*. Barcelona: Ars Medica.
- Guttman, H. y Laporte, L. (2002). Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy: An international Journal*, 24 (3), 505-521
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kandel, E.R. (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatr.* 155(4),457-69
- Leung, N., Thomas, G. y Waller, G. (2002). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.
- Linares, J.L (1996). *Identidad y Narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L, Castelló, N. y Colillas, M. (2001). La terapia Familiar de la psicosis como un proceso de reconfirmación. *Revista Redes*.
- Linares, J.L. (2002). *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona: Paidós.
- McDermott, B., Batik, M., Roberts, L. y Gibbon, P. (2002). Parent and Child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (4), 509-514.
- McFarlane, A.H., Bellissimo, A. y Norman, G.R. (1995). Family structure, Family Functioning and adolescent Well-Being: the transcendent influence of parental style. *Child Psychology Psychiatry* (36), 5, 847-864.
- Minuchin, S y Fishman, H. Ch. (1983). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1978). *Familias y terapia familiar*. Barcelona :Gedisa.
- Onnis, L. (1982). *La terapia relazionale e i suoi contesti*. Roma: NIS.
- Onnis, L. (2004). *Il tempo sospeso*. Milano: Franco Angeli

- Palmer RL, Oppenheimer RC, y Marshall PD. (1988). Eating-disordered patients remember their parents: A study using the parental bonding instrument. *Int J Eat Dis* 7,1, 101-106.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L.B. (1979) A parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52,1-10.
- Parker, R.L. (1998). The parental Bonding Instrument. http://www.blackdoginstitute.org.au/research/tools/documents/PBI_AnnotatedBibliography.pdf
- Pitcher MM y Quadflieg N. (1996). Course and two-year outcome in anorexic and bulimic adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 25, 545-561.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (1999). *Pla de Salut de Catalunya* Barcelona: T.G. Hostench, S.A.
- Rodrigo, M^aJ y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humanos*. Madrid: Alianza Editorial
- Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía estilo (2003) FEAFES: Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid. Consultado el 3 de mayo del 2003 en: http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_salud_mental.htm
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M (1995). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós
- Schweitzer, R. y Lawton, P. (1989). Drug Abusers' perceptions of their parents. *British Journal of Addiction*, 84, 309-314.
- Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. (2002). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Sordelli A, Fossati A, Devoti RM, La Viola S y Maffei C. (1996). Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients. *Psychopathology* 29, 64-70.
- Steiger H, Van der Feen J, Goldstein C, y Leichner P. (1989). Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *Int J Eat Dis* 8, 2, 131-140.
- Turrón Gil, V. (2004) Comorbilidad en la bulimia nerviosa. Departament de salut. Generalitat de Catalunya. I Curso sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria: Bulimia Nerviosa. Organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Valencia, del 22 al 26 de Noviembre del 2004.
- Whitaker, C. (1989). *Midnight Musings of Family Therapist*. Nueva York: Norton

VII. ANEXOS:

Estudio 1 y 2: INSTRUMENTOS

1) Parental Bonding Instrument (PBI, de Parker y col 1979 en su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991).

2) Escala de Ajuste Marital (EAM, de Locke-Wallace, 1959; en su adaptación al castellano realizada por J.A. Carrobles, 1980).

3) Eating Attitudes Test (EAT, Garner y Garfinkel, 1979; en su adaptación al castellano realizada por Castro y cols. ,1991).

Parental Bonding Instrument (PBI, de Parker y col 1979 en su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991).

P.B.I Forma Ortodoxa (Hijo/a-Madre)

- **Fecha:** _____
Sexo: H M

1. En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que usted considera más parecida para caracterizar como usted recuerda a su **MADRE** durante sus primeros 16 años.

Se parece a como era:

	MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA
1. Me hablaba con una voz cálida y amigable				
2. No me ayudaba lo suficiente				
3. Me dejaba hacer las cosas que a mi me gustaba hacer				
4. Me parecía emocionalmente fría, seca conmigo.				
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.				
6. Era cariñosa conmigo				
7. Le gustaba que yo tomase mis propias decisiones				
8. No quería que yo creciese, quería que yo siguiese siendo un niño/a.				
9. Intentaba controlar todo lo que yo hacía.				
10. Invadía mi vida privada.				
11. Le gustaba comentar las cosas conmigo.				
12. Me sonreía con frecuencia.				
13. Tendía a tratarme como un niño/a.				
14. No parecía entender qué era lo que yo necesitaba o quería.				
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.				
16. No me hacía sentir querido/a.				
17. Sabía consolarme cuando yo estaba mal				
18. Hablaba muy poco conmigo				
19. Trataba de que yo dependiera de ella.				
20. Creía que yo no podía cuidarme a menos que ella estuviera cerca				
21. Me daba toda la libertad que yo quería.				
22. Me dejaba salir cuantas veces yo quería.				
23. Era sobreprotectora conmigo.				
24. No me alababa, ni me felicitaba ni elogiaba.				
25. Me dejaba vestir de acuerdo con mis gustos.				

PROT: [_____]

CUR:[_____]

Parental Bonding Instrument (PBI, de Parker y col 1979 en su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991).

P.B.I Forma Ortodoxa (Hijo/a-Padre)

- **Fecha:** _____

Sexo: H M

1. En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que usted considera más parecida para caracterizar como usted recuerda a su **PADRE** durante sus primeros 16 años.

Se parece a como era:

	MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA
1. Me hablaba con una voz cálida y amigable				
2. No me ayudaba lo suficiente				
3. Me dejaba hacer las cosas que a mi me gustaba hacer				
4. Me parecía emocionalmente fría, seca conmigo.				
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.				
6. Era cariñosa conmigo				
7. Le gustaba que yo tomase mis propias decisiones				
8. No quería que yo creciese, quería que yo siguiese siendo un niño/a.				
9. Intentaba controlar todo lo que yo hacía.				
10. Invadía mi vida privada.				
11. Le gustaba comentar las cosas conmigo.				
12. Me sonreía con frecuencia.				
13. Tendía a tratarme como un niño/a.				
14. No parecía entender qué era lo que yo necesitaba o quería.				
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.				
16. No me hacía sentir querido/a.				
17. Sabía consolarme cuando yo estaba mal				
18. Hablaba muy poco conmigo				
19. Trataba de que yo dependiera de ella.				
20. Creía que yo no podía cuidarme a menos que ella estuviera cerca				
21. Me daba toda la libertad que yo quería.				
22. Me dejaba salir cuantas veces yo quería.				
23. Era sobreprotectora conmigo.				
24. No me alababa, ni me felicitaba ni elogiaba.				
25. Me dejaba vestir de acuerdo con mis gustos.				

PROT: [_____]

CUR:[_____]

Parental Bonding Instrument (PBI, de Parker y col 1979 en su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991).

P.B.I Forma Actual (Hijo/a-Madre)

- **Fecha:** _____

Sexo: H M

1. En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que usted considera más parecida para caracterizar como usted ve a su **MADRE** en la actualidad.

Se parece a como era:

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

PROT: [_____]

CUR:[_____]

Parental Bonding Instrument (PBI, de Parker y col 1979 en su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991).

P.B.I Forma Actual (Hijo/a-Padre)

- Fecha: _____

Sexo: H M

1. En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que usted considera más parecida para caracterizar como usted ve a su **PADRE** en la actualidad.

Se parece a como era:

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

PROT: [_____]

CUR:[_____]

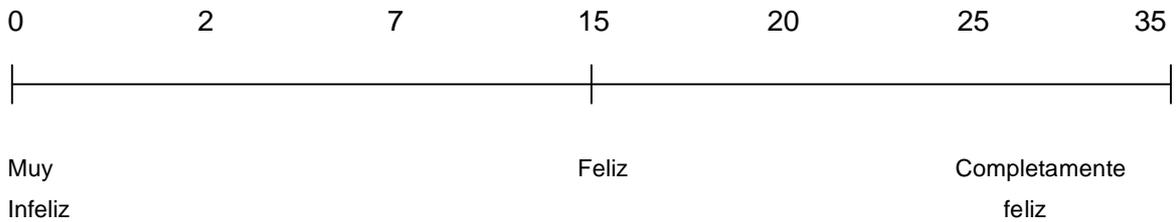
Fecha: _____

Sexo: H ∨ M ∨

Escala de Ajuste Marital (E.A.M.)
(Locke-Wallace, 1959 - Adaptación: J.A. Carrobles)

1. Considere y elija, rodeando con un círculo, el número de la escala incluida a continuación que mejor describa el grado de satisfacción, teniendo en cuenta todas las circunstancias de su actual matrimonio.

El punto medio de la escala, "feliz", representa el grado de satisfacción matrimonial que alcanzan la mayoría de las personas y, desde este punto, la escala se extiende gradualmente hacia el lado izquierdo para aquellas personas muy insatisfechas e infelices en su matrimonio, y hacia el lado derecho para aquellas otras que disfrutan de una extrema satisfacción o felicidad conyugal.



Reflexione a continuación sobre el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja respecto a las siguientes situaciones. Considere todas las cuestiones, por favor.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Ocasionalmente en desacuerdo	Frecuentemente en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo
Administración de las finanzas familiares						
Ocio o distracciones						
Demostraciones de afecto						
Amigos						
Relaciones Sexuales						
Convencionalismos (modos y maneras correctos y apropiados)						
Filosofía de la vida						
Modos de tratar a los parientes y familiares						

2. Cuando existen desacuerdos, éstos se resuelven normalmente:
- Cediendo el marido
 - Cediendo la esposa
 - Negociando de mutuo acuerdo
3. ¿Tienen y disfrutan ustedes y su pareja de intereses comunes fuera de los profesionales?
- Todo en común
 - Algunos de ellos
 - Muy pocos de ellos
 - Ninguno de ellos en común
4. Durante el tiempo de ocio, ¿qué prefiere usted y su pareja normalmente: salir o quedarse en casa?
- Ambos preferimos quedarnos en casa
 - A ambos nos gusta salir
 - Discrepamos en este punto
5. ¿Con qué frecuencia le asalta la idea de que ojalá no se hubiera casado?
- Frecuentemente
 - De vez en cuando
 - Raramente
 - Nunca
6. Si pudiera volver atrás en el tiempo y pudiera decidir de nuevo, creo que:
- Me casaría con la misma persona
 - Me casaría con una persona diferente
 - No me casaría en absoluto
7. ¿Confía en su pareja?
- Casi en ningún caso
 - Raramente
 - En la mayoría de las cosas
 - En todas las cosas

Eating Attitudes Test (EAT, Garner y Garfinkel, 1979; en su adaptación al castellano realizada por Castro y cols. ,1991).

- Fecha: _____

Sexo: H M

1. Antes de rellenar este cuestionario, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones:

Por favor haz "UNA CRUZ" la respuesta que más se aproxime a cada una de las frases del cuestionario. La mayoría de las cuestiones están estrictamente relacionadas con los alimentos o con el comer, pero se incluye también algún otro tipo de preguntas. Por favor responde con atención a cada cuestión. Este cuestionario te llevará aproximadamente 10 minutos, aunque este tiempo es sólo orientativo (tómate el tiempo que necesites)

	NUNCA	ARAMENTE	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE
1.-Me gusta comer con otras personas.						
2.-Preparo comida para otros, pero yo no me las como.						
3.-Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.						
4.-Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5.-Procuro no comer aunque tenga hambre						
6.-Me preocupo mucho por la comida						
7.-A veces me he atiborrado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8.-Corto mi comida en trozos muy pequeños.						
9.-Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10.-Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, patatas, arroz, etc.)						
11.-Me siento hinchada después de las comidas.						
12.-Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiese más.						
13.-Vomito después de haber comido.						
14.-Me siento culpable después de comer.						
15.-Estoy preocupado/a por el deseo de estar más delgada.						
16.-Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17.-Me peso varias veces al día.						
18.-Me gusta llevar la ropa ajustada.						
19.-Disfruto comiendo carne.						
20.-Me despierto temprano por las mañanas						
21.-Como las mismas comidas un día tras otro.						
22.-Cuando hago ejercicio, pienso en quemar calorías.						
23.-Tengo la menstruación regularmente.						
24.-Los demás piensan que estoy demasiado delgada.						
25.-Me preocupo pensando que tengo grasa en el cuerpo.						

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE
26.-En las comidas tardo más tiempo que los demás.						
27.-Disfruto comiendo en los restaurantes.						
28.-Tomo laxantes.						
29.-Procuro no comer alimentos que contengan azúcar.						
30.-Como alimentos de régimen.						
31.-Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32.-Me controlo en las comidas.						
33.-Noto que los demás me presionan para que coma.						
34.-Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35.-Padezco estreñimiento.						
36.-Me siento incómoda después de comer pasteles.						
37.-Me he propuesto hacer régimen.						
38.-Me gusta sentir el estómago vacío.						
39.-Disfruto probando comidas nuevas y nutritivas.						
40.-Me siento impulsada a vomitar después de las comidas.						