

Estudi comparatiu de la personalitat dels pares i de la dinàmica familiar en l'anorèxia nerviosa

M. Molina i Vives

*I. Quiles i Ill

**J. Tomas i Vilaltella

Alumne del Màster en Psiquiatria infantil i juvenil del HUMI.

*Psicòloga adjunta de la Unitat de Psiquiatria del HUMI.

**Cap de la Unitat de Psiquiatria del HUMI.

Resum

El present estudi s'emmarca dins una investigació més àmplia que s'està duent a terme a l'Hospital Universitari Materno-Infantil de la Vall d'Hebron de Barcelona, sobre la dinàmica relacional de les famílies on hi ha un pacient diagnosticat d'anorèxia nerviosa restrictiva. Es tracta d'un grup de pares i mares de trenta adolescents amb edats que oscil·len entre els catorze i els divuit anys. Aquesta investigació pretén analitzar la relació entre la patologia dels pares i el tipus de relació familiar que pogués afavorir l'aparició de la patologia en el fill. S'han passat tres tests: Goldberg, 16 PF i FES. Els resultats obtinguts han permès observar l'existència de més psicopatologia en les mares i un funcionament familiar sobreadaptat a la norma social, en ambdós pares.

Paraules clau: Anorèxia nerviosa, adolescència, mares, pares, psicopatologia, relacions familiars.

Resumen

El presente estudio se enmarca en una investigación más amplia que se está llevando a cabo en el Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron de Barcelona, sobre la dinámica relacional de las familias en las que hay un paciente diagnosticado de anorexia nerviosa restrictiva. Se trata de un grupo de padres y madres de treinta adolescentes con edades que oscilan entre los catorce y los dieciocho años. Esta investigación pretende analizar la relación entre la patología de los padres y el tipo de relación familiar que pudiese favorecer la aparición de la enfermedad en el hijo. Se han administrado tres tests: Goldberg, 16 PF y FES. Los resultados obtenidos han permitido observar la existencia de más psicopatología en las madres y un funcionamiento familiar sobreadaptado a la norma social en ambos padres.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, adolescencia, madres, padres, psicopatología, relaciones familiares.

Summary

This study is part of a broader research project being carried out at the Hospital Universitari Materno-Infantil de la Vall d'Hebron in Barcelona into family dynamics where a patient has been diagnosed as suffering from restrictive anorexia nervosa. The research group comprises the parents of 30 adolescents aged between 14 and 18. The aim is to investigate the connection between parental pathology and the type of family relationships that might be conducive to the emergence of the pathology in the children. They were asked to take three tests: Goldberg, 16 PF and FES. The results revealed a greater degree of psychopathology in the mothers and family functioning overadapted to the social norm in both parents.

Key words: Anorexia nervosa, adolescence, parents, psychopathology, family relationships.

Correspondència:

Dr. J. Tomas
Unitat de Psiquiatria
H. Materno Infantil Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, s/n
08035 Barcelona

Treball rebut: 22.03.1995.

Treball acceptat: 28.10.1995.

Introducció

El comportament alimentari respon a una triple demanda: la primera d'adquisició energètica, la segona hedònica, una funció d'ordre afectiu i emocional que té com a finalitat comportar plaer, recompensa i benestar, i per últim una demanda simbòlica, d'ordre psicològic, amb finalitat relacional i cultural.

A l'hora d'alimentar-nos combinem factors interns i factors externs. Entre els primers hi hauria la gana i l'actitud hedònica, de plaer de menjar; dins els segons hi hauria els hàbits respectats per la societat a la qual pertanyem. Aquí és on s'emmarcaria la patologia alimentària. L'alimentació incorrecta substituiria un altre tipus de relació emocional més evolucionada¹.

L'anorèxia nerviosa, juntament amb la bulímia, és un dels trastorns més importants del comportament alimentari. Es caracteritza per limitacions dietàries autoimposades, una conducta dirigida a la pèrdua de pes amb una por intensa a recuperar-lo, que no desapareix a mesura que aquest pes disminueix, uns patrons peculiars de preparar aliments, una alteració important de la imatge corporal i, a les dones, amenorrea. No existeix consciència de malaltia².

Les primeres dades de la malaltia es troben en l'Edat Mitjana. La primera descripció clínica s'atribueix a R. Morton i data de l'any 1694. Va ser però Sir William Gull a l'octubre de 1873 qui li donà el nom «d'anorèxia nerviosa», encara que inicialment s'havia referit a ella amb el nom «d'apèpsia histèrica»³. Canvià de nom arran del treball de Ch. Lasègue (abril de 1873) on se citava «l'anorèxia histèrica»⁴.

Es diferencien dos tipus d'anorèxia:

- *Purgativa*: en la qual s'utilitzen purgues (laxants, diurètics...) i en la qual es poden combinar períodes restrictius amb episodis bulímics.
- *Restrictiva*: en la qual el pacient es limita a disminuir de manera progressiva els aliments que componen la seva dieta habitual.

Incidència i prevalença

L'edat de risc més important se situa abans dels 20 anys i es troben les edats més afectades entre 12 i 17 anys. És una malaltia més freqüent en dones en una proporció de 10 a 1⁵.

Criteris diagnòstics

Segons el DSM-III⁶ els criteris són els següents:

- A. Por intensa a engreixar-se que no disminueix en perdre pes.
- B. Alteració de la imatge corporal.
- C. Pèrdua de pes, almenys d'un 25% del pes original (per sota dels 18 anys cal afegir a la pèrdua de pes el que correspondria guanyar d'acord al procés de creixement per tal de veure si entre els dos arriben al 25%).
- D. Negativa de mantenir el pes corporal per sobre del mínim normal segons l'edat i la talla.
- E. Absència de malalties somàtiques que justifiquin la pèrdua de pes.

Segons l'ICD-10⁷ els criteris són aquests:

- A. Pèrdua de pes (índex de massa corporal o de Quetelet de menys de 17.5). Els malalts prepúbères poden no experimentar el guany de pes propi dels períodes de creixement.
- B. La pèrdua de pes és originada pel propi malalt, a través de:
 1. evitació de consum «d'aliments que engreixen» i per un o més dels símptomes següents:
 2. vòmits autoprovocats,
 3. purgues intestinals autoprovocades,
 4. exercici excessiu i
 5. consum de fàrmacs anorexígens i/o diurètics.
- C. Distorsió de la imatge corporal, que consisteix en una psicopatologia específica caracteritzada per la persistència, amb el caràcter d'idea sobrevalorada, intrusa, de pavor davant l'obesitat o la flacidesa de les formes corporals, de manera que el malalt s'imposa a si mateix estar per sota d'un límit màxim de pes corporal.
- D. Trastorn endocrí generalitzat que afecta l'eix hipotàlmic-hipofisari-gonadal i es manifesta en la dona com a amenorrea i en l'home com una pèrdua de l'interès i de la potència sexuals (una excepció aparent la constitueix la persistència de sagnat vaginal en dones anorèxiques que segueixen una teràpia hormonal de substitució, generalment amb píndoles contraceptives). També poden presentar-se concentracions altes d'hormona del creixement i de cortisol, alteracions del metabolisme perifèric de l'hormona tiroide i anomalies en la secreció de la insulina.
- E. Si l'inici és anterior a la pubertat, s'endarrereix la seqüència de les manifestacions de la pubertat, o fins i tot aquesta es detura (para el creixement, en les dones no es desenvolupen les mames i hi ha

amenorrea primària; en els homes persisteixen els genitals infantils). Si es produeix una recuperació, la pubertad acostuma a completar-se, però la menarquia és tardana.

Factors familiars

Segons la bibliografia consultada hem vist que alguns autors, en concret de l'escola conductista, apunten que la dinàmica familiar s'altera com a conseqüència de la malaltia, mentre d'altres, en concret de l'escola psicodinàmica i en especial l'escola sistèmica, defensen una constel·lació familiar típica preanorèxica en la qual el pare es troba en un segon pla de les decisions i té escassa preponderància afectiva, està exclòs o absent, amb una actitud permissiva, no imposa autoritat i intervé rarament en les relacions familiars. Acostuma a tenir uns antecedents de manca de reconeixement de la pròpia vàlua personal per part dels seus pares i una sobreprotecció per part de la seva mare.

La mare acostuma a ser una dona protectora, dominant a través de la seva ansietat d'anticipació, generalment hipocondríaca, pendent de l'aparença física i que es valora a si mateixa mitjançant la filla; té gran dificultat per reconèixer les necessitats emocionals d'aquesta i la seva anticipació actua com un problema per a la independència de la filla. Solen tenir uns antecedents de manca de reconeixement per part de la pròpia família i carència afectiva i educació coercitiva per part de la seva mare.

Ambdós pares solen ser exigents, els agrada que la seva filla sigui una nena modèlica, prudent, obedient, amb èxit als estudis i educada en la relació social⁸.

Segons els autors de l'escola sistèmica, en concret Mara Selvini Palazzoli, en la dinàmica familiar podem percebre un conflicte matrimonial encobert: un dels pares s'alia amb el fill per tal de fer front a l'altre pare (hi ha una extrema habilitat tàctica per fer-ho). El discurs de la mare és instructiu, culpabilitzador i manipulador, mentre que el del pare és inoperant, pseudo-autoritari i oposat a les peticions de la seva dona⁹.

En el fill ens parla d'una expressió verbal molt baixa i una capacitat cognitiva molt pobre. No hi ha una comprensió del que està passant. Quant arriba la pubertat el fill pren consciència de com és la relació i es desencadena la malaltia. Davant els missatges contradictoris dels pares (que el manipulen) el fill té sentiments d'abús i manipulació. Reacciona amb una reivindicació encoberda (no verbal) que actua en dues etapes; en la primera, a través de l'actitud comportamental d'oposicionisme als desigs dels pares, sobretot de la mare, d'alimentació i cura personal. La reacció poc convenient dels pares i la pròpia inanició fixaran el símptoma en una segona etapa i es convertirà aquest en l'única via possible d'expressió del conflicte.

Amb aquestes característiques s'estableix un tipus de comunicació que es caracteritza per tenir una expressió verbal molt pobre. Hi ha un predomini de la comunicació i els missatges analògics com el to postural, els gestos o la veu. Els dos missatges (analògic i verbal) es contraposen; per tant, els sentiments no es verbalitzen ni es racionalitzen. Es diuen coses oposades al que es pensa, es confonen els missatges. La incapacitat d'expressió racional dels sentiments condueix al símptoma com a única sortida del problema.

La tendència actual és de considerar que la gènesi de l'anorèxia nerviosa és multifactorial¹⁰. Es parla de l'existència de factors de predisposició, els quals a diferents nivells (individual, familiar o cultural) condicionen l'existència d'una «vulnerabilitat» especial del subjecte. Sobre aquesta base actuarien posteriorment els factors traumàtics que desencadenarien el trastorn. La persistència clínica de la malaltia es veurà condicionada per un altre conjunt d'elements, els factors de manteniment, dins dels quals cal destacar la desnutrició autoinduída que té conseqüències molt negatives, no només a nivell biològic sinó també de funcionament mental. Un altre factor de manteniment seria la pròpia dinàmica familiar.

Per tal de comprovar les hipòtesis anteriorment citades ens hem plantejat l'estudi que exposem a continuació; analitza les característiques de personalitat i familiars de trenta pacients diagnosticats d'anorèxia nerviosa de tipus restrictiu; les seves edats estan compreses entre els catorze i els divuit anys d'edat.

Mètode

Subjectes

La mostra està constituïda pels pares i mares d'aquests trenta pacients.

El grup comparatiu es compon dels pares i mares de trenta adolescents de característiques similars a les de la mostra, que no presenten trastorns del comportament alimentari i que són considerats dintre de la normalitat.

Instruments

S'han utilitzat tres tests per a la recollida de les dades. Aquests han estat els següents:

- Qüestionari de Salut Mental de Goldberg¹¹.
- 16 PF, qüestionari factorial de personalitat de Cattell¹².
- Escala de Clima Familiar (FES) de Moos, Moos i Trickett¹³.

Procediment

Un cop passats els tests i obtingudes les dades, es va procedir a realitzar les següents comparacions:

- Psicopatologia de les mares envers la dels pares del grup anorèxic. Això s'ha fet mitjançant la comparació dels resultats del 16 PF i del qüestionari de Goldberg.
- Percepció del clima familiar que tenen les mares en contraposició a la dels pares. Per això hem estudiat els resultats obtinguts en el FES.
- Posteriorment s'està duent a terme la comparació d'aquests resultats amb els obtinguts pel grup comparatiu.

Resultats

El qüestionari de Salut Mental de **Goldberg** és un test d'*screening* de psicopatologia. Valora quatre aspectes: ansietat, símptomes somàtics, disfunció social (en la seva activitat diària) i depressió. Les puntuacions parcials van d'1 a 7, i es consideren patològics els resultats iguals o superiors a 2; els autors del test consideren que aquesta puntuació ens indica l'existència de «patologia lleu». La puntuació total màxima és de 28 i es considera que existeix patologia en els tests amb puntuacions totals majors o iguals a 7. Els resultats d'aquest test ens indiquen:

- L'existència de patologia en les mares, sobretot pel que fa a ansietat, on el 60% de la mostra obté resultats patològics, i en símptomes somàtics, en què ho fan un 51%.
- Els pares obtenen resultats menys patològics; veiem el pic de patologia en l'escala d'ansietat en la qual un 41% de pares de la mostra puntua patològic (vegeu Fig. 1).

Goldberg

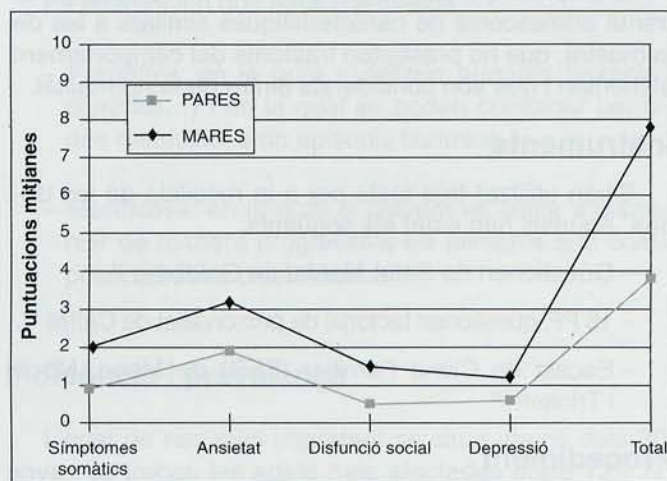


Fig. 1. Perfil de psicopatologia dels pares i mares de pacients amb anorèxia nerviosa segons les dades del qüestionari de Goldberg

En general, tant en pares com en mares, els resultats de la mostra són més patològics que els del grup comparatiu.

- En les mares veiem que en totes les escales la mostra és més patològica; en el total un 55% de la mostra puntua patològic i només ho fa un 21% del grup comparatiu (vegeu Fig. 2).
- En els pares veiem que en el total un 41% de la mostra puntua patològic i només ho fa un 6.7% del grup comparatiu (vegeu Fig. 3).

Goldberg (mares)

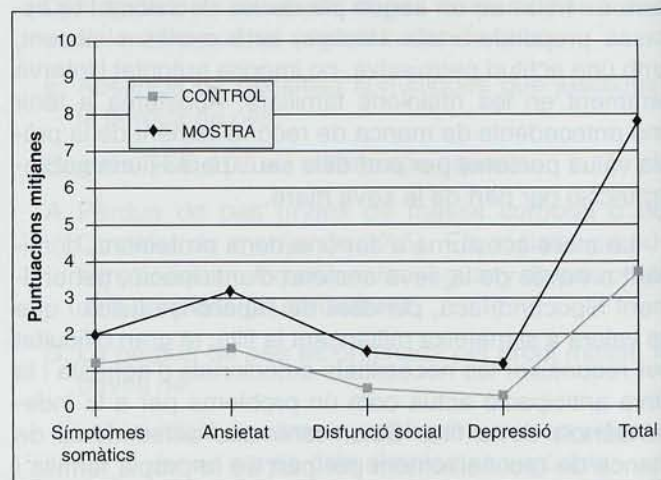


Fig. 2. Perfil de psicopatologia de mares de la mostra envers les del grup comparatiu, segons les dades del qüestionari de Goldberg

Goldberg (pares)

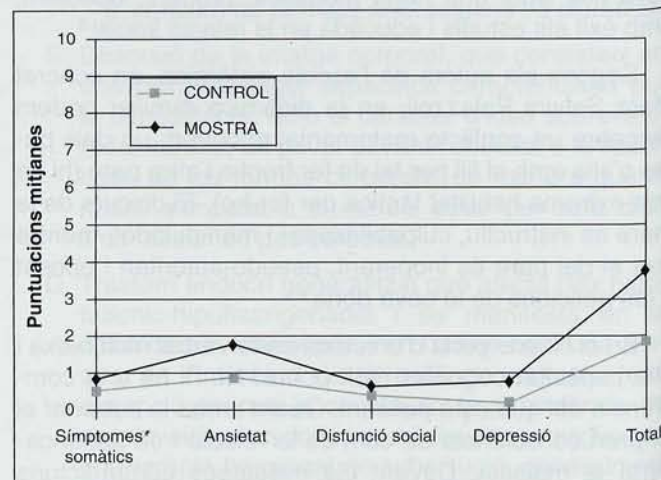


Fig. 3. Perfil de psicopatologia dels pares de la mostra envers els del grup comparatiu, segons les dades del qüestionari de Goldberg

El **16 PF** és un qüestionari factorial de personalitat de Cattell, valora 16 factors de primer ordre, més 4 de segon ordre. Hem considerat significatives les puntuacions superiors a 7 i les inferiors a 4; aquestes són les que se situen fora de la mitjana de la població. Els resultats ens apunten les següents característiques:

- Les mares tenen una personalitat dintre de la normalitat, sense grans desviacions respecte la mitjana poblacional. Ressaltarem alguns resultats on hi ha petites desviacions: presenten una intel·ligència mediocre (per sota del grup comparatiu) i són molt atentes a la normativa social. El factor en què més despunten és en la dependència; són dependents de la norma i del grup; hi ha un 97% que puntua fora de la mitjana en aquest factor.
- Els pares obtenen també uns resultats dins de la mitjana. Els factors més destacables ens indiquen una tendència a ser tímids, autosuficients, que prefereixen la seva opinió, tenen una ansietat per sobre de la mitjana; aquest és el factor on més destaquen, amb un 81% de la mostra que puntua per sobre de la mitjana (vegeu Fig. 4).

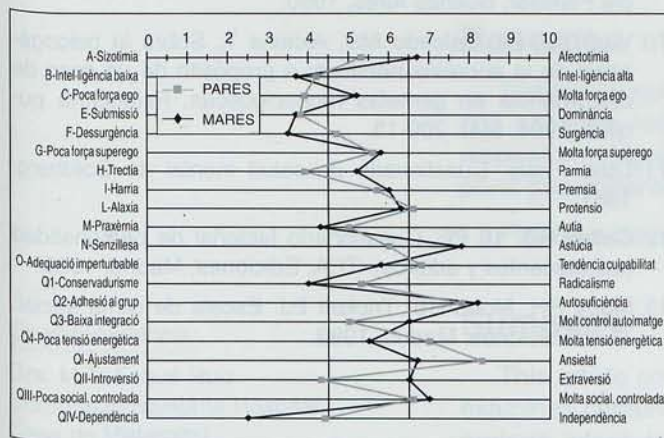


Fig. 4. Perfil de personalitat de pares i mares de pacients amb anorèxia nerviosa segons les dades del 16 PF

El FES és una escala de clima familiar, construïda per Moos, Moos i Trickett, que valora deu factors diferents per tal de descriure les relacions interpersonals entre els membres de la família. Els aspectes de desenvolupament que tenen més importància i la seva estructura bàsica.

Les dades obtingudes de la mostra ens parlen de personalitats molt egosintòniques. Ens crida l'atenció el fet que són persones molt ajustades, potser excessivament, a la norma (tenint en compte la patologia mencionada anteriorment, sobretot pel que fa als resultats del Goldberg i que no es veu reflectida en el funcionament familiar); el test ens mostra uns resultats molt homogenis entre pare i mare, només hi ha una lleugera baixada en autonomia i actuació per part de les mares. Ens crida l'atenció el fet que els resultats són molt iguals al grup comparatiu. Pensem que aquests resultats tan ajustats i homogenis poden ser deguts a la pròpia contenció i no expressió dels conflictes. Hi ha una voluntat explícita de no entrar en crisi (vegeu Fig. 5).

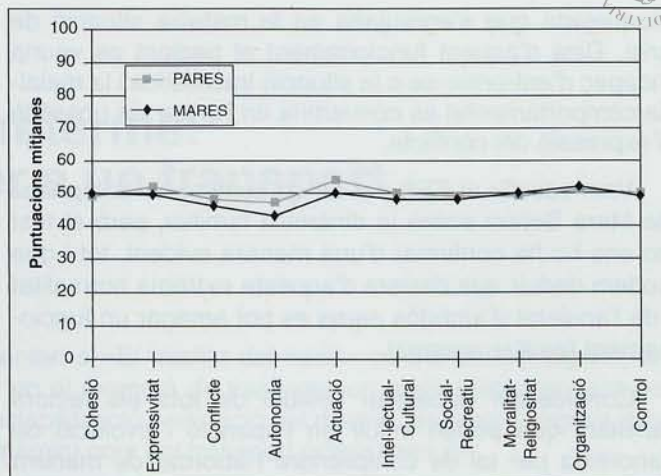


Fig. 5. Percepció del clima familiar dels pares i mares de pacients amb anorèxia nerviosa segons dades del FES

Conclusions

Els pares de la mostra que hem analitzat es troben dins els límits de la normalitat, no destaquen en cap factor especial i pensem que no hi ha una preponderància dins el funcionament familiar; segons les dades del FES estarien sobreadaptats a la norma social. Les mares presenten psicopatologia d'ansietat, expressada a través de símptomes somàtics i hipocondríacs; els resultats del FES, en contra d'això, indiquen una gran sobreadaptació i normalitat. Tot junt fa pensar que aquestes mares presenten una rigidesa comportamental especialment alta per afrontar aquesta ansietat.

Pensem que aquesta gran sobreadaptació a la norma i falta de recursos, que possiblement amaga trets depressius importants, és la que actuaria com a potenciadora de la malaltia dels fills.

En aquesta síndrome multifactorial es combinen una càrrega genètica amb factors ambientals traumàtics que serien els desencadenants de la malaltia, com poden ser, per exemple: un creixement puberal massa ràpid, esdeveniments traumàtics d'ordre sexual o un accident de trànsit que produiria un canvi de la imatge corporal. Segons la bibliografia, la càrrega genètica comporta trets d'ansietat, predominants en les mares, i trets de depressió en els pares. En els nostres resultats veiem trets d'ansietat més elevats en els pares i no veiem trets depressius importants, però segons les històries clíniques de la mostra (FALCO), si bé no veiem característiques depressives importants sí que observem un percentatge important de pares amb costums enòtics i un caràcter feble que ens podrien parlar d'una possible depressió soterrada.

Aquesta situació disminueix la capacitat de reacció i la flexibilitat dels progenitors davant dels conflictes, i s'estableix una dinàmica familiar progressivament més

bloquejada que s'agreuja en la mateixa situació de crisi. Dins d'aquest funcionament el pacient es veuria incapaç d'enfrontar-se a la situació traumàtica i la malaltia comportamental es convertiria en l'única via possible d'expressió del conflicte.

Vam escollir el FES per tal de comprovar la hipòtesi de Mara Selvini sobre la dinàmica familiar, però el test no ens ho ha confirmat d'una manera evident, tot i que podem deduir que darrera d'aquesta extrema normalitat i de l'ansietat d'ambdós pares es pot amagar un funcionament familiar anormal.

Considerem necessari l'estudi de tots els factors familiars que poden influir en l'aparició i evolució de l'anorèxia per tal de comprendre i abordar de manera més efectiva la malaltia.

Bibliografia

1. Tomàs J, Quiles I, Bassas N. Transtornos del comportamiento alimentario. Notas y pautas de interés sobre Psiquiatría y Psicoterapia en la infancia y en la adolescencia. 1994; 54-9.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de psiquiatría. Ed Salvat, Barcelona, 1987.
3. Rausch C, Bay L. Anorexia nerviosa y bulimia. Ed Paidós, Buenos Aires, 1990.
4. Marcelli D, Braconnier A, Ajuriaguerra J. Manual de Psicopatología del adolescente. Ed Masson, Mèxic, 1986.
5. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of Psychiatry. American Psychiatric Press, Inc, Washington DC, 1991.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition. (DSM III). Ed Masson, París, 1980.
7. OMS Transtornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (ICD 10), Meditor, Madrid, 1992.
8. Selvini Palazzoli M. L'anorexia mentale. Ed Feltrinelli, Milà, 1963.
9. Selvini M (Comp). Crónica de una investigación. Ed Terapia Familiar, Buenos Aires, 1990.
10. Vaz Leal FJ, Salcedo MS, Alcaina T. Sobre la psicogénesis de la anorexia nerviosa: a propósito de un caso de discordancia en gemelas monocigóticas. Psiquiatría pública, 1994; 6(4): 209-13.
11. Lobo i cols. Cuestionario de salud mental de Goldberg. 1981.
12. Cattell RB. 16 PF, Cuestionario factorial de personalidad (adolescentes y adultos). TEA, Ediciones, Madrid, 1989.
13. Moos RH, Moos BS, Trickett EJ. Escala de clima social. TEA, Ediciones, Madrid, 1989.

Molina M, Quiles I, Tomas J. Estudi comparatiu de la personalitat dels pares i de la dinàmica familiar en l'anorèxia nerviosa. But Soc Cat Pediatr 1995; 55: 319-324.