

La construcción del Apego, la Cohesión Diádica y la Comunicación en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

*Lluís BOTELLA i GARCIA DEL CID
Núria GRAÑÓ i SOLÉ
Universitat Ramon Llull, Barcelona*

Resumen

Este trabajo presenta un estudio en que se comparan tres muestras de participantes (30 pacientes con un trastorno alimentario restrictivo, 30 con un trastorno alimentario compulsivo y 30 sin trastorno alimentario) en cuanto a su construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en sus familias. Los tres constructos fueron evaluados mediante una forma de Rejilla de Constructos Personales específicamente diseñada para ajustarse a los objetivos del estudio. Ninguno de los dos grupos con trastorno alimentario difirió el grupo control en sus puntuaciones de apego. Sin embargo, las puntuaciones medias del grupo con trastorno alimentario compulsivo fueron significativamente inferiores a las del grupo sin trastorno alimentario en las dimensiones de cohesión diádica y comunicación, aunque no en la de apego. En el trabajo se comentan estos resultados en términos de probables patrones diferenciales de negación y evitación de conflictos en ambos subtipos de trastorno alimentario.

Palabras clave: trastorno alimentario, cohesión diádica, comunicación, apego.

Abstract

This paper presents a study comparing three samples of participants (30 patients with a restrictive eating disorder; 30 with a compulsive eating disorder; and 30 without eating disorders) in terms of their construction of attachment, dyadic cohesion, and communication. The three constructs were assessed by means of a form of Personal Construct Grid specifically designed to accommodate our research aims. None of the two eating disordered groups differed from the non-disordered eating group in their scoring of attachment. However, the mean scores of the compulsive eating disorder group were significantly lower than the ones of the non-eating disorder group in dyadic cohesion and communication, but not in attachment. The paper discusses these results in terms of likely differential patterns of conflict denial and avoidance between both subtypes of eating disorder.

Key words: Eating Disorder, Dyadic Cohesion, Communication, Attachment.

Dirección de los autores: Departamento de Psicología, FPCEE Blanquerna, c/ Cister 24/34. 08022 Barcelona. *Correo electrónico:* lluisbg@blanquerna.url.edu

Recibido: enero 2008. *Aceptado:* abril 2008.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCAs) son manifestaciones extremas de una variedad de preocupaciones por el peso y por la comida experimentados por hombres y mujeres. La gran relevancia de estos trastornos está relacionada con dos factores, por una parte el aumento de su incidencia en los últimos años y por otra su gravedad y su compleja etiopatogenia. Los TCAs más importantes, justamente por la gravedad que comportan, son la *anorexia nerviosa* (AN) y la *bulimia nerviosa* (BN) que han sido objeto de multitud de estudios. No podemos dejar de mencionar los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE), que se refieren a los TCAs que no cumplen los criterios de la AN ni de la BN, así como la *vigorexia* (obsesión en torno al culto al cuerpo musculazo). Esta última aparentemente ha aumentado en los últimos años llegándose a postular como un TCA típicamente masculino.

A continuación revisaremos brevemente los estudios que abordan la relación entre los TCAs y los procesos familiares objeto de nuestro estudio y que aparecen con mayor frecuencia en la literatura científica (apego, cohesión familiar y comunicación). La cohesión diádica y la comunicación en las familias con pacientes con TCAs se encuentran a menudo incluidas en los mismos estudios como fruto de la influencia del *Modelo Circumplejo* de Olson (Olson *et al.*, 1983) que postula que las familias y parejas que manifiestan un equilibrio en las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación son más funcionales que las que no.

La relación entre cohesión diádica y TCAs fue analizada por McPherson-Martin (1996) en una muestra compuesta por 97 mujeres estudiantes de dos universidades de Estados Unidos y sus padres. Uno de los resultados obtenidos por este autor es parti-

cularmente relevante para nuestro estudio: la cohesión diádica, el conflicto y la adaptabilidad resultaban ser constructos más propios de cada díada padre-hija específica que aplicables globalmente. Otros resultados relevantes para nuestro estudio, en este caso procedentes de uno con 76 mujeres con TCA y sus madres, son los que obtuvieron Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y Tocilj (2005). Su estudio concluía que las pacientes con TCA percibían a sus familias como menos cohesivas y que la comunicación con sus madres estaba perjudicada; sin embargo, la percepción de las pacientes con AN restrictiva no se diferenciaba significativamente de la del grupo control. Según Vidovic *et al.*, la negación del conflicto en las pacientes con AN restrictiva, dada su dificultad para expresar sentimientos y hablar de las relaciones y muy especialmente de los conflictos (Dallos, 2004), puede ser la causa de su percepción favorable de la cohesión y comunicación familiar.

Uno de los indicadores de un alto grado de cohesión familiar es la sobreprotección; en este sentido Pakier (2003) partiendo de la base de que la dinámica familiar es el factor más importante en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, observó el vínculo entre jóvenes con TCA y sus padres y demostró que entre las puntuaciones del *Eating Disorders Inventory* (EDI) y la sobreprotección de los padres se daba una correlación positiva, así como una negativa entre las funciones de cuidado parental y el mismo inventario. Otros estudios suscitados ante la falta de autonomía de los pacientes con TCA han sugerido que las familias de estos pacientes no propician la independencia de sus hijos (León, Lucas, Colligan, Ferdinande y Kamp, 1985). En este sentido, Williams, Chamove y Millar (1990) compararon un grupo control de participantes sin patología con uno de pacientes psiquiátricos y un tercero de familias con mujeres con

TCA y demostraron que estas últimas eran las que menos promovían la independencia de la generación filial. Levine y Smolak (1992) encontraron que, como consecuencia de los trastornos en el proceso de individuación de estas pacientes, las mujeres con TCA de su muestra estaban significativamente menos individualizadas de sus padres que las de un grupo control sin patología.

Varios estudios se han centrado en los factores familiares de la AN concluyendo que el aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez de estos sistemas familiares promueven una baja tolerancia del sistema ante las crisis y por tanto dificultades en el afrontamiento y superación de éstas. Las características estructurales de dichas familias señalan a una elevada cohesión entre sus miembros y unos límites poco permeables con el exterior, cosa que dificulta tanto la superación de las crisis propias del sistema como la promoción del desarrollo de sus miembros. En este sentido una consecuencia negativa de esta dinámica familiar es que, ante la dificultad para afrontar los conflictos de forma abierta, la familia puede activar mecanismos de evitación, si bien estos funcionan de forma diferente en cada sistema familiar al estar determinados por la estructura y dinámica propias de cada familia. Así, que haya un miembro portador de síntomas de un trastorno alimentario puede indicar una dinámica de evitación, puesto que centrarse en el trastorno de uno de los miembros contribuye a mantener la negación de la necesidad de cambio del sistema familiar, ilustrando el tradicional concepto sistémico de homeostasis. Estas conductas comportan que los problemas queden sin resolver y que se mantengan los síntomas, cosa que representa una amenaza constante que mantiene activos dichos mecanismos.

En referencia a la relación entre la comunicación y los TCAs, Botta y Dumlao (2002)

analizaron cómo el conflicto y los patrones de comunicación entre padres e hijas contribuyen al desencadenamiento de los TCAs. Sus resultados indican que la habilidad para resolver conflictos y la comunicación abierta entre padres e hijas pueden contrarrestar la aparición del TCA y que una carencia de estas habilidades puede contribuir a aumentar las conductas propias de estos trastornos. Sin embargo el estudio observacional que realizaron van den Broucke, Vandereycken, y Vertommen (1995) sobre la comunicación conyugal en pacientes con TCA indica que, comparadas con el grupo control, las parejas con miembros con TCA no mostraban un mayor índice de desequilibrio entre marido y mujer en referencia a la emisión de mensajes positivos y negativos. También observaron, como señalábamos en referencia a un punto anterior, que estas diferencias entre las relaciones paterno-filiales y conyugales sugerían que las dificultades de comunicación son más comprensibles como constructo de la díada específica que como constructo global.

La literatura sobre apego y TCAs tiene un origen teórico diferente al sistémico clásico: la teoría del apego de Bowlby y sus posteriores desarrollos, probablemente debido a las notables dificultades de relación entre madres e hijas con TCAs encontradas en la práctica clínica con pacientes. El número de estudios que relacionan estos trastornos con alteraciones de la relación de apego es considerablemente más alto que los estudios que los relacionan con problemas de cohesión y comunicación. En su revisión de la literatura publicada hasta el año 2000, Ward, Ramsay y Treasure (2000) concluyeron que la mayoría de estudios indicaban que, independientemente del instrumento de evaluación empleado, los procesos de apego aparecían como anormales en la población con TCA. Con posterioridad a dicha revisión se han

publicado más de una docena de estudios que siguen confirmando esta idea.

Todos estos estudios indican que las mujeres con TCA manifiestan mayoritariamente patrones de apego inseguro (por ejemplo Roth y Armstrong, 1991; Cole-Detke y Kobak 1996). Por ejemplo, en un estudio realizado por Fonagy, Leigh, Steele *et al.* (1996) se demostró que el porcentaje de pacientes con TCA que tenían un estilo de apego inseguro ascendía al 64%. Gaato (1996) encontró correlaciones positivas significativas entre un vínculo de apego conflictivo y la existencia de un TCA, aunque no entre este trastorno y la separación psicológica (independencia de los padres). Más adelante, Troisi, Massaroni y Cuzzolaro (2005) a partir de un estudio con 78 mujeres con TCA corroboraron la relación entre estos trastornos y el apego inseguro, especialmente en referencia al proceso de individuación y a los síntomas de ansiedad de separación durante la infancia. Siguiendo esta línea, un estudio realizado por Tasca *et al.* (2006) con una muestra de mujeres con TCA sugiere que el apego inseguro puede conducir a la insatisfacción corporal (Troisi *et al.*, 2006) que puede llegar a desencadenar un TCA. En otras palabras, un apego inseguro puede ser un factor de vulnerabilidad para el desencadenamiento de estos trastornos. Teniendo en cuenta la revisión de estos estudios podemos concluir que un estilo de apego inseguro así como un pobre estímulo del crecimiento personal puede conducir a baja autoestima e insatisfacción corporal, lo cual puede llevar al desencadenamiento de un TCA.

En contra de esta conclusión, sin embargo, el estudio realizado de Delannes, Doyen, Cook-Darzens y Mouren (2006) con una muestra de jóvenes con AN no confirma la relación entre AN y apego inseguro, ni

tampoco la relación entre estilo de apego y funcionamiento familiar.

Otros estudios se centraron en encontrar qué aspecto de los patrones de apego inseguro tiene más relación con los TCAs. Mediante un análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas sobre la naturaleza y la calidad de las primeras experiencias de mujeres con TCA, Greenberg (2001) encontró que la mayor parte de ellas revelaban un patrón de apego ambivalente con sus madres, es decir, buscaban su proximidad y al mismo tiempo la rechazaban; asimismo Eckerd (2005) afirma que el apego ambivalente es el patrón de apego más relevante en los TCAs. Candelori y Ciocca (1998) manteniendo la idea de que hay una relación entre apego inseguro y TCAs, sugirieron la existencia de diferentes estilos inseguros en los casos de AN o BN. Por lo que respecta a estas diferencias, Ward *et al.* (2000) concluyeron que el estilo de apego puede estar relacionado con los diferentes subtipos de TCA diagnosticado. Las conclusiones de Noe (2001), por ejemplo, revelaron de forma estadísticamente significativa que las pacientes con AN son más evitativas en su estilo de apego y que las pacientes bulímicas tienden a tener un patrón de apego ansioso o preocupado. En esta línea, los estudios centrados en AN, relacionan este trastorno con un apego evitativo (Cole-Detke y Kobak, 1996; Fonagy *et al.*, 1996; Dallos, 2004). Por ejemplo, Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini y Treasure (2001) encontraron que en una muestra de chicas jóvenes con AN predominaba significativamente un estilo de apego evitativo con sus madre, evaluado mediante la *Entrevista de Apego Adulto* (AAI; George, Kaplan y May, 1996). Sin embargo, y evidenciando de nuevo la necesidad de ser prudente en la interpretación de estos resultados, se han publicado

varios estudios que no permiten concluir si el apego en la AN es evitativo o ambivalente (Cole-Detke y Kobak 1996).

La mayoría de los estudios revisados hasta ahora enfocan la cohesión diádica, la comunicación y el apego como patrones genéricos y objetivos (*versus* subjetivos y propios de díadas específicas) y, debido a esto, emplean instrumentos de evaluación que no tienen en cuenta la subjetividad ni las diferencias interindividuales en la estructura familiar. Así, la influencia del tamaño de la familia o de las relaciones entre los miembros de las díadas específicas quedan en segundo plano frente a las innegables ventajas de las pruebas psicométricas estandarizadas; en el caso de los estudios revisados que no utilizaron pruebas estandarizadas la metodología fue observacional. En este sentido, uno de nuestros objetivos fue analizar estas variables basándonos en cómo las construían los participantes en nuestro estudio.

Llegados a este punto, y habiendo revisado los conocimientos actuales sobre la conexión entre el funcionamiento del sistema familiar y los trastornos de la conducta alimentaria se presentará un estudio empírico que contrastó la correlación entre la construcción subjetiva del apego, la cohesión y la comunicación familiar de pacientes con diferentes tipos de TCA. Nuestro principal objetivo en este estudio fue investigar cómo por una parte las pacientes restrictivas y por otra las pacientes compulsivas construían la cohesión diádica, la comunicación y el apego entre las díadas de los miembros de su sistema familiar. En este caso, y teniendo en cuenta la carencia de estudios que evalúen las mismas variables que el nuestro y del mismo modo, la hipótesis nula que intentamos contrastar fue que, independientemente del tipo de trastorno alimentario, los participantes en el estudio utilizaban los constructos cohesión,

comunicación y apego de forma similar para evaluar las díadas a las que los aplicaban; es decir que no se daban diferencias significativas entre las puntuaciones otorgadas a las díadas incluidas en sus rejillas al utilizar estos constructos. Por lo tanto, partimos de la hipótesis de que no habría diferencias ni entre grupos de pacientes ni entre los constructos en referencia a su uso.

Más concretamente, nos interesamos por cómo los participantes construían la cohesión diádica, la comunicación y el apego en lugar de abordar estos procesos como conductas observables. También nos interesó aproximarnos a los tres constructos en el contexto de cada díada específica y no como constructos globales. Finalmente, otro objetivo del estudio fue adaptarnos a la diversidad intersubjetiva de la estructura y tamaño de la familia. Como detallaremos más adelante, estos objetivos nos llevaron a incorporar una forma personalizada de Rejilla de Constructos Personales y administrarla a tres grupos diferentes de participantes. Dos de ellos estuvieron formados por participantes con TCA: (a) participantes con TCA restrictivo (Grupo R) y (b) participantes con TCA compulsivo (Grupo C). El tercer grupo, que fue incorporado al estudio para aumentar el poder discriminativo de nuestros resultados a partir de la comparación con los otros dos, estaba formado por una muestra de participantes sin TCA (Grupo S).

Método

Participantes

Los participantes del Grupo R y del Grupo C fueron 60 voluntarios seleccionados de una muestra de pacientes con TCA que estaban recibiendo tratamiento médico

y psicológico en un centro especializado de Barcelona; 56 mujeres (91,7%) y cuatro hombres (6,7%), mediana de edad 21,32 (edad mínima 14, edad máxima 56 y DS 7,01).

Todos ellos habían desarrollado el TCA durante una parte significativa de su vida, que variaba desde dos años en la participante más joven a 30 años en la participante de más edad. Los pacientes de la muestra fueron tratados durante mayo de 2006 hasta agosto del mismo año; 30 iniciaron su proceso terapéutico en cualquier momento de esos cuatro meses (15 de ellos empezaban un tratamiento en régimen hospitalario y 15 en régimen de hospital de día) y 30 habían iniciado su tratamiento antes de este periodo de tiempo (15 recibían un tratamiento en régimen hospitalario y 15 en régimen de hospital de día).

Como hemos mencionado anteriormente, el Grupo R estaba formado por una muestra de participantes (N=30; 27 mujeres; edad media 21,3 máxima 56, mínima 14 y DS 2,5) con un TCA restrictivo. Los criterios de inclusión de este grupo fueron: (a) estar diagnosticados de un TCA en el momento del estudio y (b) evidencia de un comportamiento alimentario restrictivo documentado en los informes médicos del paciente.

El Grupo C estaba formado por una muestra de participantes (N=30; 29 mujeres; edad media 21,2, máxima 36, mínima 15 y DS 2,1) con un TCA compulsivo. Los criterios de inclusión de este grupo fueron: (a) estar diagnosticados de un TCA en el momento del estudio y (b) evidencia de un comportamiento alimentario compulsivo documentado en los informes médicos del paciente.

Los participantes del Grupo S eran una muestra (N=30; 22 mujeres; edad media 23,4, máxima 45, mínima 20 y DS 2,1) de estudiantes universitarias que se ofrecieron voluntariamente a participar en el estudio.

Los criterios de exclusión de este grupo fueron: (a) haber tenido un TCA o (b) un índice de masa corporal (IMC) inferior a 20.

Materiales y procedimiento

En este estudio utilizamos una adaptación de la *Rejilla de Constructos Personales* específicamente diseñada para nuestros objetivos: la *Rejilla de Comunicación Familiar, Cohesión Diádica y Apego* (CfCA). Esta Rejilla fue administrada de forma individual a los participantes siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Los elementos de la Rejilla fueron elicitados en el diálogo con los participantes mediante esta instrucción: *“Por favor, dime el nombre de las personas que tú consideres que forman tu familia”*, lo cual permitió que pudieran definir su familia teniendo en cuenta su tamaño y complejidad. Si los participantes nombraban una larga lista de miembros (incluyendo, por ejemplo, tíos o primos lejanos) se les pedía que seleccionaran aquellas personas con quienes tuvieran una relación más cotidiana puesto que el procedimiento se basa en la comparación por díadas y por lo tanto implica la necesidad de contacto entre ellos.
2. Después se pidió a los participantes que compararan cada díada formada por los miembros de la familia (cada posible combinación entre dos elementos) con cada uno de los constructos que previamente les mencionábamos y que formaban parte de la Rejilla CfCA: Comunicación, Cohesión y Apego. La parte común de la instrucción fue la siguiente: *“Por favor, define la relación entre estas dos personas según el grado en que estás de acuerdo con la siguiente afirmación”*.

Los constructos dados para evaluar las díadas fueron los siguientes:

“A y B hablan mucho, se cuentan todo lo que piensan y sienten, saben todo lo importante el uno del otro. Cuando hablan lo hacen de forma clara, transparente y sincera, sin engaños ni dobles sentidos o malas intenciones. Se comunican tan bien que a veces parece que se entienden sin palabras. No es que no discutan nunca, pero cuando lo hacen es muy claro que intentan conseguir entenderse mejor y cuando acaban la discusión las cosas han quedado claras, sin rencores ni sentimientos heridos.” (COM).

“A y B están siempre muy próximos emocionalmente, así que, cuando uno sufre, el otro también y cuando uno es feliz el otro también lo es. Se influyen mucho el uno al otro; siempre tienen la misma opinión hacia las cosas importantes y si no la tienen de entrada la acaban teniendo justamente por esta influencia que experimentan. Siempre que pueden hacen las cosas juntos, tanto si son cosas importantes como cosas aparentemente menores.” (COHD).

“La relación entre A y B se caracteriza por la protección y el cuidado. Uno de los dos (o los dos) saben que siempre pueden contra con el otro como base segura desde la que explorar el mundo que los rodea y que si pasa algo malo siempre podrán tener la seguridad de que el otro les hará sentir mejor haciendo lo posible para que estén bien”. (APE).

Estos constructos fueron formulados a partir de la traducción en un lenguaje lo más coloquial posible de las definiciones técnicas de *comunicación*, *cohesión diádica* y *apego* obtenidas a partir de la revisión de la literatura. Los participantes definían cada díada a partir de una puntuación de escala Likert, donde 0 significaba “nada de acuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. Obviamente, la simetría de estos constructos hacía que las puntuaciones AB y BA fueran idénticas, así que no las definían dos veces.

Resultados

La tabla 1 presenta las medias y las desviaciones típicas de las variables analizadas en este estudio: cohesión diádica, comunicación y apego.

La prueba de Kolmogorov-Smirnoff reveló que las tres construcciones se ajustaban a una distribución normal. Por lo tanto, utilizamos el ANOVA de factor único seguido de la prueba post-hoc de Tukey para encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. La primera prueba reveló que las puntuaciones de la cohesión

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de las variables consideradas en este estudio en cada uno de los tres grupos.

		COHD	COM	APE
Grupo R	Media	1,85	1,81	2,35
	DT	0,75	0,85	0,82
Grupo C	Media	1,64	1,61	2,41
	DT	0,75	0,76	0,96
Grupo S	Media	2,23	2,17	2,26
	DT	0,27	0,26	0,27

COHD: Cohesión diádica

COM: Comunicación

APE: Apego

diádica y la comunicación se diferenciaban en función de la conducta alimentaria restrictiva, compulsiva o no problemática: $F(2, 87)=6,54$; $p < 0,01$ para la cohesión diádica; y $F(2, 87)=5,28$; $p < 0,01$ para la comunicación. Sin embargo las puntuaciones del apego de los tres grupos no presentaban diferencias: $F(2, 87)=0,32$; $p=0,73$.

La prueba *post-hoc* de Tukey reveló que las puntuaciones del grupo C eran considerablemente inferiores a las puntuaciones del grupo S en referencia a cohesión diádica y comunicación ($p < 0,01$); ninguno de los otros contrastes específicos fueron significativos.

También nos interesaron las relaciones matemáticas entre las tres construcciones de cada grupo, así que calculamos los coeficientes de correlación de Pearson entre todos los pares de constructos (tabla 2). En este caso utilizamos las puntuaciones directas (no la puntuación media) porque de otra forma las relaciones de covarianza podrían quedar camufladas por la puntuación de la medida central estimada.

Como se puede observar en la tabla 2, todas las correlaciones fueron elevadas y estadísticamente significativas, sobre todo entre las construcciones del grupo S en que casi fueron de 1. El análisis factorial también confirmó la fuerte asociación entre los tres constructos de cada grupo; en particular en el grupo S. El porcentaje de variancia explicado

por el primer factor fue considerablemente alto en los tres grupos (83,25 % en el grupo R; 84,15 en el grupo C) y sobre todo en el grupo S (el 97,9 %).

Discusión

Como concluíamos a partir de la revisión de la literatura la mayoría de estudios hasta la fecha apuntan a que los patrones de apego, evaluados con cualquier método de medida, son anormales en la población de personas con TCA. Las conclusiones de nuestro estudio, sin embargo, indican que los dos grupos de TCA analizados no se diferencian del grupo de población no clínica en referencia a los patrones de apego. Aún así, nuestros resultados no demuestran que los patrones de apego de los participantes con TCA y sus sistemas familiares sean igual de funcionales que los del grupo control. El instrumento que utilizamos no evalúa la calidad del apego en sí mismo, sino su construcción subjetiva. En este sentido, es teóricamente posible que los patrones de apego de la muestra con TCA sean anormales (cómo apuntan los estudios revisados) aunque la construcción de los participantes no se diferencie de la del grupo control. Si partimos de esta idea basada en lo que nuestro estudio indica, se requeriría más investigación para estudiar el porqué de esta diferencia entre la construcción subjetiva de

Tabla 2. Coeficientes de Correlación de Pearson entre los pares de constructos.

	Cohesión Diádica			Comunicación			Apego		
	GRUPO			GRUPO			GRUPO		
	R	C	S	R	C	S	R	C	S
Cohesión Diádica	1	1	1						
Comunicación	0,75**	0,79**	0,97**	1	1	1			
Apego	0,72**	0,77**	0,97**	0,78**	0,72**	0,96**	1	1	1

** $p < 0,01$ (bilateral)

los pacientes con TCA y los resultados obtenidos a partir de la observación directa o de medidas directas de esta variable.

En este sentido, nuestros resultados indican que la construcción de la cohesión diádica y la comunicación entre los participantes del grupo R no se diferenciaba de la del grupo control. Una posible explicación sería la antes comentada tendencia de los pacientes con TCA a negar y evitar los conflictos interpersonales. Aún así, las puntuaciones del grupo C eran considerablemente inferiores a las del grupo S en referencia a estas dos variables, pero no por lo que respecta al apego. Esta diferencia del grupo C con el grupo R (por ejemplo, las participantes del grupo C eran más propensas a admitir problemas de comunicación y cohesión en sus sistemas familiares) es coherente con los resultados de los estudios de Vidovic *et al.* (2005), anteriormente comentados, en los que encontraron que la percepción de las pacientes con anorexia restrictiva no se diferenciaba de la de los grupos control en referencia a cohesión y comunicación.

Estos resultados sugieren que el modelo de negación de conflicto propio de las pacientes con TCA es más fuerte en las participantes del grupo R que en el grupo C: las pacientes restrictivas niegan y evitan cualquier problema en la cohesión, comunicación y patrón de apego simultáneamente (quizá como forma de evitar el conflicto que comportaría reconocer problemas interpersonales en un sistema familiar aglutinado) mientras que las participantes del grupo C sólo niegan la existencia de un patrón de apego anormal, admitiendo que la cohesión y la comunicación entre los miembros de su sistema familiar es más problemática que la de las participantes del grupo control. Una hipótesis para explicar estas diferencias podría ser que el componente cognitivo de la distorsión de la imagen

corporal encontrado en pacientes con TCA (por ejemplo, la insatisfacción corporal) es más alto en las pacientes compulsivas que en las restrictivas (ver el meta-análisis de Sepúlveda, J. Botella y León, 2004). Este alto grado de insatisfacción corporal en pacientes con TCA compulsivo se podría ampliar a otras áreas que van más allá de la imagen corporal, como las relaciones interpersonales.

Aún así esta hipótesis no explica porque este modelo no afecta a la construcción de los patrones de apego. Una explicación posible sería que las variables comunicación y cohesión son más fáciles de observar y autoevaluar que los patrones de apego. En este sentido, un modelo de apego problemático es casi invisible para las personas que lo experimentan puesto que no pueden ver otros que no hayan experimentado. En los estudios que utilizan la *Entrevista de Apego Adulto* las personas con apego inseguro describen a sus padres como “buenos padres” en general; por ejemplo, un adulto con un apego inseguro con su madre puede describirla como “una buena madre” basándose exclusivamente en que “me llevó a la mejor escuela y me compró muchas cosas”, a pesar de que esta descripción indica que hubo un patrón de apego inseguro-evitativo entre su madre y él.

Basándonos en los resultados de nuestro estudio, podríamos proponer para estudios futuros que el modelo de negación de conflicto relacional en sus dimensiones de cohesión y comunicación propio de los pacientes con TCA, concretamente de los pacientes con AN, actúa como factor de mantenimiento del propio trastorno. Específicamente, la no conciencia de la estructura y funcionamiento familiar disfuncional, inhibe la motivación para resolver esta potencial fuente de conflictos y a la vez la capacidad para hacerlo. Si esto es realmente así, cosa que haría falta comprobar y replicar en futuros estudios,

una intervención terapéutica coherente (individual, familiar o psicosocial) sería incrementar la conciencia de los posibles patrones relacionales problemáticos, desde luego sin culpabilizar a nadie, para poder enfrentar su reconstrucción.

Con respecto a la no conciencia de un patrón de apego inseguro, las implicaciones clínicas dependen de la interpretación que se haga de este resultado ambivalente. Si partimos de la base de que el apego es inseguro pero las pacientes con TCA lo niegan, entonces las implicaciones serían casi idénticas a las comentadas en el párrafo anterior. Aun así, es atrevido por nuestra parte partir de este supuesto (por mucho que la literatura lo valide), pues quizás en esta muestra en concreto esto no es así. Esta duda se podría resolver con un futuro estudio que correlacionara una medida observacional externa del apego con una medida subjetiva tal y como la que hemos usado en este caso.

En este sentido, pensamos que una implicación clínica de este estudio radica en la importancia de que durante el proceso psicoterapéutico de los casos con TCA haya un trabajo relacional y familiar, entre otras. Creemos necesario que en cualquier caso el terapeuta establezca una relación de apego correctora con el paciente de forma que este pueda cambiar su patrón relacional, para que este sea más adaptativo y funcional. Al mismo tiempo las conclusiones de nuestro estudio hacen aconsejable un abordaje familiar en que se trabajen los límites y los patrones comunicacionales; ya sea a nivel individual, de forma que el paciente tome conciencia de la disfuncionalidad familiar y que pueda gestionar su rol en el sistema, o bien a nivel familiar, de forma que se pueda modificar la estructura del sistema así como la manera de comunicarse para conseguir que la dinámica sea más funcional.

Referencias

- Botta, R. y Dumlao, R. (2002). How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health Communication, 14*(2), 199-219.
- Candelori, C. y Ciocca, A. (1998). Attachment and eating disorders. En P. Bria, A. Ciocca y S. De Risio (Eds.), *Psychotherapeutic issues on eating disorders. Models, methods, and results*. Roma: Società Editrice Universo.
- Cole-Detke, H. y Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 282-290.
- Dallos, R. (2004). Attachment narrative therapy: Integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy, 26*(1), 40-65.
- Delannes, S., Doyen, C., Cook-Darzens, S. y Mouren, M.C. (2006). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 164*, 565-572.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. y Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 22-31.
- Gaato, C. (1996). *Psychological separation and eating disorders*. Tesis Doctoral no publicada. Departamento de Psicología, Simon Fraser University, Burnaby, Canadá.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview (3rd Ed.)*.

- Manuscrito no publicado. Departamento de Psicología. University of California, Berkeley.
- Greenberg, D. (2001). *Attachment themes relevant to young women with eating disorders*. Tesis Doctoral no publicada.
- Levine, M.U. y Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. En J.H. Crowther, D.L. Tenenbaum, S.E. Hobfoll y M.A. Parris Stephens, (Eds.), *The Etiology of Bulimia Nervosa: The Individual and Familial Context* (págs. 59-80). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Leon, G.R, Lucas, A.R, Colligan, R.C, Ferdinande, R.J. y Kamp, J. (1985). Sexual, body-image, and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 245-57.
- Mcpherson-Martin, A. (1996). *Cohesion, conflict, and adaptability within family dyads and their relation to eating disorders*. Tesis Doctoral no publicada.
- Noe, S. (2001). *Attachment relationships and eating disorders: Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders?* Tesis Doctoral no publicada.
- Olson, D.H. y Gorall, D.M. (1983). Circumplex model of marital and family systems. En F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes (3rd Ed.)* (pags. 514-547). Nueva York: Guilford.
- Pakier, T. (2003). *The relationship between parental bonding and disordered eating patterns in a non-clinical adolescent population*. Tesis Doctoral no publicada. Pace University.
- Roth, D. y Armstrong, J. (1991). Perceptions of control over eating disorder and social behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 255-272.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2002). Body-image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6, 83-95.
- Tasca, G., Kowal, J., Balfour, L., Ritchie, K., Virley, B. y Bissada, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behavior*, 7, 252-257.
- Troisi, A., Massaroni, P. y Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89-97.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W. y Vertommen, H. (1995) Marital communication in eating disorder patients: A controlled observational study. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 1-21.
- Vidovic, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, y M., Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
- Ward, A., Ramsay, R. y Treasure, J. (2000) *Attachment research in eating disorders*. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedetini, M. y Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370-376.
- Williams, G., Chamove, A. y Millar, H. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 327-325.