

Relación familiar e indicadores clínicos asociados en Mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana

Karlidith Dámaris Rosas Hallasi

*Escuela Profesional de Psicología, Universidad Peruana Unión***

Recibido: 10 de enero de 2017

Aceptado: 10 de abril 2017

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación significativa entre relación familiar e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres de un centro terapéutico de Lima Metropolitana, en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2016. Este estudio fue de diseño no experimental, con corte trasversal y tipo correlacional. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional y el grupo de participantes quedó conformado por 16 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia). Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos, la Escala de Clima Social Familiar (FES) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI II). Los resultados indican que los indicadores clínicos bulimia y perfeccionismo se relacionan significativamente ($p < .05$) con la relación familiar. En cuanto a los demás indicadores: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, no se halló relación significativa. Por lo tanto, se concluye que la deficiente relación familiar de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tiene relación significativa con los indicadores clínicos bulimia y perfeccionismo.

Palabras clave: Relación familiar, trastornos de la conducta alimentaria, indicadores clínicos.

Abstract

This study aimed to determine the significant relationship between family relationship and associated with eating disorder in women of a therapeutic center of Lima, in the period from March to August 2016. Clinical indicators This study design was not experimental, with crosscut and correlational. Probabilistic sampling was not intentional type and quedo group of participants comprised 16 patients with eating disorder (anorexia and bulimia). two instruments, the Family Social Climate Scale (FES) and the Inventory of eating disorder (EDI II) was used for data collection. The results indicate that clinical indicators bulimia and perfectionism are significantly related ($p < .05$) with the family relationship. As for the other indicators: obsession with thinness, body dissatisfaction, inefficiency, interpersonal distrust, interoceptive awareness, fear of maturity, asceticism, impulsivity and social insecurity, no significant relationship was found. Therefore, it is concluded that poor family relationship of women with eating behavior disorders dela has significant relationship with perfectionism bulimia and clinical indicators.

Keywords: Family Relationship, eating disorder, clinical indicators.

INTRODUCCIÓN

** Correspondencia al autor

E-mail: investigacion@upeu.edu.pe

Introducción

Comer es una necesidad primaria que todos los seres requieren para vivir. En relación a ello, Ortiz (2012) señala que los alimentos se componen de nutrientes y de significaciones; por ende, su función no es solo fisiológica, sino social ya que se come también para compartir experiencias personales, ideas y preferencias con los demás; de manera que cada individuo decide lo que es comestible y no comestible, lo que prefiere y no prefiere, lo que tolera y lo que rechaza. Así, el ser humano aprende y se acostumbra a escoger y a jerarquizar los alimentos siendo selectivo en la decisión de comer o no comer a partir de su condición individual. No obstante, Fassino, Daga, Pieró y Delsedime (2007) mencionan que si estas conductas van acompañadas de patrones psicológicos distorsionados que obedecen a impulsos psíquicos, actos como el comer o no hacerlo, se llamarían trastornos de la conducta alimentaria, que según Hernández y Gracia-Arnaíz (2005) son alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos.

En la actualidad, la incidencia de estos trastornos ha ido aumentando a nivel mundial situándose como uno de los problemas de salud más importantes de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas, como por las muertes que ocasiona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011); entre los años 1990 a 2005 el número de pacientes se había multiplicado por 10, estimando que un 3% de las niñas, adolescentes y jóvenes presentaban anorexia o bulimia y un 6% padecían variantes clínicos importantes (Cervera, 2005). Además, Hudson et al. (2007) encontraron que aproximadamente 20 millones de mujeres y 10 millones de varones en los Estados Unidos de Norteamérica tienen un trastorno de la conducta alimentaria clínicamente significativo en algún momento de sus vidas.

Sin embargo, los países latinoamericanos no han sido ajenos a esta problemática cada vez más creciente. Un estudio en Argentina muestra que la incidencia de trastornos de alimentación es 3 veces mayor que el de Estados Unidos y que el 8% de las adolescentes argentinas padece de anorexia o bulimia, en tanto, el 2% de los hombres argentinos padecen estos mismos trastornos (Colombo, 2007). En nuestro país Cutipé (2014) menciona que en el año 2013 los casos de trastornos alimenticios en general llegaron a 2,258 de los cuales 743 fueron anorexia y 395 bulimia, a su vez informó que en lo que iba de enero a junio del 2014 se presentaron 1,062 casos, siendo 332 pacientes anoréxicos y 185 bulímicos; así mismo reportó que las regiones con más casos de trastornos alimenticios atendidos son Lima (334), Junín (81), La libertad (58) y Arequipa (54). Finalmente, en Lima Metropolitana el equipo multidisciplinario de Servicio de Pediatría del Hospital III Suárez Angamos de la Red Asistencial Rebagliatti de EsSalud reportó en el año 2015 que el 12% de la población asegurada tiene patologías que están relacionadas en mayor incidencia con problemas de salud mental, sedentarismo y trastornos de la conducta alimentaria. Todo esto sitúa a la bulimia y anorexia como las alteraciones más comunes.

En cuanto a los indicadores que se vinculan con estos trastornos, Tejeda y Neyra (2015) mencionan que el modo de alimentarse, las preferencias y los rechazos que se dan en la anorexia y bulimia, se encuentran asociados a pensamientos rígidos, autoexigencia, inseguridad, baja autoestima, temores y miedos que se aprenden desde los primeros años de vida en el grupo familiar, que según menciona Vallardes (2008), es el grupo que más influye en la formación de la personalidad puesto que en ella se

adquieren creencias, temores y criterios de riesgo que condicionan las actitudes de una persona. Esta influencia se da cuando los miembros de una familia interactúan entre sí, a esta actividad Moos y Trickett (1997) la llaman relación familiar definiéndola como el conjunto de interacciones que permiten la unidad de la familia, que usa la comunicación expresiva y libre para una adecuada resolución de conflictos y que intervienen potencialmente en el crecimiento y desarrollo de la personalidad de los miembros. García (2002) agrega que el entorno generado por estas interacciones influye también en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

Borrego (2010) reafirma esta teoría a través de una investigación correlacional entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en 355 mujeres de la Universidad César Vallejo de Trujillo. Da conocer que el 27% de la población estudiada se encuentra en una categoría de alto riesgo psicológico y que el 26% de mujeres se encuentra en la categoría de alto riesgo familiar. A su vez, esta investigación reafirma lo postulado por Vandereyken, Castro y Vanderlinden (1999) quienes determinaron que los trastornos de alimentación no son individuales, sino familiares.

En cuanto a las teorías que respaldan las variables de estudio y su relación, se encuentran, por un lado, la teoría del clima social familiar de Moos (1996) que se origina a partir de la psicología ambiental la cual es una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo; la psicología ambiental menciona que no solo los escenarios físicos afectan la vida de las personas sino que los individuos también influyen activamente sobre el ambiente (Holahan, 1996; citado en Kemper, 2000). En este sentido Moos (1996) propone que el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo porque actúa como formador del comportamiento humano y contempla una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas que influyen significativamente sobre el desarrollo del individuo. Siguiendo esta postura Fairlie y Frisancho, (1998) mencionan que cada miembro de la familia interactúa, se vincula y comunica en un ambiente organizado y estructurado, demostrando y actuando de acuerdo a ideas y conocimientos aprendidos mediante las interacciones que se dan en un espacio físico que suele ser el hogar. Finalmente Moos y Trickett (1997) proponen el nombre de relaciones a aquellas interacciones que se dan en la familia, agregando que una Buena relación en la familia es aquella que usan la comunicación expresiva y libre para una adecuada resolución de conflictos a demás de mantener la unidad entre los miembros de manera que se intervenga potencialmente en el crecimiento y desarrollo de la personalidad de los miembros.

Dentro de las relaciones familiares se encuentra la expresividad, conflicto y cohesión; entendiendo la primera como la facultad de comunicar un mensaje a través de cualquier tipo de lenguaje Lopez (2013); la segunda como una consecuencia asociada a determinadas circunstancias, decisiones o la percepción de algunos impulsos incontrolados e inevitables que se generan a menudo por el estrés y que ocasionan situaciones problemáticas dentro de las relaciones familiares, por lo que es funcional en el sentido de que indica incompatibilidad, a su vez, el conflicto, también cumple una función constructiva cuando tiene lugar en condiciones intersubjetivas de confianza e intimidad lo cual hace que un conflicto sea positivo (Jackson et al. 1996) y finalmente la cohesión que es el vínculo emocional entre los miembros de la familia, que promueve la capacidad para resolver ciertos problemas. (González et al., 2003).

En relación a los trastornos de la conducta alimentaria, Garfinkel y Garner (1998) proponen que todas las teorías relacionadas que las sustentan, son factores de riesgo que actúan como elementos predisponentes que pueden desencadenar un tipo de trastorno de la conducta alimentaria dependiendo de la personalidad, el contexto sociocultural y la familia de la persona, siendo esta última el lugar donde se forma el carácter, el grado de madurez, y a la vez, se transmite protección, compañía y seguridad mediante las relaciones familiares (Gonzales y Pereda, 2006). Lo mencionado, cobra sentido cuando se examinan las dimensiones que sobredeterminan los trastornos de la conducta alimentaria propuestas por García-Camba (2001) entre las cuales se encuentra la dimensión familiar. Los autores señalan que en las familias con trastornos de la conducta alimentaria la necesidad de relacionarse entre sí es tan intensa que las diferencias adquiridas en el mundo exterior no son incorporadas al grupo familiar o son neutralizadas con distintos mecanismos; además, los hijos y los padres no pueden renegociar el equilibrio cercanía-distancia, de derechos-obligaciones diferentes.

Es así que las relaciones familiares se encuentran relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria no porque sea uno de los factores predisponentes sino porque tanto en la anorexia como en la bulimia la familia es el engranaje del comienzo de la patología, además, es el escenario donde con mayor asiduidad se desarrollan los hechos, y es el mejor elemento si se sabe gestionar bien su ayuda, para caminar hacia la curación de los enfermos (Schütze, 1983).

En el distrito de Miraflores de Lima Metropolitana se ubica un centro psicológico terapéutico especializado en trastornos de la conducta alimentaria, en este lugar participan personas con este diagnóstico en su mayoría mujeres de todas las edades quienes han manifestado la importancia del entorno familiar para su recuperación. Por otro lado, en entrevista los administrativos de este centro, se realizó un acuerdo acerca de la necesidad de abordar la investigación acerca de las relaciones familiares anteriormente descritos, ya que estos aspectos familiares, ya que estos resultados estadísticos servirán para conocer la condición de las familias, y hacer posibles propuestas de mejoramiento

Método

Se realizó una investigación no experimental de corte transversal, dado que se escogió la información en un momento determinado y sin manipulación de las variables. Además, es de tipo descriptivo-correlacional, puesto que se realizó la descripción de cada variable para después comparar, examinar y finalmente interpretar los mismos. La población elegida fueron mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, que participan de terapia psicológica especializada para estos trastornos de Lima Metropolitana de las cuáles participaron 16 pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

El instrumento de medición para la variable relación familiar ha sido construido por Moos y Trickett en el año 1997 con el nombre de Escala de Clima Social Familiar (FES). Esta escala pretende conocer y evaluar el ambiente familiar basándose en la evaluación de las relaciones, desarrollo y estabilidad. Se presentan 90 ítems en total y 27 ítems para la subescala relaciones.

El instrumento ha sido validado por Santos (2012) en alumnos de una institución educativa del Callao. Para su estandarización se usó el coeficiente de Alfa de Cronbach ($=.9977$), así mismo se obtuvo una validez de $.785$.

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI – 2) fue creado por David M. Garner, Ph.D. y adaptado por Guerrero en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana en el año 2008. Este instrumento de auto-reporte, evalúa características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimentarios. Consta de 91 afirmaciones con alternativas de respuesta en formato Lickert de 6 puntos, yendo de nunca a siempre. A su vez, estas afirmaciones están basadas en los factores personal, social y el corporal agrupándose en once subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. La primera, la segunda y la sexta escalas se encuentran conformadas por siete ítems cada una; la tercera por nueve; la cuarta y la séptima por diez; la quinta por seis; la octava, novena y undécima por ocho; y la décima por once.

Resultados

En la tabla 1 se observa que 14 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria describen su relación familiar como deficiente. De manera similar se aprecia en la expresividad (87.5%) y la cohesión (93.8%), indicando que los miembros de la familia carecen de expresión de afecto y apego emocional, los sentimientos de unión no están definidos sentimientos por lo que no se compenetran entre sí. En cuanto al conflicto, se observa que se encuentra en un nivel alto (87,5%), esto quiere decir que la manera de resolver las situaciones conflictivas y la expresión de cólera y agresividad son inadecuados. No obstante, aunque minoritario, se observa que el 12.5% de pacientes sitúan su relación familiar a un nivel moderado, percibiendo que existe cierto grado de expresión directa de sentimientos, apoyo entre los miembros de la familia e interacción conflictiva adecuada.

Tabla 1
Nivel de relación familiar en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

| | Alto | | Moderado | | Deficiente | |
|-------------------|------|-------|----------|-------|------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Relación familiar | 0 | 0,0% | 2 | 12,5% | 14 | 87,5% |
| Cohesión | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | 15 | 93,8% |
| Expresividad | 0 | 0,0% | 2 | 12,5% | 14 | 87,5% |
| Conflicto | 14 | 87,5% | 2 | 12,5% | 0 | 0,0% |

Nivel de presencia de factores de trastornos de la conducta alimentaria

En la tabla 2 se aprecia que en relación a las actitudes y conductas que caracterizan a los trastornos de la conducta alimentaria, el 56,3% no están de acuerdo con la forma de su cuerpo, de manera similar; el 43,8% de pacientes manifiestan un impulso moderado a estar más delgadas, mientras que en la bulimia se observa que las pacientes muestran la presencia de pensamientos de comida incontrolables en un nivel bajo (68,8%). En relación a los rasgos psicológicos que se relacionan con estos trastornos, se observa que las pacientes manifiestan ideas perfeccionistas en un nivel

moderado (62,5%) indicando que sus resultados personales deben ser mejores y aceptando sólo niveles de rendimiento personal excelentes; en cuanto a la ineffectividad el 56,3% poseen una incapacidad moderada para controlar sus propias vidas, de igual forma se observa en el ascetismo (56,3%) manifestando cierta búsqueda de la virtud a través de la espiritualidad y el control de las necesidades corporales; se observa que las creencias sobre sus relaciones sociales son tensas, inseguras, insatisfactorias y de escasa calidad manifestando un nivel moderado (56,3%) en su inseguridad social, de manera similar se percibe que el 50% manifiesta desconfianza interpersonal, es decir, que tienen un desinterés por establecer relaciones íntimas mostrando dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Por otro lado, existe un grupo importante que se encuentra en un nivel alto (56,3%) en relación al miedo a la madurez, lo que indica un deseo de volver a la seguridad de la infancia; lo mismo se puede percibir en la impulsividad (50%) presenciando un nivel alto en la dificultad para regular impulsos y una destrucción de las relaciones interpersonales; de igual forma el 50% manifiestan alta dificultad para identificar ciertas sensaciones relacionadas al hambre y la saciedad y también para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales.

Tabla 2

Nivel de presencia de indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

| | Alto | | Moderado | | Bajo | |
|---------------------------------|------|-------|----------|-------|------|-------|
| | N | % | n | % | N | % |
| Obsesión por a la delgadez (DT) | 6 | 37,5% | 7 | 43,8% | 3 | 18,8% |
| Bulimia (B) | 1 | 6,3% | 4 | 25,0% | 11 | 68,8% |
| Insatisfacción Corporal BD | 5 | 31,3% | 9 | 56,3% | 2 | 12,5% |
| Ineffectividad (I) | 3 | 18,8% | 9 | 56,3% | 4 | 25,0 |
| Perfeccionismo (P) | 1 | 6,3% | 10 | 62,5% | 5 | 31,3% |
| Desconfianza Interpersonal (ID) | 2 | 12,5% | 8 | 50,0% | 6 | 37,5% |
| Conciencia Interoceptiva (IA) | 8 | 50,0% | 7 | 43,8% | 1 | 6,3% |
| Miedo a la Madurez (MF) | 9 | 56,3% | 4 | 25,0% | 3 | 18,8% |
| Ascetismo (A) | 3 | 18,8% | 9 | 56,3% | 4 | 25,0% |
| Impulsividad (IR) | 8 | 50,0% | 2 | 12,5% | 6 | 37,5% |
| Inseguridad Social (SI) | 2 | 12,5% | 9 | 56,3% | 5 | 31,3% |

Asociación entre relación familiar y trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a la asociación entre la relación familiar y los trastornos de la conducta alimentaria, la tabla 3 muestra que para los factores relacionados a las actitudes y conductas de estos trastornos, la correlación es directa. Se percibe además, que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 3,302 en el caso de insatisfacción corporal (BD), 2,939 para obsesión por la delgadez (DT) y 7,688 en bulimia (B), siendo ésta última la única característica que tiene asociación significativa con el nivel de relación familiar ($p > .05$). En caso de las características psicológicas de estos trastornos; se aprecia, además, que el valor 1,778 es igual para ineffectividad, miedo a la madurez y ascetismo; en cuanto a conciencia interoceptiva e impulsividad, ambas poseen un valor de 2,286; para inseguridad social el valor obtenido es de ,559 y 3,429 para desconfianza interpersonal; esto quiere decir que estos rasgos psicológicos no están asociados significativamente con el nivel de relación familiar; no es así en perfeccionismo que según el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 7,771 con una probabilidad asociada de .021 mostrando una asociación significativa con el nivel de relación familiar ($p > .05$) de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

Distribución probabilística de chi-cuadrado de Pearson.

| | Valor | gl | P |
|---------------------------------|-------|----|------|
| Obsesión por la delgadez (DT) | 2,939 | 2 | ,230 |
| Bulimia (B) | 7,688 | 2 | ,021 |
| Insatisfacción Corporal BD | 3,302 | 2 | ,192 |
| Inefectividad (I) | 1,778 | 2 | ,411 |
| Perfeccionismo (P) | 7,771 | 2 | ,021 |
| Desconfianza Interpersonal (ID) | 3,429 | 2 | ,180 |
| Conciencia Interoceptiva (IA) | 2,286 | 2 | ,319 |
| Miedo a la Madurez (MF) | 1,778 | 2 | ,411 |
| Ascentismo (A) | 1,778 | 2 | ,411 |
| Impulsividad (IR) | 2,286 | 2 | ,319 |
| Inseguridad Social (SI) | ,559 | 2 | ,756 |

1. Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016. La relación familiar se analizó usando la Escala de Clima Social Familiar (FES). Mientras que los indicadores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria fueron analizados mediante el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) obteniendo que:

Se rechaza la primera hipótesis específica, puesto que no se encontró asociación significativa ($p < .05$) entre relación familiar y obsesión por la delgadez. En este sentido, Cook-Darzens et al. (2005) mencionan que la búsqueda incesante de la delgadez está más bien relacionada con los tipos de funcionamiento de las familias. En ese sentido Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y Tocilj (2005) añaden que la percepción del funcionamiento familiar es diferente en sujetos con anorexia y bulimia, puesto que las primeras describen a sus familias como cohesivas y organizadas y las segundas como más conflictivas y menos cohesionadas. Por otro lado, para Ruiz, Vázquez, Mancilla y Trujillo (2010) más que la relación familiar, son las creencias y conductas que transmiten las madres acerca de la belleza, la delgadez, los hábitos alimentarios y la admiración hacia personas que cuidan extremadamente su peso y su apariencia física, lo que fomenta la creencia de que las personas delgadas son más aceptadas y exitosas en la vida. Los autores también hacen hincapié en que la obsesión por la delgadez, está relacionado a los medios de comunicación, las burlas de grupos de compañeros y los amigos que realizan dietas frecuentemente. Finalmente, dentro de los la perspectiva de los modelos socioculturales, Vásquez et al. (2000) plantean que los modelos estéticos de extrema delgadez, los mensajes publicitarios y la promoción de productos para adelgazar son los factores socioculturales que tienen relación estrecha con la presencia de los pensamientos referentes a un cuerpo delgado y la búsqueda de una figura esbelta. Todo ello explica por qué la relación familiar no está asociado con la obsesión por la delgadez puesto que existen otros factores socioculturales y familiares que repercuten en el desarrollo de estos pensamientos obsesivos.

Con respecto a la segunda hipótesis específica, se encontró que existe asociación significativa entre la relación familiar y la bulimia ($p < .05$), es decir, que la alta

conflictividad, deficiente expresividad y baja cohesión, están vinculadas a la existencia de pensamientos o actos de comer en exceso de manera incontrolada. Esta relación se puede explicar desde dos perspectivas; la primera está asociada con la relación familiar propiamente dicha y la segunda con las acciones y hábitos frente a la comida, peso y cuerpo producto del aprendizaje que se obtiene de la familia. Bajo la primera perspectiva, el distanciamiento padre hija, la relación poco afectuosa entre madre e hija, padres ofensivos, peleas en la familia, violencia verbal y física, además, de una disciplina impositiva y punitiva desencadenan trastornos de la conducta alimentaria (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006; Pezúa, 2012; Gonzales y Pereda, 2006). Ruiz-Martínez et al. (2010) coinciden con estos autores agregando que la falta de integración y apoyo en las relaciones familiares también están relacionados con estos trastornos. La segunda perspectiva propuesta, hace hincapié en las acciones y hábitos frente a la comida, peso y cuerpo, producto del aprendizaje que se da a través de las relaciones familiares, donde Ortiz (2012) afirma que una atmósfera familiar tensa afecta, entre muchos aspectos, los momentos sociales de la familia (momentos de comida), al acto de comer y el modo de alimentarse, siendo la madre la principal responsable en transmitir estas conductas, instaurando preferencias o rechazos a ciertos alimentos y creando patrones de alimentación que pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria en sus hijos. Domínguez, Olivares y Santos (2003) refuerzan este apartado al mencionar que la relación madre hija es fundamental en la transmisión de hábitos y pautas que potencian o no el riesgo de desarrollar estos trastornos, por lo que la bulimia está asociado tanto con la relación familiar y con lo que su interacción genera. Finalmente, Álvarez (2014) agrega que los actos de la bulimia serían una manera de expresar la frustración, tristeza, y desconformidad con entorno familiar y las relaciones entre los miembros de la misma.

La tercera hipótesis específica se rechaza puesto que no se encontró relación significativa ($p < .05$) entre relación familiar e insatisfacción corporal. Esto evidencia que independientemente del nivel de relación familiar (sea deficiente o buena), los pensamientos de insatisfacción corporal pueden estar presentes debido a que hay otros factores que están más relacionados con la perturbación de la imagen corporal; entre ellos, los factores predisponentes, tales como el sexo, la genética, los antecedentes familiares, las características de personalidad, etc., que según Colombo (2006) tienen una asociación más cercana con pensamientos de insatisfacción corporal debido a que los actores biológicos, psicológicos, sociales y culturales intervienen en la aparición y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (March et al. 2006). En este sentido, los cambios biológicos que se relacionan con estos pensamientos de insatisfacción van acompañados de una distorsionada percepción del cuerpo (Noceloni, 2013), Panzitta et al. (2009) respalda esta idea y argumenta que estas ideas surgen por querer tener la aprobación social y éxito personal. Raich (1994), sin embargo, acuña que la insatisfacción de la imagen corporal está relacionada con el contexto crítico evolutivo que transitan las mujeres en una etapa adolescente, donde deberían adecuarse a un nuevo cuerpo, a nuevos valores, a nuevas expectativas y proyectos. En cuanto a la familia, los estilos parentales autoritario e indulgente están relacionados al desarrollo de la insatisfacción corporal (Fuentes, 2015).

Se rechaza la cuarta hipótesis específica, dado que no se encontró asociación significativa ($p < .05$) entre relación familiar e ineficacia; indicando que la deficiente relación entre los miembros de la familia no repercute en los pensamientos y sentimientos de ineficacia que se caracteriza por la incapacidad general, la inseguridad, el vacío, el autodesprecio y la falta de control sobre la propia vida (Garner, 1998). Por

lo expuesto, se percibe que tales características no están relacionadas con la relación familiar, sino más bien con la prevalencia de abuso emocional en la infancia como las alteraciones en la relación madre-hija causadas por estresores, trastornos mentales u otras enfermedades que interrumpen el proceso de desarrollo del autoconcepto (Goodsitt, 1997). En este sentido el abuso emocional en la infancia es un factor predictor de inestabilidad afectiva y sentimientos de ineficacia personal que influye en la severidad de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria e impacta la autoestima y la capacidad de regulación emocional (Groleau et al., 2011) por lo que un **bajo nivel de autoestima o los sentimientos de ineficacia pueden anteceder niveles más altos de anorexia y bulimia** (Joiner y Kashubeck, 1996) así como actitudes autocríticas e impulsividad (Steiger, Puentes y Leung, 1991). Es evidente entonces, que la autoestima cumple un rol mediador entre la relación familiar y la ineficacia. Por otro lado, Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2008) encuentran que la ineficacia está relacionada con otros constructos como insatisfacción corporal, perfeccionismo, timidez, falta de asertividad, consciencia introceptiva (alexitimia), abuso de laxantes y sustancias, dieta, ejercicio físico, sintomatología obsesivo-compulsiva, baja autoestima, insatisfacción corporal, estrés y con la severidad de estos trastornos, concluyendo que esta puede considerarse un factor predisponente, perpetuante para el pronóstico de los mismos.

Según los resultados obtenidos, en la quinta hipótesis específica se encontró que existe asociación significativa entre la relación familiar y perfeccionismo ($p < .05$) lo que explica que las conductas perfeccionistas están relacionadas con las críticas paternas que son una forma de expresar y que por lo general se dan en situaciones conflictivas (Mancilla-Díaz, Arévalo, López-Aguilar y Álvarez-Rayón, 2005). Por otro lado, Mougán, (2008) menciona que una idea perfeccionista está fuertemente vinculado con la autoexigencia del logro de fines que es una característica que se desarrolla desde edad temprana. Por lo expuesto la explicación de este apartado radica en dos explicaciones: en primer lugar; las personas con trastornos de la conducta alimentaria han desarrollado características perfeccionistas de personalidad desde la infancia a través de interacciones familiares; y en segundo lugar, los conflictos familiares son los momentos en que los padres se expresan mediante críticas a hijos que pueden llegar a sobre exigirse el doble (se autoexigen y los exigen).

En caso de la sexta hipótesis, no se encontró asociación significativa entre relación familiar y desconfianza interpersonal ($p < .05$), este resultado es similar a la última hipótesis en donde tampoco se encontró asociación significativa entre relación familiar inseguridad social ($p < .05$). Lo que une a ambos resultados es el factor social ya que en el primer caso hay un desinterés por establecer relaciones sociales y a la vez la necesidad de mantenerse alejado del medio social (rasgo psicológico de estos trastornos); y en el segundo caso, la creencia de que las relaciones sociales son insatisfactorias y de escasa calidad (Garner 1998) concluyendo que ambos constructos son utilizados bajo un mismo común denominador llamado la incapacidad para relacionarse eficaz o hábilmente con los demás (García, 1993). En este sentido tanto la desconfianza interpersonal como la inseguridad social son disfunciones sociales causadas por los trastornos de la conducta alimentaria (Vargas, 2013) debido a que estos trastornos tienen como característica la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia con el objetivo de realizar conductas propias de la enfermedad (Garner, 1998).

La séptima hipótesis, no posee asociación significativa ($p < .05$) rechazando la existencia de algún vínculo entre la relación familiar y conciencia interoceptiva, entendiendo esta última como la dificultad para reconocer y responder adecuadamente a

los estados emocionales propios, así como la inseguridad para identificar sensaciones relacionadas al hambre y la saciedad (Garner, 1998). En este sentido, se posiciona a la conciencia interoceptiva dentro de la dimensión individual de los trastornos de la conducta alimentaria que está vinculado con lo interno de una persona (sus pensamientos y sentimiento) o intrapersonal (García-Camba, 2001). Morandé, Celada y Casas (1999), en su estudio, encontraron que las personas con trastornos de la conducta alimentaria tenían mayor identificación interoceptiva. Es así que este indicador es propio de estos trastornos, asociándose al ambiente familiar primero en que si la madre siente y sufre en silencio, los hijos no aprenden a reconocer y expresar sus sentimientos; segundo, existe una privación del vínculo de apego seguro en la infancia (niñeras que no favorecieron un vínculo seguro), esto quiere decir que la ausencia de los padres durante los primeros años de desarrollo del niño, pueden generar dificultades en cuanto a la conciencia interoceptiva (Selvini et al., 1999). Desde ésta perspectiva es que se puede encontrar alguna asociación entre familia y conciencia interoceptiva ya que no se encontraron investigaciones descriptivas ni de relación de ésta última.

Por otro lado, la octava hipótesis específica muestra que no existe asociación significativa entre relación familiar y miedo a la madurez ($p < .05$). Para este resultado, se pretende dar una explicación al porqué de esta cuestión partiendo del análisis teórico de ambos constructos. En primer lugar se encontró que no es la relación familiar sino la unidad funcional la que determina el grado de madurez de los hijos (Pereda, 2006). En segundo lugar, los factores que pertenecen al constructo miedo a la madurez tales como el ayuno que busca evitar la madurez psicobiológica, la regresión que genera alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares y la percepción de sentirse más joven al experimentar pérdidas de peso extremas (Garner 1998), están vinculados tanto a temores y miedos que se aprenden y surgen en el grupo familiar y la sociedad (Tejeda y Neyra, 2015) y a creencias irracionales propias de estas personas que se desarrollaron, posiblemente producto de padres sobreprotectores que de alguna manera demuestran las dificultades de la vida adulta más que una etapa por la cual todo ser humano atraviesa, imposibilitando el desarrollo emocional de sus hijos (Herrera, 2012). Partiendo desde estas dos explicaciones es que se da a entender la inexistencia de relación en vista de no encontrar estudios relacionados al miedo a la madurez.

En relación a la novena hipótesis, no se encontró asociación significativa entre relación familiar y ascetismo ($p < .05$), entendiéndose esta última como la tendencia a buscar virtud por medio de ideales espirituales, entre ellos la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades (Garner, 1998); por su parte, los niveles de ira, agresividad, impulsos autodestructivos, mayor frecuencia de conductas purgativas y facetas de personalidad tales como perfeccionismo y miedo a la madurez si se asocian significativamente con el ascetismo (Fassino et al., 2006). No obstante, Behar y Arancibia (2015) mencionan que desde inicios de la historia, el ascetismo sostiene una profunda relación con la espiritualidad debido a las prácticas voluntarias de abstinencia a los placeres sensoriales y físicos; la espiritualidad, a su vez se relaciona con las necesidades humanas, como la búsqueda de sentido, la voluntad de vivir y la necesidad de tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios; de esta manera las prácticas abstinentes de espiritualidad están ligadas a la sexualidad y al comer y el comer ligada al ayuno, desnutrición, automutilación, alucinaciones visionarias y autonegación de cualquier deseo como búsqueda purificación o penitencia (Hulime-Dickens, 2000). En este contexto, la asociación entre ascetismo y familia se encontraría en que: si la familia es el lugar donde se adquieren creencias entre ellas las creencias religiosas (Vallardes, 2008) y por otro lado, el modelo ecológico de los trastornos de la conducta alimentaria,

propone que la alimentación está vinculada con el sistema de creencias y valores según (Contreras, 2007), entonces la relación se centraría en que las creencias de la familia generan la búsqueda de ideales espirituales mediante pensamientos de purificación o abstinencia o en otros factores tales como temperamento rabioso y rasgos de inmadurez (Katzman, 1997) y con las conductas purgativas como acto compensatorio (Abbate, Pieró, Gramaglia y Fassino, 2005). Finalmente, es importante recalcar que el presente estudio sólo usó la dimensión relación del clima social propuesta por Moos (1996) por lo que es posible que exista una relación significativa entre ascetismo y la sub escala moralidad religiosidad de la dimensión desarrollo.

La décima hipótesis específica en la cual se plantea una posible asociación entre relación familiar e impulsividad, se rechaza ya que no se observó asociación significativa ($p < .05$) entre las mismas. En este sentido se cree que: si los conflictos, la carencia de expresividad y la baja unión en la familia no están relacionados con la dificultad para regular los impulsos, sería a causa de que -entre muchos factores- la impulsividad es más bien un síntoma de pronóstico (Garner, 1998) acompañado de una disminución en el tono de la neurotransmisión serotoninérgica (Orozco-Cabal, 2007) en el sistema nervioso central de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Esto indica que la impulsividad o bien puede causar estos trastornos, o bien, ya convertido en un síntoma, ayuda al desarrollo y evolución de los mismos. A continuación se aclara estas dos posturas: en primera instancia, la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud (2009) presenta cuatro factores que pueden ser causantes de padecer estos trastornos, entre ellos los factores psicológicos y dentro de ellos los trastornos de personalidad y de control de impulsos; esto indica que si existe un trastorno en la personalidad, entonces hay tendencia a tener un trastornos de la conducta alimentaria. En segunda instancia, la impulsividad es un rasgo de personalidad complejo, relacionado con el control del comportamiento y las emociones (Orozco-Cabal, 2007) esto quiere decir que la impulsividad como síntoma estaría relacionado a los actos (dieta, vomitar, mutilarse, entre otros) que se realizan a fin de satisfacer los ideales relacionados al peso, cuerpo y comida ya que llegan a la destrucción del propio cuerpo Carrillo (2001). En conclusión, la impulsividad es más bien una característica propia de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que aporta a su adquisición, desarrollo y evolución de la misma.

Referencias

- Abbate, G., Pieró, A., Gramaglia, C., & Fassino, S., (2005). Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatr Res*, 23(5). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808292>
- Behar, R., Iglesias, B., Barahona, M., & Casanova, D. (2008). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sc_i_arttext.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38(3). Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=60145>

- Borrego, C. (2010) Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. (Tesis de maestría inédita). Universidad César Vallejo y Universidad Mayor de San Marcos. Perú.
- Carrillo, M. (2001). La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España). Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/inf/ucm-t25151.pdf>
- Cervera, M. (2005). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. España: Pirámide.
- Colombo, J. (2006). Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados. Buenos Aires, Argentina: Lumen Humanitas.
- Contreras, A. (2007). Hacia una comprensión de la violencia. Madrid: Paidós.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., Fornari, V., Scionti, L., y Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders. Review*, 13(5). Recuperado de http://journals.lww.com/copsychiatry/Abstract/2006/07000/Incidence,_prevalence_and_mortality_of_anorexia.10.aspx
- Cutipé, Y. (2014). Casos de Bulimia y anorexia en Perú. Peru21. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>.
- Domínguez, P., Olivares, S., & Santos, J. (2003). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile). Recuperado de [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_Alvarez, G. \(2014\). Propiedades psicométricas del test de bulimia. *Psicología Contemporánea*, 7\(1\). Recuperado de <http://biblomeia.com/producto/psicologia-contemporanea/>](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_Alvarez_G._(2014)._Propiedades_psicométricas_del_test_de_bulimia._Psicología_Contemporánea,_7(1)._Recuperado_de_http://biblomeia.com/producto/psicologia-contemporanea/)
- Fairlie, A., & Frisancho, Y. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(2). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/
- Fassino, S., Graner, R., Roser, G., Gearhardt J., Dieguez, C., & Crujeiras, F. (2006). The consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health Psychol*, 13(5). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8055855?dopt=Abstract>
- Fuentes, M. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1). Recuperado de DOI:10.1387/RevPsicodidact.10876. Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. *Handbook of treatment for eating disorders*. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/vi>

- ewdoc/download?doi=10.1.1.510.1868&rep=rep1&type=pdf
- García, E. (1993). Etiopatogenia de la anorexia nerviosa. España: Ediciones Masson.
- García-Camba, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Ediciones Masson.
- Garner, D. (1998). Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid, España: Ediciones Tea.
- Garfinkel, P., & Garner, D. (1998). Anorexia nervosa: Una multidimensional perspectiva. New York: Brunner/Mazel.
- Gonzales, J., & Pereda, S. (2006). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 45(5). Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1090.pdf>
- Herrera, J. (2012). La sobreprotección de los padres en el desarrollo social en la institución de los niños y niñas de tres a cinco años de edad del centro de educación inicial Pueblo Blanco y Barrio el Carmen Durante el año lectivo 2010-2011 (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/322/1/T-UCE-0010-105.pdf>
- Huline-Dickens, S. (2000). Anorexia nervosa: Some connections with the religious attitude. *Journal Med Psychol*, 73(1). Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/000711200160309/abstract>
- Hudson, C., Nicholas, D., Biller, K., Cameron, B., Biesinger, C., Newman, S., Craxton, H., & Fleckenstein, B. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 72(2). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16815322>
- Fassino, S., Daga, G., Pieró, A. y Dielselime, G. (2007). Anger and personality in eating disorders. *Psychosom*, 35(4). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Joiner, F., & Kashubeck, D. (1996). Acculturation, Body Image, Self-Esteem, And Eating Disorder Symptomatology In Adolescent Mexican American Women. *Psychology of Women Quarterly*, 20(3). Steiger, H., Puentes, N., y Leung, F. (1991). Personality and family features of adolescent girls with eating symptoms. *Addictive behaviors*, 16(5). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1776546>
- Jackson, J., Canadell, J., Ehleringer, H., Mooney, O., Sala, E., & Furks, J. (1996). A global analysis of root distributions for terrestrial biome. *Schulze Source: Oecologia*, 108(3). Recuperado de http://www2.bren.ucsb.edu/~dturney/port/1996_Jackson
- Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/258181719Acculturation_Body_ImageSelf-Esteem_And_Eating_Disorder_Symp
- Katzman, M. y Lee, S. (1997). Beyond bodyimage: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. Recuperado de

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9356886>
Kemper, F. (2000). Investigación del comportantamieno. Técnicas y métodos. México: Editorial Interamericana.
- Lopez, B. (2013). Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. Colombia: Suano.
- March, E., Durán, O., Cantuta, D., Contreras, H., Zara, W., Y Gavilán, G. (2006). Estudio epidemiológico de salud mental. Rev. Anales de Salud Mental, 3(5).
Perú Noceloni, T. (2013). Insatisfacción corporal en pacientes con trastornos alimentarios (Tesis de licenciatura, Universidad Abierta Interamericana). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110609.pdf>
- Moos, R. (1996). Escala de Clima Social Familiar (FES). Madrid: Ediciones SA.
- Moos, R., & Trickett, E. (1997). Escalas del clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar. Madrid: TEA.
- Mougan, J. (2008). The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise, and bigorexia. Recuperado de <https://www.amazon.com/Invisible-Man-Self-help-DisordersCompulsive/dp/1583911502>
- Morandé, G., Celada, J., & Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. Journal of Adolescent Health, 24(8), Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5925393&pid=S2007-1523201000010000700031&lng=es
- Noceloni, T. (2013). Insatisfacción corporal en pacientes con trastornos alimentarios (Tesis de licenciatura, Universidad Abierta Interamericana). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110609.pdf> Organización Mundial de la Salud (2011). Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones efectivas y opciones de Políticas (Informe No. 23). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.
- Orozco-Cabal, F. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. Rev Latinoam Psicol, 23(5). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S
- Ortiz, M. (2012). Nutrición: trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10moldulo_09
- Panzitta, M., Valiente E., Bravo M., Romero P., Lojo D., Allegue O., & Etor D. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. RV-Kristal. Argentina, 43(6). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3214078.pdf>
- Pereda, N. (2006). Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles. Anales de psicología, 20(6). Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021297282013000100021

- Pezúa, M. (2012). Clima social familiar y su relación con la madurez social del Niño(a) de 6 a 9 años (Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3304>
- Raich, R. (1994). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. España, Madrid: Pirámide.
- Ruiz-Martínez, A., Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., & Tena, S. A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455. Recuperado de <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct>
- Schütze, H. (1983). Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eat Behav*, 15(4). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928911>
- Selvini, K., Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino A., & Amy, M. (1999). Los juegos psicóticos en la familia. Recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-los-juegos-psicoticos-en-la-familia/9788475095844/151092>
- Silva-Gutiérrez, C., & Sánchez-Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649003.pdf>
- Tejeda, H., & Neyra, A. (2015). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. (Tesis de maestría). Recuperado de http://www.tcasevilla.com/archivos/alimentacion_familiar.pdf
- Vallardes, B. (2008). *Trastornos de la alimentación*. España: Editorial Masson.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13 (19). Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.615/abstract>
- Vandereyken, W., Castro, J., & Vanderlinden J. (1999). *Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=yKjUakhlKqEC>