

Jana Fayos Fayos

**REGULACIÓ EMOCIONAL, IMPLICACIÓ FAMILIAR I ESTRATÈGIES
D'AFRONTAMENT EN TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per la Dra. Gisela Ferré

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2025

Agraïments

Vull expressar el meu sincerament agraïment a la Dra. Gisela Ferré, la meua tutora, per la seua dedicació i suport al llarg del procés d'elaboració d'aquest treball. Ha estat clau per desenvolupar aquest projecte de la millor forma possible.

Vull agrair aquesta etapa, que ha estat un temps per créixer personalment i conèixer-me a mi mateixa en profunditat, que m'ha permès formar arrels en un lloc que al principi era totalment desconegut. Un lloc on sempre recordaré amb estima i afecte, i que trobaré a faltar. És clar que això, és gràcies a totes aquelles persones que m'han acompanyat durant aquesta experiència, fent-me sentir com a casa i creant moments plens de suport, confiança i aprenentatges.

Sens dubte, vull mostrar un profund agraïment a la meua família, que m'han donat suport durant tota la meua vida, i són ells qui m'han fet més fàcil aquest camí, donant-me totes les oportunitats possibles perquè pogués aconseguir tot allò que sempre he volgut. Pel seu acompanyament, la seua confiança i l'amor incondicional.

Resum

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) són alteracions psicològiques, les quals es caracteritzen per una preocupació excessiva pel pes, la figura corporal i els hàbits alimentaris. Aquest treball de recerca té com a objectiu, analitzar la relació entre el risc de presència de TCA i tres factors claus: la regulació emocional, les estratègies d'afrontament i la implicació familiar. Mitjançant un estudi quantitatiu amb una mostra de 118 participants, fent ús de qüestionaris validats (ERQ, CSI-SF, FACES 20-esp, EAT-26), els resultats mostren que les persones amb risc de TCA utilitzen estratègies desadaptatives de regulació emocional i perceben menor cohesió i adaptabilitat familiar.

Paraules clau: trastorns de la conducta alimentària, regulació emocional, estratègies d'afrontament, implicació familiar.

Abstract

Eating Disorders (ED) are psychological alterations, which are characterized by excessive concern for weight, body figure and eating habits. This research work aims to analyse the relationship between the risk of ED presence and three key factors: emotional regulation, coping strategies, and family involvement. Through a quantitative study with a sample of 118 participants, using a validated questionnaires (ERQ, CSI-SF, FACES-20esp, EAT-26), the results show that people at risk of ED have less adaptive emotional regulation, where they use disadaptive strategies and perceive less cohesion and family adaptability.

Key words: eating disorders, emotion regulation, coping strategies, family involvement.

ÍNDEX

1. Introducció teòrica.....	6
1.1. Què són els trastorns de conducta alimentària?.....	6
1.1.1. Anorèxia nerviosa (AN)	8
1.1.2. Bulímia Nerviosa (BN)	9
1.1.3. Trastorn per Afartament (TA)	9
1.2. Regulació emocional	10
1.2.1. Model de regulació emocional basat en el procés emocional	14
1.2.2. La desregulació emocional i l'aparició de símptomes alimentaris.....	15
1.3. Estratègies d'afrontament	17
1.3.1. Relació de les estratègies d'afrontament amb el TCA.....	19
1.4. Funcionament familiar.....	21
1.4.1. Relació d'implicació familiar amb trastorns alimentaris	23
2. Objectius	24
2.1. Objectiu general	24
2.2. Objectius específics	24
2.3. Hipòtesis.....	25
3. Metodologia.....	25
3.1. Participants	25
3.2. Instruments.....	25
3.3. Procediment.....	27
3.4. Anàlisi de dades	28
4. Resultats	28
Taula 1.....	29
<i>Comparació variables psicològiques segons si hi ha risc de presència de TCA o no ..</i>	29
Taula 2.....	32
<i>Correlació en les diferents variables psicològiques en el grup amb TCA.</i>	32

5. Discussió	32
7. Limitacions	35
8. Bibliografia	36
9. Annexos.....	40
9.1. Annex 1.....	40
9.2. Annex 2.....	41
9.3. Annex 3.....	42
9.4. Annex 4.....	42

1. Introducció teòrica

1.1. Què són els trastorns de conducta alimentària?

Els trastorns de conducta alimentària (TCA) constitueixen un grup d'afeccions caracteritzades per la presència de creences negatives sobre el menjar, la forma del cos i el pes corporal, seguides de conductes com la restricció de la ingesta, episodis d'afartament, realització excessiva d'exercici, provocació de vòmits o ús de laxants. Es presenten de forma majoritària en adolescents i adults joves, i poden arribar a ser greus al conduir a múltiples complicacions físiques i psiquiàtriques, a més de tenir un impacte en la qualitat de vida e inclús en la mortalitat (Arija Val et al., 2022).

Respecte a la prevalença dels TCA, d'acord amb Vega (2004), aquesta varia segons l'etapa de l'adolescència, on hi ha un major risc en aquesta més tardana, seguida de la primerenca i finalment la mitjana. Les dades evidenciades, indiquen una prevalença superior en el gènere femení.

Gómez-Candela et al. (2018) estimen que hi ha una representació diferent en edats depenent del tipus de TCA que es presenta. Tot i això, es fa èmfasi en que de forma general aquests tipus de trastorns son més freqüents en dones i en l'etapa de l'adolescència, on sense un tractament adequat, pot comportar un curs clínic crònic.

Respecte a les formes de presentació clínica, el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM) en la seva última classificació (DSM-V), publicada en 2013, inclou com a TCA major caracteritzats: la anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa (BN) i el trastorn per afartament (TA), considerats com els TCA típics. A banda d'aquests, també es reconeixen formes "atípiques" de TCA, englobades com "trastorns especificats", caracteritzats per una simptomatologia significativa i deteriorament funcional, però sense complir de forma completa els criteris diagnòstics dels TCA típics. Aquests serien AN, BN i el TA atípics, el trastorn de purga i el síndrome d'alimentació nocturna. Finalment es descriu una

categoria residual qualificada com "trastorns no especificats", que agrupa aquells casos que no encaixen en cap de les classificacions anteriors (Arija Val et al., 2022).

Es considera un factor de risc, aquelles característiques que comporten a un subjecte a sofrir un augment del risc de patologia, respecte a altres individus que no es troben exposats a aquestes situacions, mentre que, els factors protectors, són aquelles influències capacitades per modificar, millorar, inclús eliminar la resposta d'una persona cap algun tipus de perill que predisposa a un resultat no adaptatiu. Aquests conceptes actuen de forma conjunta i formen part tant del cercle individual com de les particularitats de l'ambient. És cert, que la presència de factors de risc no suposa una psicopatologia, però si aquests no són mediats, poden impactar de forma negativa en la salut de l'individu, fins i tot, amb la possibilitat de desenvolupar algun tipus de desacordança (Marmo, 2014).

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA), es consideren multifactorials, on hi intervenen de manera interrelacionada factors genètics, biològics, psicològics, socials i culturals, els quals poden actuar com factors predisponents, desencadenants o mantenidors del trastorn. Així, participen factors genètics i ambientals, on el tipus d'interacció dependrà de la vulnerabilitat individual. A més, s'hi afegeixen desencadenants específics i elements derivats del propi trastorn que contribueixen al seu manteniment i cronificació (Acerete, Trabazo & Ferri, 2013).

La regulació de la ingesta alimentària, entesa tant la sensació de gana com la de sacietat en l'organisme, es du a terme a partir de la interacció entre diferents sistemes i senyals procedents del sistema gastrointestinal, les reserves energètiques de l'organisme i el sistema nerviós central, concretament l'hipotàlem. Les persones amb aquests trastorns presenten alteracions significatives en la percepció de la gana i la sacietat, així com els patrons alimentaris. Es documenten importants alteracions en alguns neurotransmissors que participen de forma activa en la regulació del balanç energètic (Acerete, Trabazo & Ferri, 2013).

Els trastorns alimentaris sovint es presenten simultàniament amb altres condicions psiquiàtriques i mèdiques que poden complicar el tractament. Entre les patologies més freqüents destaquen els trastorns d'ànims i de ansietat, els trastorns obsessius-compulsius, la fòbia social, el trastorn per dèficit d'atenció/hiperactivitat (TDAH), el trastorn negativista desafiador, així com l'abús de substàncies i el consum problemàtic d'alcohol. Respecte a malalties físiques o somàtiques, els TCA poden coexistir amb condicions com el sobrepès, obesitat, diabetis mellitus i malaltia celíaca (Arija Val et al., 2022).

1.1.1. Anorèxia nerviosa (AN)

Segons Segreda Castro & Segura Araya (2020), l'anorèxia nerviosa es defineix com la combinació d'una ingesta calòrica que es troba significativament restringida o un abús d'activitat física, típicament d'inici en la adolescència primerenca. L'individu presenta alteració de la imatge corporal, per a un augment de pes, anosognòsia (dificultat que experimenta el subjecte per identificar-se com afectat per la malaltia) i alexitimia (impossibilitat per reconèixer i descriure les seves pròpies emocions). Aquests comportaments van acompanyats de conductes obsessives, que comporten complicacions orgàniques com desnutrició.

El DSM-V defineix la AN en base a tres criteris: a) una restricció excessiva de la ingesta en relació amb les necessitats nutricionals, el que determina un pes corporal significativament baix en relació a l'edat, el sexe, el curs del desenvolupament i la salut física; b) por intensa a guanyar o engreixar, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, fins i tot amb un pes significativament baix; c) alteració en la manera com un mateix percep el seu propi pes o la imatge corporal, exageració de la importància en la autoavaluació o falta persistent de reconeixement de la gravetat del pes corporal baix actual (American Psychiatric Association, 2013).

La gravetat de l'Anorèxia nerviosa es basa en l'IMC (índex de massa corporal) per a adults i en el percentil de l'índex de massa corporal per a nens i adolescents. Segons l'OMS i les seves categories, es considera anorèxia nerviosa lleu quan l'índex de massa corporal es troba entre 16 i 16,99, anorèxia severa

quan està entre 15 i 15,99, mentre que l'anorèxia nerviosa extrema és quan ens trobem sota els 15 kg/m² (Arija Val et al., 2022).

1.1.2. Bulímia Nerviosa (BN)

En la Bulímia Nerviosa (BN) existeixen 3 característiques principals: episodis recurrents d'afartament; comportaments compensatoris inapropiats recurrents per evitar un augment de pes, com ara el vòmit autoprovocat; l'ús incorrecte de laxants, exercici excessiu o dejuni. També una autoavaluació influïda indegudament pel pes i la constitució corporal. Aquests episodis d'afartaments (ingesta excessiva d'aliments durant un curt període de temps, d'almenys 2 hores, en quantitat superior a la que la majoria de les persones ingereixen en un temps similar i en les mateixes circumstàncies, amb una pèrdua de control durant l'episodi) i conductes compensatòries tenen lloc, de mitjana, una vegada per setmana durant tres mesos (American Psychiatric Association, 2013).

La gravetat de la Bulímia Nerviosa es basa en la freqüència de les conductes compensatòries que es realitzen de forma inapropiada per setmana. Parlem de bulímia nerviosa lleu quan es produeixen aquests episodis compensatoris com a mitjana entre 1 i 3, la moderada consisteix en la presència entre 4 i 7 episodis, mentre que la bulímia nerviosa greu és quan es presenten entre 8 i 13, i de bulímia nerviosa extrema quan es produeixen 14 o més episodis setmanals (Arija Val et al., 2022).

1.1.3. Trastorn per Afartament (TA)

El Trastorn per Afartament (TA) es defineix per episodis recurrents d'atracs caracteritzats per una ingestió en un període determinat (com, per exemple, dins un període qualsevol de dues hores), d'una quantitat d'aliments que és clarament superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període similar en circumstàncies semblants i una sensació de manca de control sobre allò que s'ingereix durant l'episodi. Un altre criteri són els episodis d'afartament que s'associen a tres o més dels fets següents:

1. Menjar molt més ràpidament del normal.
2. Menjar fins a sentir-se desagradablement ple.
3. Menjar grans quantitats d'aliments quan no se sent gana físicament.
4. Menjar només a causa de la vergonya que se sent per la quantitat que s'ingereix.
5. Sentir-se després a disgust amb un mateix, deprimat o molt avergonyit.

Sorgeix un malestar intens respecte a aquests afartaments, on aquests es produeixen almenys una vegada a la setmana durant tres mesos. Aquest trastorn no s'associa a la presència recurrent d'un comportament compensatori inapropiat com a la bulímia nerviosa i no es produeix exclusivament en el curs de la bulímia nerviosa o l'anorèxia nerviosa (Arija Val et al., 2022).

Per definir la gravetat d'aquest tipus de trastorn, s'utilitza la freqüència dels episodis d'afartaments per setmana. Parlem de trastorn per afartament lleu quan aquesta freqüència és d'1 a 3 episodis, de trastorn per afartament moderat quan és de 4 a 7, de trastorn per afartament greu quan es produeixen entre 8 i 13 afartaments per setmana, i de trastorn per afartament extrem, quan hi ha 14 o més (Arija Val et al.,2022).

1.2. Regulació emocional

Per poder entendre de manera adequada el fenomen de la regulació emocional, és essencial partir de la definició del concepte d'emoció, tot i que resulta complexa a causa de la varietat d'enfocaments teòrics els quan han estudiat aquest concepte. En termes generals, una emoció l'entendem com una resposta que l'individu realitza davant estímuls generats a partir del seu entorn, amb la finalitat de proporcionar informació rellevant per tal d'actuar segons les seves pròpies necessitats. La resposta emocional, consisteix en la coordinació de diversos sistemes, significativament l'experiència subjectiva (com són els pensaments, la valoració de la situació i els sentiments), les manifestacions expressives (facials, corporals i verbals), les reaccions fisiològiques i el comportament com a resultat. Independentment de la perspectiva de la qual

s'analitzi, l'emoció és considerada una de les variables psicològiques amb més influència respecte a la vida de les persones, ja que aquesta impacta de forma significativa en la conducta (Gómez & Calleja, 2016).

La regulació emocional (RE) és el procés mitjançant el qual els individus modulen les seves emocions i modifiquen el seu comportament per assolir objectius, adaptar-se al context o promoure el benestar, tant de manera individual com social (Gómez & Calleja, 2016).

Aquest procés és complex ja que implica diverses maneres d'ajustar l'experiència i expressió de les emocions. Diversos autors han coincidit en definir-la com l'habilitat que tenen les persones per modificar, reduir, intensificar, inhibir o transformar les emocions segons les necessitats del moment. És per això, que aquesta no s'associa únicament amb la contenció d'emocions negatives, sinó que engloba també la possibilitat d'intensificar emocions, ja siguin positives o negatives, en funció dels objectius de l'individu es subratlla com la comprensió de la regulació emocional va més enllà del mer control emocional, on pot tenir una funció adaptativa diversa, com evitar una emoció concreta o potenciar un altra, depenent del context i metes personals. És a dir, la regulació es refereix tant a emocions puntuals com a estats emocionals més generals, com els sentiments o l'estat d'ànim (Jimeno & López, 2019).

Gross (2014), citat per Jimeno & López (2019), proposa el terme de regulació de l'afecte, per referir-se a aquest concepte de forma més amplia, incloent emocions específiques com la tristesa o la ràbia; les respostes davant situacions d'estrès que excedeixen la capacitat de resposta del subjecte; i aquells estats d'ànims prolongats, com la depressió.

Gómez & Calleja (2016) fan èmfasi a la presència de tres processos bàsics per regular les emocions, i així entendre el seu funcionament:

- Les emocions disposen de mecanismes autoreguladors propis, és a dir, una persona no podrà mantenir-se en un mateix estat emocional com per exemple la ràbia, durant massa estona. Això és relaciona amb el fet de que els estats emocionals intensos comporten un elevat consum de recursos cognitius i físics, de forma que l'organisme tendeix a restablir l'equilibri emocional de forma natural.
- La valència i intensitat de les emocions tenen l'habilitat de provocar accions, o de forma contrària, inhibir-les. Les conductes d'apropament o evitació davant certs estímuls emocionals poden modificar l'experiència emocional.
- Diverses estratègies de regulació emocional poden influir directament en l'emoció que estan experimentant, on aquestes poden ser més o menys adaptatives.

Per aprofundir en aquest aspecte, Jimeno & López (2019), recullen els estudis d'Etxebarria (2002), on identifica quatre vies fonamentals que ens permeten modificar el que sentim, descrivint diferent nivells o estratègies a través de les quals les persones poden influir en la seva experiència emocional.

- La primera d'aquestes vies, fa referència a la possibilitat de modificar les emocions controlant l'exposició a esdeveniments o situacions que la provoquen, és a dir, apropar-se a aquelles que generen benestar, o bé, evitar escenaris que generen malestar.
- La segona via és la regulació del processament de la informació, ja sigui externa o interna, on entren els pensaments, interpretacions o imatges mentals que es troben associades a l'experiència emocional.
- La tercera via fa referència a la regulació de les tendències expressives i conductuals, incloent tant donar sortida a les emocions amb una expressió oberta, com suprimir o inhibir intencionadament aquestes expressions. Adoptar una actitud expressiva incompatible amb l'emoció que es sent pot afectar la forma en que aquesta és viscuda. Tot i això, inhibir les reaccions emocionals externes no sempre

garanteix una reducció de la intensitat de l'experiència emocional interna.

- Per últim, la quarta via implica la regulació de les reaccions fisiològiques, on les respostes com un augment de ritme cardíac o tensió muscular, formen part de l'activació emocional.

Aquests mecanismes ofereixen un marc per comprendre com les persones poden influir de manera activa en les seves emocions, des d'una perspectiva conductual, cognitiva i fisiològica (Jimeno & López, 2019).

D'altra banda, Hervás (2011), proposa distingir tres formes principals mitjançant les quals es poden manifestar un dèficit o alteració respecte la regulació emocional:

- En primer lloc, pot existir un dèficit per manca d'activació de mecanismes reguladors, és a dir, aquelles situacions on s'experimenten emocions negatives intenses, on la persona no activa cap estratègia per gestionar-les, caient en la possibilitat d'un estat d'inhibició emocional o apatia.
- En segon lloc, es poden utilitzar estratègies disfuncionals de regulació, on tot i que l'individu activa estratègies per intentar gestionar aquestes emocions negatives, no son suficientment efectives. Aquestes pot ser siguin inadequades per a la situació concreta o que el processament emocional previ no s'hagi realitzat de forma correcta, és a dir, una mateixa estratègia pot ser útil en determinades circumstàncies i contràriament contraproductiu en d'altres, o pot tenir un efecte positiu a curt termini però negatiu a mig o llarg termini.
- Finalment, descriu la disfunció on les pròpies estratègies de regulació en si són problemàtiques. Això pot aparèixer quan davant una emoció negativa s'activa els mecanismes d'evitació, negació o supressió emocional, els qual es caracteritzen per no només no disminuir la intensitat emocional sinó que, moltes vegades la potencien. A més, hi ha estratègies que, tot i ser efectives per disminuir temporalment l'estat emocional negatiu, poden tenir conseqüències greus, on

generen un alleujament momentani però és consideren profundament desadaptatives.

Per tant, cal diferenciar una regulació adequada del que poden ser intents de control emocional, els quals semblen subjectivament útils però contraproductius dins una perspectiva més ampla (Hervás, 2011).

1.2.1. Model de regulació emocional basat en el procés emocional

Segons aquest model, davant una situació amb implicacions emocionals, de forma automàtica s'activaria la necessitat de processar emocionalment la experiència. Aquest procés permet integrar progressivament l'impacte emocional viscut, fins al punt que aquest deixa de generar interferències en altres àmbits de la vida quotidiana. Aquest funcionament és especialment rellevant en experiències amb un alt impacte emocional, com ara un dol, en què la reacció pot presentar-se de forma persistent i com a conseqüència dificultar el desenvolupament habitual de la persona.

Es planteja que les emocions necessiten un treball de processament emocional, és a dir, un procés d'elaboració i comprensió emocional. Per afavorir aquest processament emocional, es fa referència a diferents processos implicats en una regulació emocional eficient, on si algun d'aquests processos es veu alterat, la capacitat de regular les emocions podria veure's afectada (Hervás, 2011).

Segons Hervás (2011), una regulació emocional eficaç depèn del desenvolupament adequat d'una sèrie de processos psicològics que es troben interrelacionats entre si. En primer lloc, és important que existeixi un accés conscient de les pròpies emocions, és a dir, una oberta expressió emocional que permeti reconèixer allò que s'està sentint. Tanmateix, no sols és essencial aquesta identificació; cal també dedicar atenció, utilitzant els recursos cognitius, exactament atencionals necessaris, per focalitzar-se en aquesta informació emocional i no provocar una desconexió. A més, aquest apropament emocional ha d'anar acompanyat d'una acceptació emocional, buscant evitar judicis negatius cap allò que es sent, i així facilitar una relació més saludable amb la

pròpia experiència afectiva. També fa referència a l'equipatge emocional, la capacitat tant per identificar com anomenar amb claredat les pròpies emocions, ja que això facilita la seva comprensió i gestió posterior. Aquesta identificació permet una anàlisi més profunda, on la persona pot reflexionar sobre el significat i implicacions de les seves pròpies emocions, evitant l'aparició de conductes d'evasió emocional. Finalment, tots aquests processos es relacionen en la capacitat per modular les pròpies respostes emocionals, mitjançant l'activació d'estratègies adaptatives ja siguin cognitives, conductuals o emocionals, sent el pol oposat la alteració de la regulació emocional.

En aquest sentit, Pineda et al. (2018), duen a terme un anàlisi centrant-se en dues estratègies centrals en la regulació emocional: la reavaluació cognitiva i la supressió expressiva. On la primera esmentada, fa referència a la capacitat d'interpretar una situació emocional i com a conseqüència modificar l'impacte emocional, sovint considerant un procés adaptatiu. Mentre que, la supressió expressiva implica inhibir l'expressió externa de les emocions pròpies, relacionada a un nivell baix de benestar emocional i sent desadaptatiu.

1.2.2. La desregulació emocional i l'aparició de símptomes alimentaris

Diversos estudis han posat de manifest la relació entre la desregulació emocional i l'aparició de símptomes alimentaris. En aquest sentit, Rodríguez Guarín et al. (2017) analitzen l'evolució emocional de pacients amb trastorns de la conducta alimentària a través de sessions grupals, i conclouen que les dificultats en la regulació emocional poden jugar un paper central en el manteniment d'aquest tipus de trastorns. Consideren que la consciència que pugui tenir l'individu sobre els seus estats emocionals es clau per la regulació, on algunes persones tenen dificultats per identificar i modular-les. A més d'un reconeixement, es requereix un grau d'acceptació i tolerància cap a les emocions negatives, ja que una regulació deficitària pot derivar en conseqüències com ara un escàs control dels impulsos.

Amb els Trastorns de la conducta alimentària, les alteracions en la regulació emocional es manifesten tant en la manera d'expressar emocions com en la presència de certs biaixos atencionals, amb un rendiment inferior en tasques relacionades amb el reconeixement i la gestió de les emocions (Rodríguez Guarín et al., 2017).

Segons Rodríguez Guarín et al. (2017), les persones amb aquests tipus de trastorns de conducta poden percebre tant les emocions negatives, fins i tot positives, com a potencialment amenaçadores, la qual cosa les porta a utilitzar estratègies per evitar sentir-se desbordades emocionalment. Aquestes estratègies mencionades inclouen l'evitació, aïllament i la dissociació, amb l'objectiu de reduir el malestar emocional mitjançant un control estricte de l'entorn. Intenten tenir aquest control utilitzant el que podem anomenar senyals de seguretat, com restringir-se a consumir únicament aliments considerats com a segurs o saludables, reflectint un ús disfuncional del control. Aquesta necessitat, també es pot veure manifesta en l'evitació de contextos socials associats a menjar, reduint l'exposició a estímuls desagradables, limitant les oportunitats d'experimentar situacions positives. A més, altres recorren a l'ús de mecanismes compensatoris, com restringir-se a menjar únicament aliments considerats segurs o baixos en calories. Enfront pensaments i emocions negatives, poden emprar estratègies com la distracció, la dissociació o la rumiació obsessiva, centrada sovint en preocupacions intenses relacionades amb el pes, la imatge corporal i les dietes. També és freqüent el mecanisme de la racionalització d'aquests comportaments per justificar les dietes molt restrictives o purgues, així com la somatització de símptomes digestius.

A més, Calvo Sagardoy et al. (2014), fan referència a diverses investigacions, on han posat de manifest que les persones amb aquests tipus de trastorns presenten dificultats de gran nivell tant en el reconeixement com en la regulació d'emocions. En comparació amb dones sense TCA per exemple, les pacients mostren un grau més elevat d'alexímia, és a dir, contenen més dificultats tant per identificar com descriure els seus estats emocionals. Així

mateix, aquest dèficit emocional sovint va acompanyat d'estratègies reguladores desadaptatives com l'evitació o la negació. La restricció alimentària pot funcionar com un mecanisme de control que redueix de manera temporal l'ansietat o el malestar emocional, actuant com un reforç negatiu. D'altra banda, els episodis d'atrancament poden servir com una via de distracció o alleujament emocional, tot i que posteriorment poden conduir a sentiments de culpa o conductes purgatives com el vòmit.

Adicionalment, s'ha observat el fet que com més intens és aquest malestar emocional que viu la persona, més greu sol ser la simptomatologia del TCA. És a dir, aquelles amb presència de trastorn de la conducta alimentària amb més dificultats emocionals tendeixen a mostrar una restricció més severa del menjar o un ús més freqüent de mètodes de purga després dels atrancaments que utilitza, on hi ha evidència de relació directa entre desregulació emocional i gravetat (Calvo Sagardoy et al., 2014).

1.3. Estratègies d'afrontament

Un dels models teòrics més influents respecte a l'estudi de les estratègies d'afrontament és el proposat per Tobin et al. (1989), com es va citar a Tous-Pallarés et al. (2022). Aquest model distingeix una classificació bidimensional, destacant l'estil d'afrontament actiu o evitatiu i el focus de l'afrontament que pot ser orientat al problema o a l'emoció. La combinació d'aquestes dues dimensions extrau quatre categories:

- Afrontament actiu orientat al problema
- Afrontament actiu orientat a l'emoció
- Afrontament evitatiu orientat al problema
- Afrontament evitatiu orientat a l'emoció

Tal com indiquen Jimeno & López (2019), l'afrontament fa referència al conjunt d'esforços dirigits a gestionar de la millor forma possible les demandes internes o externes que són percebudes com excessives, estressants o difícils de suportar. Aquestes demandes poden generar un elevat nivell d'estrès o malestar, on les estratègies d'afrontament tenen com a finalitat reduir, controlar

o tolerar el impacte emocional que pot hi haver. Per tant, l'afrontament és un procés dinàmic i en constant evolució, que s'adapta depenent tant de la naturalesa de la situació com dels recursos personals disponibles per fer-li front.

Després d'haver estudiat la regulació emocional, tot i la seva relació amb l'afrontament, aquest es centra principalment en la gestió d'experiències negatives. És aquí on trobem diferències fonamentals entre ambdós conceptes. Mentre que la regulació emocional engloba qualsevol tipus d'emoció, incloses les positives, l'afrontament es focalitza més en reduir o controlar el malestar emocional davant una situació percebuda com estressant o desbordant (Jimeno & López, 2019).

A més, Pàmies Aubalat & Quiles Marcos (2012), consideren que les estratègies d'afrontament actuen com a un element mediador clau entre l'estrès i la capacitat d'adaptar-se de la persona. Aquests autors destaquen que aquestes estratègies segueixen un paper fonamental per entendre com les persones responen davant situacions adverses, i fins quin punt aquestes respostes poden afavorir l'equilibri emocional, o de forma contrària, l'increment del malestar.

Dins d'aquest camp, una de les classificacions més influents ha estat proposada per Lazarus i Folkman (1984, citats per Jimeno & López, 2019), on fan una distinció entre estratègies centrades en el problema i centrades en l'emoció. Les estratègies centrades en el problema tenen com objectiu modificar i resoldre la situació que genera malestar emocional, on poden incloure la cerca de solucions alternatives o ajustaments interns, és a dir, una disminució d'expectatives o adquirir habilitats o recursos per afrontar millor la situació. Mentre que, les estratègies centrades en l'emoció busquen regular les reaccions emocionals que es duen a terme com a resposta al problema presentat. Aquestes inclouen, tant processos cognitius com l'evitació, o estratègies conductuals com pot ser l'exercici físic.

Així mateix, Endler i Parker (1990, citats per Jimeno & López, 2019), fan referència a una tercera categoria, on les estratègies estan centrades en

l'evitació. Aquestes es caracteritzen per esquivar el problema o la situació estressant amb activitats que distrauguin l'atenció.

Segons indiquen Quiles Marcos & Terol Cantero (2008), les estratègies es classifiquen en tres categories centrals:

- Aquelles que s'anomenen evitatives i aproximatives, depenent de si aquestes s'apropen o s'allunyen del estressor o de les emocions que provoca.
- Aquelles que atenen a la dimensió comportamental o cognitiva. Així, les estratègies cognitives comporten un intent de enfrontar-se als problemes mitjançant cognicions, fent servir el pensament, l'anàlisi per gestionar el malestar i trobar una solució, mentre que les estratègies comportamentals fan referència a aquelles que són un intent de prendre una decisió i canviar una situació problemàtica, amb conductes que la persona considera adequades.
- Aquelles centrada en el problema o centrada en la emoció, indicant si els esforços d'afrontament van dirigits al control de problemes o a la regulació del distrés (forma negativa de l'estrès).

1.3.1. Relació de les estratègies d'afrontament amb el TCA.

Diversos estudis han avaluat les estratègies d'afrontament, tant en població clínica com en població general. En el 76% dels casos, l'inici està precedit per un esdeveniment estressant, com situacions o estímuls estressants que requereixen una resposta d'adaptació per part de l'individu, que a vegades aquest no disposa. Com a conseqüència comporta un nivell de tensió, que en el cas d'aquests trastorns poden conduir al seu inici (Quiles Marcos & Terol Cantero, 2008).

Tanmateix, aquests esdeveniments no són diferents als que experimenten la població general. Ara bé, hi han estudis on es mostra que els individus amb aquests trastorns els perceben com més intensos i amenaçants, així com la idea

de que no tenen la capacitat per resoldre'ls amb èxit (Quiles Marcos & Terol Cantero, 2008).

Diversos estudis que analitzen aquestes estratègies en relació amb els trastorns de la conducta alimentària (TCA), mostren un ús menys freqüent d'estratègies d'afrontament aproximatives (apropar-se al estressor o emoció) sent més habitual recórrer a l'evitació, evasió, negació o pensament desitjós com a formes de gestionar la situació presentada (Quiles Marcos & Terol Cantero, 2008).

En l'estudi presentat per Lugli & Vivas (2006), assenyalen que el grup de persones amb TCA es diferencia de forma significativa del grup de persones de la població general, amb un menor ús d'estratègies per resoldre problemes i de capacitats per afrontar les seves emocions. Solen tenir més dificultats a l'hora de gestionar situacions estressants, com tendir a culpabilitzar-se pel que ocorre al seu voltant, i una menor predisposició a cercar suport emocional quan es troben davant d'aquestes situacions.

Les evidències mostren que aquelles persones amb TCA solen presentar mancances en l'ús d'estratègies cognitives adequades. Manifestant capacitats reduïdes per solucionar problemes i dificultat per afrontar de forma eficaç la resposta emocional com a conseqüència de moments estressants, és a dir, un afrontament centrat en l'emoció. La comprensió del paper que tenen les estratègies cognitives com variables protectores o de risc en el desenvolupament d'un TCA és de gran importància, tot i això, hi ha poques investigacions en aquesta àrea (Lugli & Vivas, 2006).

Estudis sobre l'ús d'estratègies d'afrontament amb persones amb TCA, mostren que presenten una menor efectivitat en la seva resposta d'afrontament, utilitzant en menor mesura les aproximatives i centrades en el problema, i sent més comú les evitatives i centrades en l'emoció que utilitzen per escapar de les emocions negatives que poden experimentar a causa de situacions estressants,

que en aquestes estarien relacionades amb el menjar i amb aspectes corporals (Quiles Marcos & Terol Cantero, 2008).

1.4. Funcionament familiar

La família és l'entorn fonamental del desenvolupament psicosocial dels seus membres, amb la responsabilitat d'integrar-les a la societat i garantir la continuïtat de la cultura (Losada & Bidau, 2017).

Segons Tapia (2008), les famílies han sofert diferents canvis al llarg dels anys, demostrant que són flexibles i que aquesta flexibilitat està recolzada per la forma de comunicar-se dels seus membres. La comunicació, és un procés transaccional en el que els subjectes creen, comparteixen i regulen un significat.

Dins d'aquest context, Tapia (2008) identifica dues dimensions principals de la comunicació familiar: l'orientació cap a la conversació i l'orientació cap a la conformitat.

- L'orientació cap a la conversació fa referència al grau en què les famílies promouen un ambient per a la interacció lliure entre els seus membres. Amb un grau elevat en aquesta dimensió, la comunicació sol ser espontània, freqüent i sense la presència de límits temàtics. Hi ha una tendència a compartir pensaments, sentiments i activitats personals, on es fomenta una relació propera i un clima de confiança mútua. D'altra banda, quan es troba una orientació baixa en aquest tipus, la interacció sol ser més limitada en freqüència i profunditat, amb menys espai per compartir tant les opinions com les experiències, derivat a una relació familiar més distant.
- L'altra dimensió mencionada és l'orientació cap a la conformitat, on el nivell d'importància va dirigit a la uniformitat d'actituds, valors i creences en la família. En aquelles on hi ha una orientació elevada, es prioritza la cohesió, la submissió de l'autoritat (especialment dels progenitors), l'evitació del conflicte i la interdependència entre els seus

membres. En canvi, aquelles que reflexen un nivell més baix, promouen la diversitat d'opinions i valors, amb la costum de valorar més la individualitat i l'autonomia dels seus membres.

Els membres d'una família contenen tant models interns de comunicació com models relacionats amb la relació entre ells. L'entorn de la comunicació familiar està compost per una sèrie d'esquemes format per creences, actituds i filosofies sobre la vida familiar, caracteritzats per els comportaments específics d'aquesta (Tapia, 2008).

Segons Marmo (2014), la família és el primer grup social al que forma part una persona formant un marc central i inicial del desenvolupament personal. En aquesta, es duen a terme les funcions més destacades per al cicle vital. La estructura familiar i la capacitat d'establir llaços emocionals íntims amb els membres son essencials per al desenvolupament, funcionament afectiu de la personalitat i la seva salut mental. La família és l'encarregada d'acompanyar tant el desenvolupament de la personalitat com el caràcter dels seus membres, així com l'adquisició i modificacions de conducta de cadascun d'ells.

Un context familiar positiu, està associat a una menor vulnerabilitat i a una major protecció social. Aquesta intervé en l'aprenentatge de la funció alimentària i en la integració de la pròpia imatge corporal (Losada & Bidau, 2017).

El funcionament familiar és un constructe central per entendre les dinàmiques que existeixen dins del sistema familiar, i com aquestes tenen un gran impacte tant en la salut emocional com la psicològica dels membres que la formen. La qualitat de les relacions familiars i la capacitat d'adaptació d'aquestes influeixen en el desenvolupament i manteniment de trastorns emocionals i conductuals. Comprendre aquest funcionament permet la identificació de factors de rics i protectors que afecten a l'individu i al sistema familiar (Martínez-Pampliega et al., 2010).

Es destaca el model teòric Circumplejo proposat per Olson et al., (1979), citat per Martínez-Pampliega et al., (2010), on es tracta de conceptualitzat el funcionament familiar, on es pot comprendre a partir de tres dimensions fonamentals, la cohesió, l'adaptabilitat i la comunicació.

Respecte a la primera dimensió, aquesta fa referència al grau d'unió emocional, suport i compromís que hi ha dins del sistema familiar entre membres, incloent aspectes com la qualitat dels vincles existents i la implicació d'activitats comunes. Després es menciona la adaptabilitat, reflectint la capacitat del sistema familiar per dur a terme canvis i ajustar les normes, estructures o rols depenent les situacions, sobretot noves o conflictives. Finalment, s'estudia la comunicació, on aquesta actua com a element facilitador potenciant les altres dues dimensions anteriors, amb l'utilització d'escolta activa, expressió, llibertat i claredat (Martínez-Pampliega et al., 2010).

1.4.1. Relació d'implicació familiar amb trastorns alimentaris

Segons Ruíz Martínez et al. (2013), hi ha una influència familiar sobre la simptomatologia dels TCA a través de dues vies. Per una banda, hi ha l'existència de la preocupació pel pes i la figura en la família que pot comportar a la insatisfacció corporal i com a conseqüència en els símptomes de TCA. Per l'altra, la disfunció familiar pot seguir una via indirecta, on els seus efectes es sumen a la baixa autoestima i la insatisfacció corporal, generant la presència possible de símptomes de TCA.

Marmo (2014), descriu com la família representa el primer grup social amb què l'individu estableix vincles i adquireix pautes de comportament, formant una estructura fonamental en el desenvolupament de la personalitat i la salut mental. Els estils parentals, específicament la manera com es comuniquen normes, límits o afectes, tenen un impacte directe en els fills, en la seva autoestima o en la manera d'afrontar dificultats.

Diverses investigacions posen de manifest com els estils de criança poden actuar com a factors de risc en l'aparició de TCA, sobretot quan hi ha presència de patrons rígids, autoritaris o excessivament exigents, també quan hi ha tant

una estreta capacitat de comunicació com d'expressió emocional. Això es relaciona amb el fet de que aquelles famílies que manquen d'un ambient emocionalment segur, poden limitar la capacitat dels seus membres per gestionar de forma correcta o saludable l'ansietat o les frustracions (Marmo, 2014).

Així mateix, també fa referència a la comunicació entre els pares i fills, on esdevé clau per al desenvolupament d'una imatge corporal saludable, ja que quan aquesta és oberta i empàtica, pot actuar com a factor protector, mentre que, la manca de diàleg pot actuar de forma contrària, afavorint sentiments de rebuig personal o insatisfacció corporal (Marmo, 2014).

Aquelles famílies on hi ha presència d'un membre amb TCA, s'observa una menor cohesió i flexibilitat, menor expressió emocional i comunicació intrafamiliar, i un major rebuig i sobreprotecció paterna. També, es sol donar menys importància a l'autonomia, inclús a activitats socials i culturals, amb presència d'un ambient deteriorat acompanyat de sentiments negatius cap als membres que la formen (Losada & Bidau, 2017).

2. Objectius

2.1. Objectiu general

Analitzar la relació entre la regulació emocional, la implicació familiar i les estratègies d'afrontament en els adults amb risc de TCA.

2.2. Objectius específics

1. Observar si hi ha diferències entre persones amb risc de TCA i aquelles que no en presenten, en edat, regulació emocional, implicació familiar i les estratègies d'afrontament.

2. Explorar la relació entre l'edat, la regulació emocional, la implicació familiar i les estratègies d'afrontament en les persones que tenen risc de TCA.

2.3. Hipòtesis

Es plantegen les següents hipòtesis:

- Si hi ha diferències entre les persones que tenen risc de TCA i les que no en les variables edat, regulació emocional, implicació familiar i estratègies d'afrontament, s'esperaria trobar que les persones amb risc de TCA tenen menor edat, menor regulació emocional, menor implicació familiar, i pitjors estratègies d'afrontament que en comparació al grup que no té risc de TCA.
- Si hi ha relació entre les diferents variables d'estudi, s'esperaria trobar una relació negativa entre l'edat, les estratègies d'afrontament positives, la implicació familiar i la regulació emocional, i una relació positiva amb la desregulació emocional, i les estratègies d'afrontament negatives, en el grup de risc de TCA.

3. Metodologia

3.1. Participants

La mostra va estar formada per 118 participants, 35 homes i 83 dones, amb una mitja d'edat de 29,21 (D.T.=13,66). Dels 118 participants, 10 presentaven risc de TCA i 108 no en tenien.

3.2. Instruments

Es va utilitzar:

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Pineda et al. 2018):
aquest qüestionari avalua la regulació emocional a través de 10 ítems que mesuren dues estratègies principals:

- La reavaluació cognitiva (1-6 ítems), fent referència a la capacitat de l'individu per modificar la manera en què percep o interpreta una situació emocional, per regular la seva resposta emocional. Aquest tipus d'estratègia es centra en els antecedents de l'emoció.
- La supressió expressiva (4 ítems), implica modular o inhibir les respostes emocionals a nivell conductual, cognitiu o fisiològic, on en aquest cas, són estratègies centrades en la resposta.

Els participants han d'indicar el grau d'acord amb cada afirmació presentada utilitzant una escala de Likert de 7 punts on 1 significa "totalment en desacord" i 7 "totalment d'acord".

Aquest qüestionari mostra una adequada fiabilitat, amb valors d'alfa de Cronbach superiors a .84.

Coping Strategies Inventory – Short Form (CSI-SF; Tous-Pallarés et al., 2022): avalua les estratègies d'afrontament. Aquest és una versió reduïda i validada en població espanyola del qüestionari original proposat per Tobin et al. (1989). Consta de 32 ítems amb resposta Likert de cinc punts, on 1 representa "mai" i 5 "quasi sempre". Aquest instrument avalua les estratègies d'afrontament a través de dos eixos principals: a) d'una banda, l'eix compromís vs evitació, on també es coneix com engagement (PFE) i disengagement (PFD), diferenciant les persones que fan front de forma activa a les dificultats i aquelles que utilitzen l'evitació; b) d'altra banda, l'eix centrat en el problema (Problem-focused, EFD) i centrat en l'emoció (Emotion-focused, EFE), fent distinció a la naturalesa dels recursos emprats per realitzar la gestió de l'estrès, bé mitjançant la gestió emocional, o bé a través de la resolució directa del problema.

La versió espanyola té un coeficient alfa de Cronbach de 0.865.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES-20ESP) (Martínez-Pampliega et al., 2006): avalua el funcionament familiar, en concret, la cohesió i l'adaptabilitat del sistema familiar. La cohesió es refereix al vincle emocional i la implicació familiar, i l'adaptabilitat fa referència a la capacitat per ajustar aspectes com rols, lideratge o disciplina en el sistema familiar. Aquest

instrument està format per 20 ítems, i els participants han de respondre en una escala de tipus Likert, on 1 correspon a "Mai o quasi mai" i 5 és "Quasi sempre". L'anàlisi de consistència interna dels ítems corresponents a la dimensió de cohesió presenten un coeficient alfa de Cronbach de 0.82, mentre que, en el cas de la dimensió d'adaptabilitat és de 0.79.

Eating Attitudes Test- versió abreujada de 26 ítems (EAT-26; Castro et al.,2012): avalua els símptomes relacionats amb els trastorns de la conducta alimentària. El seu objectiu és identificar tant símptomes com preocupacions relacionades amb la por a guanyar pes, la tendència per voler aprimar i la presència de comportaments amb patrons alimentaris restrictius. Aquesta versió és abreujada, i es considera bastant adequada per estudiar persones en risc de presentar AN. El qüestionari està dividit en tres subescales principals que engloben la dieta, la bulímia i la preocupació pel control alimentari. Aquesta escala consta de 26 ítems que s'avaluen en escala tipus Likert, on 1 correspon a "Mai" i 6 a "Sempre".

L'alfa de Cronbach del EAT-26 es de 0.93.

3.3. Procediment

Primer es va enviar la proposta de l'estudi al Comitè d'Ètica de la Universitat Rovira i Virgili. En obtenir l'aprovació, es va fer difusió del qüestionari online a través de les xarxes socials. Aquest qüestionari requeria un temps de resposta aproximat a 10 minuts, compostat per diversos blocs on s'avaluaven les variables estudiades. També es va contactar amb diverses associacions per obtenir mostra de persones amb TCA.

Es va utilitzar la tècnica de bola de neu, en que s'animava a les persones que enviessin el qüestionari a d'altres persones del seu entorn per obtenir major mostra.

La participació va ser voluntària i anònima, mantenint les respostes en confidencialitat. Els criteris d'inclusió van ser tenir mínim 18 anys i consentir participar en l'estudi.

3.4. Anàlisi de dades

Es va utilitzar el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Al no complir els supòsits de normalitat i homocedasticitat, es va utilitzar la prova U Mann Whitney per veure les diferències entre el grup amb risc de TCA i el que no en quant a l'edat, estratègies d'afrontament, regulació emocional, i adaptabilitat i cohesió familiar. També es va utilitzar la correlació d'Spearman per veure la relació entre les variables edat, estratègies d'afrontament, regulació emocional, adaptabilitat i cohesió familiar, amb el risc de TCA.

4. Resultats

Primerament, es van observar diferències significatives en la variable d'edat entre els dos grups, sent la mitjana de rang inferior en el grup amb risc de presència (35,85) en comparació amb el grup sense risc (59,58), suggerint que els participants més joves d'aquest estudi mostren més risc de presentar un TCA. Aquesta diferència presenta una mida de l'efecte petita, ja que ($r=0,201$).

En relació amb la regulació emocional, es va trobar una diferència significativa en la dimensió de supressió Expressiva (ERQSE), amb un rang mitjà més alt en el grup amb risc (66,85), que suggereix un patró emocional menys adaptatiu, tot i que amb una mida de l'efecte petit.

Quant a les estratègies d'afrontament, es va observar una diferència significativa en la dimensió de disengament-Evitació (PFD), amb una puntuació mitjana més elevada en el grup amb risc de TCA (78,75), on es pot relacionar amb una major tendència a evitar els problemes. La mida de l'efecte també va ser petita amb ($r=0,191$).

Finalment, els participants amb risc van presentar puntuacions mitjanes significativament superiors en les dimensions de Dieta (109), Bulímia (108,15) i Control Oral (68,60), com també en la puntuació total d'aquesta (110,50). Aquests resultats indiquen que aquest grup reflecteix un patró de conducta alimentària més alterat que en comparació amb el grup que no té risc. Presenten

puntuacions significativament superiors amb una mida de l'efecte moderada en dieta ($r=0,471$), i en puntuació total ($r=0,481$), mentre que, hi ha una mida de l'efecte gran en la subescala de bulímia ($r=0,536$).

Aquests resultats es mostren en la taula 1.

Taula 1

Comparació variables psicològiques segons si hi ha risc de presència de TCA o no

	RISC			U	Mann-p
	TCA	Rang mitjà	Suma de rangs	Whitney	
Edat	0	59,58	6196,50	303,500	,029
	1	35,85	358,50		
ERQRC	0	59,31	6228,00	387,000	,170
	1	44,20	442,00		
ERQSE	0	57,16	6001,50	436,500	,379
	1	66,85	668,50		
Cohesió	0	59,13	6209,00	406,000	,237
	1	46,10	461,00		
Adaptabilitat	0	59,75	6273,50	341,500	,068
	1	39,65	396,50		
PFE	0	59,28	6224,00	391,000	,181
	1	44,60	446,00		
PFD	0	56,02	5882,50	317,500	,038
	1	78,75	787,50		
EFE	0	57,50	6038,00	473,000	,602
	1	63,20	632,00		
EFD	0	57,17	6002,50	437,000	,382
	1	66,75	667,50		
Dieta	0	53,14	5580,00	15,000	<,001

	1	109,00	1090,00		
Bulímia	0	53,22	5588,50	23,500	<,001
	1	108,15	1081,50		
Control oral	0	56,99	5984,00	419,000	,284
	1	68,60	686,00		
Total	0	53,00	5565,00	,000	<,001
	1	110,50	1105,00		

Nota: ERQRC = ERQ Reavaluació Cognitiva; ERQSE = ERQ Supressió Expressiva; Cohesió = FACES-20esp dimensió Cohesió; Adaptabilitat = FACES-20esp dimensió Adaptabilitat; PFE = CSI-SF eix de compromís (Engagement); PFD = CSI-SF eix d'evitació (Disengagement); EFE = CSI-SF eix centrat en el problema (Problem-focused); EFD = CSI-SF eix centrat en l'emoció (Emotion-focused); Dieta = EAT-26 subescala dieta; Bulímia = EAT-26 subescala bulímia; Control oral = EAT-26 subescala control oral; Total = EAT-26 subescala risc TCA.

Es va examinar la relació de les variables psicològiques dins del grup amb risc de TCA.

En primer lloc, es va observar una correlació positiva significativa entre l'edat i la cohesió familiar ($r=,735$; $p<0,05$), indicant que aquells amb més edat tendeixen a tenir o percebre una major cohesió familiar.

Paral·lelament, es va trobar una correlació positiva significativa entre l'adaptabilitat familiar i l'afrontament centrat en l'emoció ($r=,821$; $p<0,01$), on es pot interpretar una forta associació entre la flexibilitat del sistema familiar i l'ús de recursos emocionals accessibles per afrontar situacions difícils en aquest grup. A més a més, es va trobar una correlació positiva significativa entre les estratègies d'afrontament centrats en el problema amb la supressió expressiva ($r=,658$; $p<0,05$), evidenciant com un major ús d'aquestes estratègies pot comportar una major inhibició de respostes emocionals.

Es va detectar una forta correlació positiva entre les variables de bulímia i supressió emocional ($r=,807$; $p<0,01$), indicant que com més tendència a inhibir les respostes emocionals a nivell conductual, cognitiu o fisiològic, major simptomatologia bulímica.

D'altra banda, es va trobar una correlació negativa entre l'adaptabilitat familiar i la reavaluació cognitiva ($r=-,707$; $p<0,05$), mostrant que en aquells sistemes familiars més rígids o desadaptatius, els participants solen fer ús d'estratègies individuals de regulació emocional com la reavaluació cognitiva, és a dir, duen a terme una interpretació d'una situació abans que es generi una resposta emocional intensa.

També hi havia una correlació negativa entre les estratègies d'afrontament centrades en l'emoció amb la reavaluació cognitiva ($r=-,702$; $p<0,05$) indicant que aquesta estratègia de regulació emocional més adaptativa, pot reduir la necessitat de respondre de forma emocional desorganitzada davant situacions estressants, és a dir, aquelles que utilitzen amb més freqüència la reavaluació cognitiva tendeixen a fer menys ús d'estratègies d'afrontament centrades en l'emoció.

Finalment, hi havia una correlació negativa respecte a la puntuació total i la cohesió familiar ($r=-,634$; $p<0,05$), exposant que un major risc de TCA està relacionat amb una menor cohesió en l'entorn familiar.

Aquest resultat es troben a la taula 2

Taula 2.

Correlació en les diferents variables psicològiques en el grup amb TCA.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Rho de Spearman													
0.													
1.Edat	1,000												
2.ERQRC	-,274	1,000											
3.ERQSE	-,187	-,125	1,000										
4.Cohesió	,735*	-,537	-,146	1,000									
5.Adaptabilitat	,279	-,707*	,140	,697*	1,000								
6.PFE	-,183	-,052	,068	,080	,288	1,000							
7.PFD	,080	,475	-,239	-,140	-,335	,349	1,000						
8.EFE	,284	-,702*	-,068	,500	,821**	,400	,019	1,000					
9.EFD	-,484	,213	,658*	-,534	-,264	,404	,090	-,288	1,000				
10.Dieta	-,359	,113	,287	-,541	-,590	-,338	-,012	-,564	,326	1,000			
11.Bulímia	-,345	,083	,807**	-,251	-,086	,099	-,397	-,346	,551	,307	1,000		
12.Control oral	-,113	,156	,388	-,409	-,111	,404	,221	,117	,386	,140	,434	1,000	
13.Total	-,606	,172	,401	-,634*	-,421	-,247	-,058	-,453	,340	,896**	,428	,255	1,000

*. La correlació es significativa en el nivell 0,05 (bilateral).

**.. La correlació es significativa en el nivell 0,01 (bilateral).

□

Nota: ERQRC = ERQ Reavaluació Cognitiva; ERQSE = ERQ Supressió Expressiva; Cohesió = FACES-20esp dimensió Cohesió; Adaptabilitat = FACES-20esp dimensió Adaptabilitat; PFE = CSI-SF eix de compromís (Engagement); PFD = CSI-SF eix d'evitació (Disengagement); EFE = CSI-SF eix centrat en el problema (Problem-focused); EFD = CSI-SF eix centrat en l'emoció (Emotion-focused); Dieta = EAT-26 subescala dieta; Bulímia = EAT-26 subescala bulímia; Control oral = EAT-26 subescala control oral; Total = EAT-26 subescala risc TCA.

5. Discussió

En quant a la primera hipòtesi, aquesta es va complir parcialment. Es va observar una diferència significativa respecte a l'edat ($p = ,029$), on el grup amb risc de TCA presenta una mitjana de rang inferior respecte al grup sense risc, sent les persones amb risc de TCA més joves, la qual cosa és coherent amb la literatura prèvia, on situa l'adolescència i la joventut com les etapes de màxima

vulnerabilitat per a desenvolupar un TCA (Vega, 2004; Gómez-Candela et al., 2018).

Pel que fa a la regulació emocional, amb les dues dimensions estudiades, no es van observar diferències significatives ni en reavaluació cognitiva ($p = ,170$) ni en supressió expressiva ($p = ,379$), en contra d'estudis com el de Hervás (2011) i Rodríguez-Guarín et al. (2017), que fan èmfasi en la relació entre la desregulació emocional i conductes disfuncionals.

Respecte a la variable de la implicació familiar, les dimensions tant de cohesió ($p = ,237$) com d'adaptabilitat ($p = ,068$), no es van mostrar significatives, en contra d'estudis com els de Martínez-Pampliega et al. (2010) i Ruíz Martínez et al. (2013), que un sistema familiar amb rigidesa pot actuar com a factor de risc per a un TCA.

En relació amb les estratègies d'afrontament, es va analitzar una diferència significativa en l'eix d'evitació o disengagement ($p = ,038$), on es mostra que el grup amb risc evita més situacions difícils en comparació amb l'altre grup, sent coherent amb Quiles Marcos & Terol Cantero (2008), on associa aquest tipus d'estratègia amb una major vulnerabilitat emocional.

En quant a la segona hipòtesi, es va complir parcialment, on es va analitzar mitjançant les correlacions en el grup amb risc de TCA. Es va observar una correlació positiva significativa entre la dimensió de supressió expressiva i la simptomatologia bulímica ($r = ,807$; $p < 0,001$), on es reforça la idea de que una regulació emocional desadaptativa s'associa amb una major gravetat o presència de símptomes, en la línia del que proposa Rodríguez-Guarín et al. (2017), en que la dificultat per expressar emocions augmenta el risc d'utilitzar conductes compensatòries relacionades amb la simptomatologia bulímica.

D'altra banda, es va observar una correlació negativa entre la dimensió de cohesió i la puntuació de risc de TCA ($r = -,634$; $p < 0,005$), indicant que a major risc de TCA menor cohesió familiar. Aquesta idea concorda amb la idea

presentada per Losada & Bidau (2017), que consideren que aquelles famílies on hi ha presència d'un membre amb TCA, s'observa una menor cohesió i flexibilitat en aquesta.

També, es va detectar una correlació negativa entre les variables de reavaluació cognitiva i l'afrontament centrat en l'emoció ($r=-,702$; $p<0,005$), que s'interpreta com les persones que tenen risc de TCA que utilitzen estratègies més adaptatives poden tenir menys reaccions emocionals disfuncionals, fent concordança amb el que indica Jimeno & López (2019), oferint un marc per comprendre com les persones poden influir en les seves emocions, des d'una perspectiva conductual, cognitiva i fisiològica.

En relació amb la correlació negativa entre la reavaluació cognitiva i l'adaptabilitat familiar ($r=-,707$; $p<0,005$), s'interpreta que les persones amb risc de TCA que tenen menor adaptabilitat familiar, modifiquen més la manera en què perceben o interpreten una situació emocional, segurament per pal·liar aquesta manca de flexibilitat familiar, com indica Jimeno & López (2019).

A més, hi ha una correlació positiva entre adaptabilitat familiar i les estratègies d'afrontament centrades en l'emoció (EFE), ($r=,821$; $p<0,001$), mostrant com sistemes familiars més flexibles poden comportar l'ús de recursos emocionals més funcionals. Reforçant la idea on una dinàmica familiar funcional pot promoure una millor capacitat d'afrontar l'estrès com s'indica a Jimeno & López (2019).

Per últim, hi ha una correlació positiva entre l'edat i la cohesió familiar ($r=,735$; $p<0,005$), suggerint que aquelles persones amb major edat perceben un major nivell de vincles familiars.

6. Conclusions

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) són alteracions psicològiques, les quals es caracteritzen per una preocupació excessiva pel pes, la figura

corporal i els hàbits alimentaris. Com a objectiu principal, aquest estudi es va centrar en analitzar les diferències i relacions entre la regulació emocional, la implicació familiar i les estratègies d'afrontament en funció del risc de presentar un trastorn de la conducta alimentària (TCA). A partir d'una mostra de 118 participants i utilitzant diversos instruments, es confirmà que els participants amb risc de TCA presentaven una edat significativament menor, feien més ús d'estratègies evitatives (disengagement) per afrontar el malestar, la supressió emocional s'associava positivament amb simptomatologia bulímica, la cohesió familiar s'associava negativament amb el risc total de TCA, un major nivell d'adaptabilitat familiar es relacionava amb la utilització d'estratègies d'afrontament més funcionals, i que de forma contrària, les persones amb sistemes familiars amb manca de flexibilitat tendien a fer ús d'estratègies individuals de regulació emocional.

Es mostra com el risc de TCA es troba relacionat amb la regulació de les seves emocions, com afronten les situacions i com és el seu context familiar. Tot i que alguns resultats no van ser significatius estadísticament, les variables estudiades són factors claus relacionades amb el desenvolupament de TCA.

7. Limitacions

Aquest estudi presenta diverses limitacions que calen tenir en compte.

Primerament, la mostra que ha estat analitzada presenta un desequilibri entre grups, és a dir, 10 dels participants classificats presenten un possible risc de TCA sobre un total de 118. Això limita la capacitat per detectar de forma clara les diferències significatives en algunes variables, i com a conseqüència no garantir que la mostra sigui representativa de la població general.

Cal destacar que es va utilitzar un mètode de mostreig no probabilístic, amb la tècnica de la bola de neu i la difusió a través de xarxes socials, és a dir, no es pot assegurar que la mostra utilitzada sigui diversa i representativa, afectant la generalització de resultats. A més, aquest sistema utilitzat pot comportar un biaix de selecció, ja que aquelles persones que participen poden presentar característiques comunes.

La dificultat d'accés a població clínica, ha estat una limitació significativa, ja que malgrat els intents de contactar amb associacions específiques relacionades amb aquest tipus de trastorns, no es va dur a terme l'emplenament del qüestionari, condicionant la generalització de resultats a poblacions clíniques amb un diagnòstic formal.

Respecte a la utilització d'instruments de naturalesa autoinformada, és un factor que pot comportar diversos errors o respostes condicionades per factors externs, per tant, per assegurar una major validesa s'hauria de complementar la informació amb entrevistes o diverses tècniques.

8. Bibliografia

Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria [Characterization, epidemiology and trends of eating disorders]. *Nutricion hospitalaria*, 39(Spec No2), 8–15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>

Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED. Capítulo, 7*.

Segreda Castro, S., & Segura Araya, C. (2020). Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 4(4), Pág. 212–226. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i4.199>

Gómez-Candela, Carmen, Palma-Milla, Samara, Miján-de-la-Torre, Alberto, Rodríguez-Ortega, Pilar, Matía-Martín, Pilar, Loria-Kohen, Viviana, Campos-del-Portillo, Rocío, Virgili-Casas, M.^a-Nuria, Martínez-Olmos, Miguel-Á., Mories-

Álvarez, María-Teresa, Castro-Alija, María-José, & Martín-Palmero, Ángela. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>

Vega, V. (2004). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria (tca) en población escolar adolescente. In xi jornadas de investigación. Facultad de psicología-universidad de buenos aires.*

Gómez PO, Calleja BN. Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Rev Mex Invest Psic.* 2016;8(1):96-117.

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology= Psicología Conductual*, 19(2), 347.

Jimeno, A. P., & López, S. C. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de psicología*, 36(1), 74-83.

Rodríguez Guarín, Maritza, Gempeler Rueda, Juanita, Mayor Arias, Natalia, Patiño Sarmiento, Camila, Lozano Cortés, Lyda, & Pérez Muñoz, Verónica. (2017). Disregulación emocional y síntomas alimentarios: Análisis de sesiones de terapia grupal en pacientes con trastorno alimentario. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1), 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001>

Pamies Aubalat, L., & Quiles Marcos, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24(Número 2), 230–235. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9614>

Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., Piqueras, J. A., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 109-120.

QUILES MARCOS, YOLANDA, & TEROL CANTERO, MARÍA CARMEN. (2008). AFRONTAMIENTO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:: UN ESTUDIO DE REVISIÓN. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 259-280. Retrieved April 15, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342008000200005&lng=en&tlng=es.

Lugli, Z., & Vivas, E. (2006). Afrontamiento y solución de problemas en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 14(1), 101-113.

Ruíz Martínez, Ana Olivia, Vázquez Arévalo, Rosalía, Mancilla Díaz, Juan Manuel, Viladrich i Segué, Carme, & Halley Castillo, María Elizabeth. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57. Recuperado en 28 de abril de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es&tlng=es.

Losada, A. V., & Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología - Tercera época*, 16, 30–49. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/72066>

Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances En Psicología*, 22(2), 165–178.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>

Sagardoy, R. C., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M. S., Codesal, R., Blanco, A., & Morales, L. T. G. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), 19-37.

Tous-Pallarés, J., Espinoza-Díaz, I. M. ., Lucas-Mangas, S., Valdivieso-León, L., & Gómez-Romero , M. del R. . (2022). CSI-SF: Propiedades psicométricas de la versión española del inventario breve de estrategias de afrontamiento. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 38(1), 85–92.
<https://doi.org/10.6018/analesps.478671>

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.

Castro, Á. M., Boneu-Yépez, D. J., Méndez, J. T. M., & Obredor, P. E. A. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista ciencias biomédicas*, 3(1), 99-111.

9. Anexos

9.1. Annex 1

TABLA N° 2 ESCALA EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)							
	PREGUNTAS	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura no comer aunque tenga hambre						
3	Me preocupó mucho por la comida						
4	A veces me he "atracado" de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado (a)						
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado (a)						

14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de régimen (dieta)						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incómodo (a) después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer régimen (dietas)						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

9.2. Annex 2

	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional	M (DT)
<i>Reevaluación cognitiva</i>	.47 ^a	-.04	5.02 (1.10)
1. Controlo mis emociones cambiando la forma de pensar acerca de la situación en que estoy	.77***	-.01	4.80 (1.51)
2. Cuando quiero sentir una emoción menos negativa, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación	.85***	-.07***	5.12 (1.47)
3. Cuando quiero sentir una emoción más positiva, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación	.83***	-.07***	5.16 (1.44)
4. Cuando quiero sentir una emoción más positiva (como alegría o diversión), cambio lo que estoy pensando	.73***	.02	4.82 (1.51)

5. Cuando quiero sentir una emoción menos negativa (como tristeza o ira), cambio lo que estoy pensando	.72***	.03	4.75 (1.50)
6. Cuando me enfrento ante una situación estresante, trato de pensar sobre ello de forma que me ayude a mantener la calma	.57***	-.10***	5.48 (1.40)
<i>Supresión emocional</i>	-.04	.72 ^a	2.04 (1.03)
7. Controlo mis emociones no expresándolas	.01	.91***	3.15 (1.85)
8. Cuando siento emociones negativas, me aseguro de no expresarlas	-.02	.89***	3.56 (1.87)
9. Guardo mis emociones para mí mismo/a	-.05	.92***	3.42 (1.99)
10. Cuando siento emociones positivas, me aseguro de no expresarlas	-.12***	.73***	2.12 (1.38)
α / ω	.84/.77	.89/.91	

Nota: ^a = varianza media extraída (AVE). α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald. ***
 $p < .001$.

9.3. Annex 3

Item	Media	SD	Factor	Carga factorial
1.- Hago un plan de acción y lo sigo (PFE)	3.458	1.018	2	0.981
2.- Busco el forro de plata o intento mirar el lado brillante de las cosas (PFE)	3.880	0.981	2	0.944
3.- Intento pasar el tiempo a solas (EFD)	3.175	0.996	-	-
4.- Espero que el problema se solucione solo (PFD)	1.962	0.958	3	1
5.- Intento dejar fuera mis emociones (EFE)	3.158	1.056	1	1
6.- Intento hablar con una amistad o familiar (EFE)	3.602	1.117	1	0.978
7.- Trato de poner el problema fuera de mi mente (PFD)	3.205	1.068	3	0.83
8.- Abordo el problema (PFE)	3.735	0.923	2	1
9.- Doy un paso atrás de la situación e intento poner las cosas en perspectiva (PFE)	2.967	1.065	2	0.85
10.- Tiendo a culparme a mí mismo o a mí misma (EFD)	3.092	1.076	4	1
11.- Dejo salir mis sentimientos para reducir el estrés (EFE)	3.023	1.079	1	1
12.- Espero un milagro (PFD)	1.678	1.082	3	0.987
13.- Le pido ayuda o consejo a una amistad cercana o familiar que respeto (EFE)	3.525	1.097	1	0.987
14.- Trato de no pensar en el problema (PFD)	2.652	0.974	3	0.863
15.- Tiendo a criticarme (EFD)	3.235	1.083	4	1
16.- Mantengo mis pensamientos y sentimientos para mí mismo o a mí misma (EFD)	3.035	1.126	4	1

9.4. Annex 4

1. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. (C)	1 2 3 4
2. Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos. (A)	1 2 3 4
3. Los padres tienen dificultades para llegar a acuerdos.	1 2 3 4
4. En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa. (A)	1 2 3 4
5. Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia. (C)	1 2 3 4
6. Es difícil saber cuáles son las normas en nuestra familia.	2 3 4 1
7. Los miembros de la familia se evitan unos a otros en casa.	2 3 4 1
8. Los miembros de la familia tienen miedo de decir lo que piensan. 1	2 3 4
9. Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente. (C)	1 2 3 4
10. En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones). (A)	1 2 3 4
11. Vemos con buenos ojos los amigos de los otros miembros de la familia.	1 2 3 4
12. Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución. (A)	1 2 3 4
13. En nuestra familia hacemos cosas juntos. (C)	1 2 3 4
14. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia más cercana.	1 2 3 4
15. Cuando surge un problema, cada miembro de la familia lo resuelve por su cuenta.	1 2 3 4
16. Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente. (A)	2 3 4 1
17. Los miembros de la familia tienen dificultades para encontrar	

tiempo para estar juntos.	1 2 3 4
18. En nuestra familia todos compartimos las responsabilidades.	1 2 3 4
19. Los miembros de la familia se meten demasiado en los asuntos de los demás.	1 2 3 4
20. En nuestra familia, mandan diferentes personas.	1 2 3 4

21. Los miembros de la familia conocen a los amigos íntimos de los demás.	1 2 3 4 5
22. En nuestra familia, es difícil cambiar una norma.	1 2 3 4 5
23. En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina). (C)	1 2 3 4 5
24. Los miembros de la familia se sienten más cercanos a personas externas a la familia que a los propios miembros de la familia.	1 2 3 4 5
25. A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos. (C)	1 2 3 4 5
26. En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión. (A)	1 2 3 4 5
27. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles. (C)	1 2 3 4 5
28. En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas. (A)	1 2 3 4 5
29. Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies. (C)	1 2 3 4 5
30. Cuando quedamos para hacer actividades juntos, la mayoría de los miembros de la familia está presente.	1 2 3 4 5
31. Tenemos amigos a los que vemos todos juntos como familia.	1 2 3 4 5
32. En nuestra familia se respeta la forma de ser de cada uno.	1 2 3 4 5
33. Los miembros de la familia hacen cosas en parejas, más que todos juntos.	1 2 3 4 5
34. Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes. (A)	1 2 3 4 5
35. Es más fácil comentar los problemas con personas externas a la familia que con los otros miembros de la familia.	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
36. Nos cuesta pensar en cosas para hacer juntos.	1 2 3 4 5
37. Nuestra familia cambia su forma de organizar las actividades de la vida diaria de la familia.	1 2 3 4 5
38. Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones. (C)	1 2 3 4 5
39. En nuestra familia las normas pueden cambiarse.	1 2 3 4 5

40. Nuestra familia come reunida más de una vez al día.	1 2 3 4 5
41. Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo. (A)	1 2 3 4 5
42. La unidad familiar es una preocupación principal. (C)	1 2 3 4 5
43. La mayoría de las decisiones las toman los padres.	1 2 3 4 5
44. Una vez que se le asigna una tarea a un miembro de la fami-	

45. Nuestra familia no habla sobre sus problemas.	1 2 3 4 5
46. Tornamos entre todos la responsabilidad de las tareas domés- ticas	1 2 3 4 5
47. Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas. (A)	1 2 3 4 5
48. En nuestra familia es difícil saber quién manda.	1 2 3 4 5
49. Es difícil saber quién hace cada tarea doméstica.	1 2 3 4 5
50. En nuestra familia cada uno va a lo suyo.	1 2 3 4 5

(C) Cohesión

(A) Adaptabilidad