



Universitat Autònoma de Barcelona

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud.

**Emoción Expresada en familiares de pacientes
hospitalizados con Trastornos de la Conducta
Alimentaria.**

Judit March Fuentes

Tesis Doctoral dirigida por:

**Rosa Maria Raich Escursell
Marisol Mora Giral**

Bellaterra, 2014.

Agradecimientos

A mis directoras de tesis: a Rosa Maria Raich por su experiencia y conocimiento en el ámbito de la psicopatología clínica y a Marisol Mora, por su apoyo, por sus consejos y conocimientos metodológicos.

A todos los amigos y amigas que me han acompañado durante este camino, animándome en los momentos difíciles.

A los pacientes y a las familias que han participado en este estudio, porque sin ellos, este trabajo no hubiera sido posible.

A mis padres, por todo, porque sin ellos esta tesis no hubiera visto la luz. A Oscar y a Joan, por animarme y ayudarme siempre, en los buenos y en los malos momentos.

ÍNDICE.

Capítulo 1. Marco Teórico.....	14
1. Introducción.....	15
2. Concepto y evaluación de la emoción expresada.....	19
2.1. El concepto de emoción expresada.....	19
2.2. Características de las familias de baja y alta emoción expresada.....	21
2.3. Evaluación de la emoción expresada.....	24
3. Factores familiares en los trastornos de la conducta alimentaria.....	30
3.1. Factores de riesgo en los TCA.....	30
3.2. La familia en los TCA.....	33
3.3. Perspectiva histórica del papel de la familia en los TCA.....	34
3.4. Modelos actuales: Cambio de paradigma en el papel de los factores familiares en el TCA.....	39
4. Funcionamiento familiar en los TCA.....	42
4.1. Concepto y modelos de funcionamiento familiar.....	42
4.2. Percepción del funcionamiento familiar en los TCA.....	43
4.3. Funcionamiento familiar y subtipos de TCA.....	45
5. Emoción expresada y trastornos de la conducta alimentaria.....	48
5.1. Niveles de EE en familias con pacientes con TCA.....	56
5.2. EE como indicador pronóstico de recaídas y del curso de la enfermedad.....	64
6. Emoción expresada e intervención familiar en los TCA.....	65
6.1. Modificación de los niveles de EE mediante Intervención familiar.....	65
6.2. EE y abandono de la terapia.....	67
6.3. EE y respuesta al tratamiento.....	68
7. Estrés, carga familiar y malestar psicológico en familiares de pacientes con TCA.....	70
7.1. Estrés y carga familiar en familiares de pacientes con TCA.....	70
7.2. Modelos de carga para el cuidador.....	72
7.3. Malestar psicológico y trastornos afectivos en familiares de pacientes con TCA.....	74
7.4. Estrés y EE en familiares de pacientes con TCA.....	76
8. Limitaciones en las investigaciones sobre EE y TCA.....	78
Capítulo 2. Objetivos e hipótesis de trabajo.....	84
1. Objetivos generales y específicos.....	85
2. Hipótesis.	86

Capítulo 3. Método.....	88
1. Muestra.....	88
1.1. Población.....	88
1.2. Participantes.....	88
2. Material.....	90
2.1. Pruebas administradas a los pacientes.....	90
2.2. Pruebas administradas a los familiares.....	90
3. Procedimiento.....	92
4. Descripción de los instrumentos de evaluación.....	93
4.1. Descripción de la “The Eating Disorders Examination Interview” (EDE-12).....	94
4.2. Descripción del cuestionario demográfico aplicado a las familias de los pacientes.....	95
4.3. Descripción general y contenido del EDI-2.....	95
4.4. Descripción general y contenido de “The Level of Expressed Emotion” (LEE).....	97
4.5. Descripción general y contenido de la versión de “The Family Questionnaire” (FQ).....	99
4.6. Descripción general y contenido de “The Family Adaptability and Cohesion Scales”.....	100
4.7. Descripción general y contenido de “The HADS”.....	107
4.8. Descripción general y contenido de la escala “EDSIS”.....	108
5. Metodología estadística y análisis de los datos.....	110
5.1. Análisis estadístico.....	110
5.2. Material informático, programas estadísticos utilizados.....	111
Capítulo 4. Resultados.....	113
1. Estudio descriptivo.....	114
1.1. Género, edad y estatus económico de los familiares.....	114
1.2. Horas de contacto con los familiares.....	116
1.3. Diagnóstico y tipo purgativo-no purgativo de los pacientes.....	119
1.4. Características de los pacientes: Edad, Peso e IMC.....	121
1.5. Curso de la enfermedad: Edad de inicio del problema, tiempo de evolución y nº de ingresos de los pacientes.....	125
1.6. Emoción Expresada en los familiares.....	126
1.6.1. Niveles de EE.....	126
1.6.2. Criticismo y Sobreimplicación emocional.....	127

1.6.3. Otras variables relacionadas con EE: Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.....	129
1.7. Ansiedad y depresión en los familiares.....	130
1.8. Patología Alimentaria.....	132
1.9. Grado de impacto de los síntomas del paciente sobre los familiares.....	133
1.10. Funcionamiento Familiar.....	135
2. Resultados según objetivos e hipótesis planteadas.....	138
2.1. Relación entre la EE y las tipologías diagnósticas y formas purgativa- no purgativa. Análisis de la relación con las subescalas.....	139
2.1.1. Análisis de la relación entre la EE y las tipologías diagnósticas y formas purgativa- no purgativa.....	140
2.1.2. Análisis de la relación entre las subescalas y las tipologías diagnósticas y formas purgativa- no purgativa.....	141
2.1.2.1. Comentarios Críticos y Sobreimplicación.....	141
2.1.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.....	143
2.2. Relación entre la EE y las características de los pacientes y curso de la enfermedad. Análisis de la relación con las subescalas.....	144
2.2.1. Análisis de la relación entre la EE y las características de los pacientes y curso de la enfermedad.....	144
2.2.2. Análisis de la relación entre las subescalas y las características de los pacientes y curso de la enfermedad.....	145
2.2.2.1. Comentarios críticos y Sobreimplicación.....	145
2.2.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.....	148
2.3. Relación entre la EE y la psicopatología de los familiares. Análisis de la relación con las subescalas.....	149
2.3.1. Análisis de la relación entre la EE y la psicopatología de los familiares.....	149
2.3.2. Análisis de la relación entre las subescalas y la psicopatología de los familiares.....	151
2.3.2.1. Comentarios críticos y Sobreimplicación.....	151
2.3.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.....	153
2.4. Relación entre la EE y grado de impacto de los síntomas. Análisis de la relación con las subescalas.....	154
2.4.1. Análisis de la relación entre la EE y grado de impacto de los síntomas.....	154
2.4.2. Análisis de la relación entre las subescalas y grado de impacto de los síntomas.....	155

2.4.2.1. Comentarios críticos y Sobreimplicación.....	155
2.4.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrentamiento e Intrusismo.....	157
2.5. Relación entre la EE y la patología alimentaria de los pacientes	
Análisis de la relación con las subescalas.....	160
2.5.1. Análisis de la relación entre la EE y la patología alimentaria.....	160
2.5.2. Análisis de la relación entre las subescalas y la patología alimentaria.....	162
2.5.2.1. Comentarios críticos y Sobreimplicación.....	163
2.5.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrentamiento e Intrusismo.....	164
2.6. Relación entre la EE y el funcionamiento familiar. Análisis de la relación con las subescalas.....	166
2.6.1. Análisis de la relación entre la EE y el funcionamiento familiar.....	166
2.6.2. Análisis de la relación entre las subescalas y el funcionamiento familiar.....	167
2.6.2.1. Comentarios críticos y Sobreimplicación	167
2.6.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.....	173
2.7. Variables predictoras de alta EE.....	174
2.8. Resumen de los Resultados más significativos según objetivos e hipótesis planteadas.....	176
2.8.1. Incidencia de EE.....	176
2.8.2. Variables descriptivas.....	176
2.8.2.1. Edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.	176
2.8.2.2. Ansiedad y depresión en los familiares.	177
2.8.2.3. Sintomatología sobre patología alimentaria.....	177
2.8.2.4. Impacto de los síntomas del paciente sobre los familiares.....	178
2.8.2.5. Cohesión y Adaptación familiar.....	181
2.8.3. Hipótesis planteadas.....	179
2.8.4. Variables predictoras de alta EE.....	185
 Capítulo 5. Discusión.....	 187
 Capítulo 6. Conclusiones.....	 220
 Capítulo 7. Bibliografía.....	 224
 Capítulo 8. Anexos.....	 246

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Descripción de los componentes de la EE.
- Tabla 2.** Características de las familias de baja y alta EE.
- Tabla 3.** Características metodológicas de 28 estudios a nivel internacional.
- Tabla 4.** Niveles de EE según diferentes estudios realizados.
- Tabla 5.** Protocolos de evaluación administrados al grupo de familiares.
- Tabla 6.** Protocolos de evaluación administrados a los pacientes.
- Tabla 7.** Estadísticos descriptivos de la edad de los familiares.
- Tabla 8.** Distribución del estado socioeconómico de las familias.
- Tabla 9.** Estadísticos descriptivos de las horas de contacto con los familiares.
- Tabla 10.** Horas de contacto de los pacientes con los familiares por género de los familiares.
- Tabla 11.** Frecuencias y porcentajes del diagnóstico, forma purgativa-no purgativa y subtipo diagnóstico.
- Tabla 12.** Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes.
- Tabla 13.** Estadísticos descriptivos del peso de los pacientes.
- Tabla 14.** Estadísticos descriptivos del IMC de los pacientes.
- Tabla 15.** Media y desviación estándar del peso e IMC de las pacientes. Diferencias entre AN y BN y formas purgativa-no purgativa.
- Tabla 16.** Media y desviación estándar de la edad del diagnóstico, tiempo de evolución, nº de ingresos de las pacientes y horas de contacto con los familiares.
- Tabla 17.** Media y desviación estándar de la edad del diagnóstico, tiempo de evolución, nº de ingresos de las pacientes y horas de contacto por tipo de diagnóstico y formas purgativa-no purgativa.
- Tabla 18.** Media y desviación estándar de las puntuaciones de SIE y C/C.
- Tabla 19.** Media y desviación estándar de las puntuaciones de SIE y CC. Diferencias entre padres y madres.
- Tabla 20.** Frecuencias y porcentajes de alta y baja SIE. Diferencias entre género de familiares.
- Tabla 21.** Frecuencias y porcentajes de alto y bajo CC. Diferencias entre género de familiares.
- Tabla 22.** Media y desviación estándar de las puntuaciones de las subescalas del LEE y la escala general del LEE en los familiares. Diferencias entre padres y madres.
- Tabla 23.** Frecuencias y porcentajes de puntuaciones clínicas de depresión y ansiedad. Diferencias entre género de los familiares.
- Tabla 24.** Media y desviación estándar de las puntuaciones de depresión, ansiedad y la escala general del HADs en los familiares. Diferencias entre género de familiares.
- Tabla 25.** Relaciones entre puntuaciones de ansiedad, depresión y escala total del HADs y subtipo de TCA y forma purgativa-no purgativa.
- Tabla 26.** Medias de las puntuaciones de las subescalas del EDI-2.

- Tabla 27.** Media y desviación estándar de las puntuaciones del EDI-2 de las pacientes. Diferencias entre diagnóstico y formas purgativa- no purgativa.
- Tabla 28.** Media y desviación estándar de las puntuaciones de las subescalas del EDSIS por género de los familiares (padres y madres).
- Tabla 29.** Frecuencias y porcentajes de alta y baja EE. Diferencias entre AN-BN, formas purgativa-no purgativa y tipologías diagnósticas.
- Tabla 30.** Frecuencias y porcentajes de alta y baja EE. Diferencias entre género de familiares, AN-BN y formas purgativa-no purgativa.
- Tabla 31.** Frecuencias y porcentajes de alto y bajo CC. Diferencias entre AN-BN y formas purgativa-no purgativa.
- Tabla 32.** Frecuencias y porcentajes de alta y baja SIE. Diferencias entre AN-BN y formas purgativa-no purgativa.
- Tabla 33.** Frecuencias y porcentajes de alto y bajo CC. Diferencias entre género de familiares, AN-BN y formas purgativa/no purgativa.
- Tabla 34.** Frecuencias y porcentajes de alta y baja SIE. Diferencias entre género de familiares, AN-BN y formas purgativa-no purgativa.
- Tabla 35.** Puntuaciones medias de las subescalas del LEE por diagnósticos.
- Tabla 36.** Puntuaciones medias de las subescalas del LEE por subtipos purgativo- no purgativo.
- Tabla 37.** Relación entre las variables evolutivas y la EE familiar.
- Tabla 38.** Relación entre tiempo de evolución del TCA del paciente y la EE por género familiar.
- Tabla 39.** Relación entre las variables evolutivas y CC.
- Tabla 40.** Relación entre las variables evolutivas y CC por género de familiares.
- Tabla 41.** Relación entre las variables evolutivas y SIE.
- Tabla 42.** Relación entre las variables evolutivas y SIE por género de familiares.
- Tabla 43.** Relaciones entre variables evolutivas y subescalas del LEE.
- Tabla 44.** Relaciones entre variables evolutivas y subescalas del LEE por género de familiares.
- Tabla 45.** Relación entre alta y baja EE y psicopatología de los familiares.
- Tabla 46.** Relación entre alta y baja EE y la psicopatología de los familiares por géneros.
- Tabla 47.** Frecuencia de alta y baja EE y depresión de los familiares por géneros.
- Tabla 48.** Frecuencia de alta y baja EE y ansiedad de los familiares por géneros.
- Tabla 49.** Relación entre niveles de CC y puntuaciones de depresión y ansiedad de los padres.
- Tabla 50.** Relación entre niveles de CC y las puntuaciones de depresión y ansiedad de las madres.
- Tabla 51.** Relación entre niveles de SIE y las puntuaciones de depresión y ansiedad por género de familiares (padres y madres).
- Tabla 52.** Relaciones entre las subescalas del LEE y psicopatología de los familiares.
- Tabla 53.** Relaciones entre las subescalas del LEE y psicopatología de los familiares por géneros.

- Tabla 54.** Relación entre niveles de EE y subescalas del EDSIS por géneros.
- Tabla 55.** Relación entre niveles de CC y subescalas del EDSIS por géneros.
- Tabla 56.** Relación entre niveles de SIE y subescalas del EDSIS por género de los familiares.
- Tabla 57.** Relaciones entre las subescalas del LEE y las subescalas del EDSIS.
- Tabla 58.** Relaciones entre las subescalas del LEE y las subescalas del EDSIS por género de familiares.
- Tabla 59.** Relación entre la patología alimentaria de las pacientes y la EE familiar.
- Tabla 60.** Relación entre niveles de EE y subescalas del EDI-2 en los padres.
- Tabla 61.** Relación entre niveles de EE y subescalas del EDI-2 en las madres.
- Tabla 62.** Relación entre niveles de CC y subescalas del EDI-2. Diferencias entre padres y madres.
- Tabla 63.** Relación entre niveles de SIE y subescalas del EDI-2. Diferencias entre género de los familiares.
- Tabla 64.** Relaciones entre la patología alimentaria y las subescalas del LEE.
- Tabla 65.** Relaciones entre la patología alimentaria de las pacientes y las subescalas del LEE en los padres.
- Tabla 66.** Relaciones entre la patología alimentaria de las pacientes y las subescalas del LEE en las madres.
- Tabla 67.** Tipología de familia según alta o baja EE por género de familiares.
- Tabla 68.** Tipología de familia según alto o bajo CC por género de los familiares.
- Tabla 69.** Tipología de familia según alta o baja SIE por género de los familiares.
- Tabla 70.** Relaciones entre subescalas del LEE y variables de funcionamiento familiar.
- Tabla 71.** Relaciones entre subescalas del LEE y variables de funcionamiento familiar por género de los familiares.
- Tabla 72.** Posibles variables predictoras de alta EE.

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Modelo conceptual sobre variables predictoras de experiencias negativas y del estado mental de cuidadores de pacientes con TCA.
- Figura 2.** Relaciones entre variables a analizar en el estudio.
- Figura 3.** Tipos de familia del Modelo Circumplejo de Olson.
- Figura 4.** Distribución del género de los familiares.
- Figura 5.** Diagrama de caja de la edad de los familiares.
- Figura 6.** Gráfico de estado socioeconómico de las familias.
- Figura 7.** Gráfico de sectores de las horas de contacto de los pacientes con los familiares.
- Figura 8.** Diagrama de Caja de las horas de contacto de los pacientes con los familiares.

- Figura 9.** Diagrama de Caja de de las horas de contacto por género de los familiares.
- Figura 10.** Distribución de la muestra de pacientes según diagnóstico.
- Figura 11.** Distribución de la muestra de pacientes según formas purgativa-no purgativa.
- Figura 12.** Distribución de la muestra de pacientes según subtipos diagnósticos.
- Figura 13.** Diagrama de Caja de la edad de los pacientes.
- Figura 14.** Diagrama de Caja del peso de los pacientes.
- Figura 15.** Diagrama de Caja del IMC de los pacientes.
- Figura 16.** Porcentajes de alta y baja EE a nivel general en los familiares.
- Figura 17.** Gráfico de frecuencias de EE. Diferencias entre padres y madres.
- Figura 18.** Gráfico de frecuencias de CC y SIE.
- Figura 19.** Gráfico de las puntuaciones de depresión, ansiedad y la escala general del HADs por género de los familiares.
- Figura 20.** Gráfico de las puntuaciones de subescalas EDSIS por género de los familiares.
- Figura 21.** Gráfico de los porcentajes en las categorías de cohesión.
- Figura 22.** Gráfico de los porcentajes en las categorías de adaptación.
- Figura 23.** Situación familiar según el modelo Circumplejo por género de familiares.
- Figura 24.** Relación entre niveles de cohesión familiar y alta y baja EE.
- Figura 25.** Relación entre niveles de adaptación y EE.
- Figura 26.** Relación entre niveles de cohesión y alto y bajo CC de los padres.
- Figura 27.** Relación entre niveles de cohesión y alto y bajo CC de las madres.
- Figura 28.** Relación entre niveles de adaptación y alto y bajo CC de los padres.
- Figura 29.** Relación entre niveles de adaptación familiar y alto y bajo CC de las madres.
- Figura 30.** Relación entre niveles de cohesión familiar y alta y baja SIE de los padres.
- Figura 31.** Relación entre niveles de cohesión familiar y alta y baja SIE de las madres.
- Figura 32.** Relación entre niveles de adaptación familiar y alta y baja SIE de los padres.
- Figura 33.** Relación entre niveles de adaptación familiar y alta y baja SIE de las madres.

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1:** Cuestionario sociodemográfico.
- Anexo 2:** Cuestionario sobre datos clínicos.
- Anexo 3:** *The Level of Expressed Emotion (LEE).*
- Anexo 4:** *Family Adaptability and Cohesion Scales-III (FACES-III).*
- Anexo 5:** *The Eating Disorders Symptom Impact (EDSIS).*
- Anexo 6:** *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADs).*
- Anexo 7:** *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2).*
- Anexo 8:** Versión de *The Family Questionnaire (FQ).*

LISTADO DE ABREVIATURAS

ATI: Actitud hacia la enfermedad.

AN: Anorexia Nerviosa.

ANr: Anorexia Nerviosa tipo restrictivo.

ANp: Anorexia Nerviosa tipo purgativo.

ANX: Ansiedad

DEP: Depresión

BN: Bulimia Nerviosa.

BNnp: Bulimia Nerviosa tipo no purgativo.

BNp: Bulimia Nerviosa tipo purgativo.

CC: Comentarios críticos.

CP: Cuidador primario.

CS: Cuidador secundario.

EE: Emoción Expresada.

H: Hostilidad.

I: Intrusismo.

IMC: Índice de masa corporal.

No purgat: Forma no purgativa.

SIE: Sobreimplicación emocional.

TCA: Trastornos del comportamiento alimentario.

TCANE: Trastornos del comportamiento alimentario no especificado.

T/A: Tolerancia/Afrontamiento.

CAPÍTULO 1. Marco Teórico.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.

1. Introducción

La estructura familiar está considerada como uno de los sistemas más importantes que favorecen la salud y mejoran la calidad de vida de la persona que vive en el entorno familiar. La familia, aunque muchas veces puede representar una importante fuente de apoyo, también puede convertirse en una fuente de tensiones psicológicas entre sus miembros, también para la mayoría de las personas que padecen algún trastorno mental. En el caso de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la mayoría viven con sus familias de origen en el momento del diagnóstico, por lo que la familia podría influir en el desarrollo y la evolución del trastorno. Numerosos estudios ponen en relieve el importante papel que representa el ambiente familiar en el desarrollo y en el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, pero aún no se han identificado con claridad las posibles variables familiares que pueden favorecer su desarrollo o su evolución.

Los TCA son un grupo de trastornos mentales caracterizados por el desorden en el comportamiento alimentario y la preocupación por la comida y el miedo a ganar peso. Han entrado en las clasificaciones diagnósticas internacionales del DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992) como trastornos específicos, los más representativos son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) y los más frecuentes, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Estos trastornos han supuesto en las últimas décadas un importante reto para la salud pública, convirtiéndose en una de las patologías psiquiátricas más preocupantes de la adolescencia y la juventud debido a la gravedad de su sintomatología asociada al elevado índice de cronicidad (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000; Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner & Gao, 2005; Strober, 2004) y por la incidencia cada vez mayor que existe en la población.

El progresivo incremento de su prevalencia, la evidente disminución de su edad de inicio y su potencial gravedad con riesgo significativo de muerte, así como los factores socioculturales que pueden generarlas y sus graves secuelas físicas,

psicológicas y sociales, han despertado una auténtica alarma social y los han convertido en un importante problema de salud pública. A esto hay que añadir que tan sólo reciben tratamiento menos de un tercio de las personas con TCA (Jonson, Cohen, Kasen & Brook, 2002) y un 20% de los casos tratados se cronifican (Morandé, Celada & Casas, 1999). La letalidad de los TCA está considerada como la más alta entre las detectadas por trastornos psiquiátricos, situándose los valores de mortalidad después de los 20 años en torno al 15%-20% (Garner, Vitousek & Pike, 1997), considerándose la anorexia nerviosa como la tercera enfermedad crónica más frecuente en la adolescencia (Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991).

Recientes estudios epidemiológicos destacan un incremento en la incidencia de TCA, principalmente en mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años de edad) con AN (Hoek, 2006), aunque la literatura existente informa de cambios observados en la edad de inicio, describiendo casos tanto de inicio precoz (Lahortiga-Ramos, De Irala-Estévez, Cano-Prous et al., 2005) como tardío (Lapid et al., 2010). Según el Plan de Salud de Cataluña (1999-2001) se ha producido un aumento en la población adolescente de los TCA de edades cada vez más tempranas, y aunque es difícil estimar la prevalencia de estos trastornos, la mayor parte de las investigaciones publicadas recientemente coincide en el aparente aumento del número de casos de estos trastornos en los países desarrollados en los últimos 50 años. En España los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de casos de TCA en población femenina de entre 12 y 21 años de alrededor del 4,1 y 6,41%. En el caso de la anorexia se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9%, para la bulimia del 0,41% al 2,9% y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCA no especificados. En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41%. En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de 0% para la AN, del 0% al 0,36% para la BN y del 0,18% al 0,77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0,27% a 0,90% (Arrufat, 2006; Morandé et al., 1999; Olesti et al., 2008; Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2007; Pérez-Gaspar et al., 2000; Rodríguez-Cano, Beato-Fernández & Belmonte-Llario, 2005; Rojo et al., 2003).

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una etiología multifactorial en la que intervienen diferentes variables que interactúan e influyen sobre la aparición de los TCA: los factores psicológicos específicos del individuo, la edad en la que aparece el síntoma, la adolescencia, el componente cultural, la predisposición genética y los

factores familiares. En relación a esta última variable, algunos investigadores han destacado la importancia de las actitudes y comportamientos de la familia a la hora de comprender los TCA, tanto como factores implicados en la etiología como en el mantenimiento del TCA. El papel que juegan las variables familiares en el origen, mantenimiento del trastorno y en las posibles recaídas está cobrando cada vez más relevancia y la investigación cada vez va poniendo un mayor énfasis en el estudio de estas variables. Numerosos autores han reconocido a la familia como uno de los factores de mantenimiento de los TCA (Treasure et al., 2008a) y son también numerosas las evidencias a favor de la eficacia de la terapia familiar para el tratamiento de adolescentes con AN (Loeb & Le Grange, 2009). Los miembros familiares de un paciente con TCA están considerados como piezas clave en su recuperación, tanto es así que los protocolos clínicos basados en la evidencia han resaltado la importancia de incorporar a la familia en el tratamiento del paciente adolescente y joven con un TCA (Guía Nacional Sanitaria, 2009; National Institute of Health and Care Excellence [NICE], 2004). Este hecho ha promovido el desarrollo de programas psicoeducativos grupales impartidos de forma independiente al tratamiento del paciente (Eisler, 2005; Le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2010.)

La emoción expresada (EE) es un constructo que representa aspectos claves de la relación interpersonal e informa sobre diferentes estilos de comunicación y de relación familiar. Ha sido considerada como una medida del ambiente familiar que refleja la cantidad y la calidad de las actitudes o aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia algunos de sus miembros con algún tipo de desorden o discapacidad (Barrowclough & Hooley, 2003; Brown, Carstairs & Topping, 1958). Entre estos diferentes estilos de comunicación, la EE se ha evaluado tradicionalmente por cinco dimensiones como son la realización de comentarios críticos o criticismo (CC), la hostilidad (H), la sobreimplicación emocional (SIE), la calidez (C) y los comentarios positivos (CP) (Barrowclough & Hooley, 2003; Kazarian, Malla, Cole & Baker, 1990).

Las actitudes familiares que componen el constructo EE parecen constituir una fuente de estrés importante que al incidir en personas con altos niveles de vulnerabilidad puede hacer que se mantenga el TCA (Schmidt & Treasure, 2006; Treasure et al., 2008b; Treasure, Smith & Crane, 2007, Zabala, Macdonald & Treasure, 2009) o puede hacer que se produzcan posibles recaídas (Hodes & Le Grange, 1993;

Szmukler, Eisler, Russell & Dare, 1985; Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki & Someya, 2001; van Furth et al., 1996;). La EE, además de ser considerada una variable clave en el mantenimiento de la enfermedad y un indicador pronóstico de recaída, está considerada también como una variable predictiva del pronóstico de los TCA, y es por tanto, un factor a tener en cuenta de cara a la recuperación del trastorno (Butzlaff & Hooley, 1998; Schmidt & Treasure, 2006).

Este trabajo de investigación tiene por objetivo general describir el perfil de la EE en una cohorte de familiares de pacientes con TCA, analizando las diferentes manifestaciones de alta EE en estas familias. Los objetivos específicos son los siguientes: observar y valorar el nivel de la emoción expresada y la relación con otras variables socio-demográficas, clínicas y de funcionamiento familiar en un grupo de familiares de pacientes con TCA y observar la relación entre los niveles de EE de estos familiares y la sintomatología referente a la patología alimentaria que presentan los pacientes con TCA.

El estudio de las características de los familiares que actúan como factores de riesgo o de protección de TCA, en concreto el estudio del constructo EE, aporta una mejor comprensión de los mecanismos de origen y del mantenimiento del trastorno y clarifican las relaciones entre la vida familiar y la expresión de los síntomas. Una vez conozcamos los mecanismos implicados en el funcionamiento y las interacciones entre los miembros del círculo familiar del paciente y una vez tengamos detectada la participación de estas variables relacionadas con el ambiente familiar, estaremos delante de la posibilidad de modificarlas, planteando estrategias terapéuticas y diseñando nuevas intervenciones adecuadas que contribuyan a reducir el elevado coste sanitario que conllevan estas patologías debido a su cronicidad y a las elevadas tasas de recaída.

2. La emoción expresada. Concepto y evaluación.

2.1. El concepto de emoción expresada.

La investigación sobre la emoción expresada fue desarrollada a partir de los estudios de las familias de personas con esquizofrenia. En la década de los años sesenta, Brown y sus colaboradores (1962) empezaron a estudiar los factores de recaída y de reingreso en la población esquizofrénica y hallaron que las actitudes emocionales de los familiares hacia los pacientes estaban ligadas a las recaídas (Brown, Carstairs & Topping, 1962). Estos autores definieron la EE como un índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares sobre un miembro de la familia que padece una enfermedad psiquiátrica y que se puede medir en los familiares, los cuales expresan comentarios críticos, hostilidad o actitudes de sobreprotección hacia el familiar que padece el trastorno. Los resultados de sus investigaciones les permitieron concluir que existen ciertas características de las relaciones familiares que no son deseables para el enfermo esquizofrénico y que la tipología familiar está relacionada con las recaídas psiquiátricas de los enfermos porque refleja el clima emocional que impera en el hogar (Brown et al., 1962). Unos años más tarde crearían un instrumento de evaluación con el propósito de medir la variable EE: la Entrevista Familiar Camberwell (CFI), un instrumento de investigación orientado a registrar los sentimientos y emociones que pueden encontrarse en la familia.

La variable EE se define como la medida del ambiente familiar que refleja la cantidad y calidad de las actitudes de los familiares hacia el paciente y ha surgido para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de una estructura familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros. El constructo consta de cinco componentes: Comentarios Críticos (CC), Hostilidad (H), Sobreimplicación Emocional (SIE), Calidez (C) y Comentarios Positivos (CP) (Espina et al., 1999; Muela & Godoy, 2003; Vaughn & Leff, 1976). Una descripción resumida de estos se recoge en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de los componentes de la EE (Vaughn & Leff, 1976.)

Componentes EE	Descripción
Comentarios críticos (CC)	<i>Comentarios realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente evaluando negativamente la conducta del enfermo, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho.</i>
Hostilidad (H)	<i>Tipo más extremo de comentario crítico que implica una evaluación negativa generalizada, dirigida más a la persona que a la conducta, o un rechazo manifiesto hacia el paciente.</i>
Sobreimplicación emocional (SIE)	<i>Respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar además de intentos de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente. Hace referencia a diferentes componentes: -Desesperanza (tristeza, pesimismo negativo). -Autosacrificio (coste emocional de la familia por la enfermedad). -Sobreprotección (sentimientos de compasión hacia el enfermo y excesiva permisividad). -Manifestación emocional intensa (lloros, sollozos, etc.).</i>
Calor (C)	<i>Manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés.</i>
Comentarios positivos (CP)	<i>Expresiones de aprobación, valoración y aprecio hacia el paciente o su conducta.</i>

El índice o nivel de EE de la familia se obtiene solamente a partir de los componentes de Criticismo o Comentarios Críticos (CC), Hostilidad (H) y Sobreimplicación Emocional (SIE), que son los que han mostrado el mayor valor predictivo en relación a la recaída (Espina et al., 1999).

Si bien los primeros estudios se enfocaron en la recaída en pacientes adultos esquizofrénicos, los actuales estudios de investigación se centran en la influencia de la EE sobre diferentes tipos de trastornos psiquiátricos y físicos. Según la literatura científica, los componentes de la EE han sido reconocidos como factores predictivos del curso de la enfermedad en una amplia variedad de condiciones psiquiátricas (Butzlaff & Hooley, 1998; Vaughn & Leff, 1976) y también como factores predictivos de recaídas en diferentes trastornos psicopatológicos (Hodes & Le Grange, 1993; Hooley & Licht, 1997; Hooley, Orley & Teasdale, 1986; Szmukler et al, 1985; Uehara et al., 2001; van Furth et al., 1996; Vaughn & Leff, 1976). Se ha demostrado también que las intervenciones destinadas a disminuir los niveles de emoción expresada en los miembros familiares han reducido la probabilidad de recaída psiquiátrica temprana en pacientes que han dejado el hospital (Eisler et al., 2000; Hooley, 2007; Treasure et al., 2008b).

2.2. Características de las familias de baja y alta emoción expresada.

Vaughn & Leff (1978) fueron los primeros en investigar las diferencias entre las familias con alta y baja EE en muestras de familiares de pacientes con esquizofrenia. Estos autores diferenciaron a los familiares que mostraban una alta crítica y/o una marcada sobreimplicación emocional (alta EE) de los que no (baja EE), principalmente hallaron las siguientes características en sujetos con alta o baja EE y que en la actualidad son aceptadas por la comunidad científica.

El grado de intrusión de la familia en la vida del paciente es una característica importante que diferencia a las familias de baja y alta EE, los familiares que presentan altas puntuaciones en EE tienen dificultades para dar autonomía a los pacientes y son intrusivos, al contrario de los que presentan baja EE, éstos demuestran una buena disposición en respetar los deseos de los pacientes y tienen tendencia a evitar la intrusión en la vida de los mismos.

Existen diferencias en el tipo de comunicación del familiar con el paciente entre familiares con alta y baja EE. Los familiares con alta EE se comunican peor con el paciente, hablan más, escuchan menos eficazmente y pasan menos tiempo mirando al mismo, en definitiva, los familiares con baja EE están más dispuestos a escuchar. Estos hallazgos son consistentes con la tendencia general apuntada anteriormente al

considerar a los familiares con alta EE a ser más intrusivos mientras los de baja emoción expresada tenderían a dar más apoyo a los pacientes que padecen un TCA (Kuipers, 1993).

La respuesta emocional del familiar también se presenta de manera diferente en familiares con baja y alta EE, los familiares de pacientes con esquizofrenia y con baja EE acostumbran a ser fríos y controladores y a estar preocupados pero no se muestran excesivamente ansiosos y tienden a afrontar las crisis de una manera efectiva. Por el contrario, las familias con alta EE responden a la enfermedad con enfado, un dolor agudo o ambos.

Las creencias y atribuciones que hacen los familiares sobre la enfermedad del paciente condicionan las actitudes del familiar hacia el mismo (Tarrier et al., 2002) y por lo tanto también las relaciones entre familiares y paciente. Los familiares pueden volverse críticos y/o sobreprotectores según cómo entiendan los aspectos de la enfermedad del paciente enfermo (Van Os, Hanssen, Bijl & Vollebergh). En este sentido, los familiares de los pacientes con elevada EE acostumbran a dudar sobre el hecho de que el paciente esté realmente enfermo y de que tenga poco o ningún control de los síntomas, haciendo aparecer en el paciente sentimientos de culpabilidad o de responsabilidad de la situación. Los familiares con altos niveles de comentarios críticos asumen que los pacientes poseen un mayor control sobre la enfermedad y una mayor capacidad para escoger sus comportamientos y por lo tanto, intentan utilizar la coerción para modificar las conductas de los pacientes que están a su cuidado. Por el contrario, los familiares sobreprotectores asumen que el paciente es pasivo, una víctima de la enfermedad, en este caso, los familiares asumen el control y la responsabilidad del paciente. En relación a la sobreimplicación emocional de los padres en la esquizofrenia, se ha encontrado que los familiares no perciben a los pacientes enfermos como responsables de su conducta (Brewin, McCarthy, Duda & Vaughn, 1991; Hooley & Campbell, 2002; Peterson & Doherty, 2004; Weisman, Nuechterlein, Goldstein & Snyder, 2000), lo que contribuiría a que hubiera una mayor sobreprotección de los familiares hacia estos pacientes.

Los familiares de pacientes con esquizofrenia que presentan bajos niveles de EE, tienen tendencia a creer que el paciente está sufriendo una enfermedad, mostrándose tolerantes con los comportamientos sintomáticos del paciente, a diferencia

de los familiares con alta EE, que hacen pocas concesiones a los pacientes, ejerciendo presión sobre ellos para que el paciente actúe como se supone que debería actuar una persona normal (Vaughn & Leff, 1978).

Vemos resumidas estas características de las familias con alta y baja emoción expresada en la siguiente tabla:

Tabla 2. Características de las familias de baja y alta EE (Vaughn & Leff, 1976.)

	<i>Alta EE</i>	<i>Baja EE</i>
Nivel cognitivo	-El paciente no puede controlar los síntomas. -Bajas expectativas.	-El paciente puede controlar los síntomas. -Altas expectativas.
Nivel conductual	-Adaptativo, intentando resolver problemas. -No intrusivo. -Evitando el conflicto.	-Ineficacia en el manejo. -Intrusivo. -Confrontación.
Nivel emocional	-Calma, autocontrol. -Objetividad. -Empáticos.	-Rabia y tensión intensa. -Subjetividad. -Preocupación en torno a uno mismo.

2.3. Evaluación de la emoción expresada.

La emoción expresada ha sido considerada una medida robusta de las actitudes emocionales de los familiares hacia el paciente (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny & Rahill, 2000) para la que se han creado diferentes instrumentos de evaluación, pero la primera prueba y la que está considerada como el instrumento básico de evaluación de la EE, es la *Camberwell Family Interview* (CFI), creada por Brown en 1967 para evaluar la EE de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Su aplicabilidad a nivel clínico ha sido reducida por limitaciones como el excesivo tiempo que requiere, la necesidad de personal entrenado para administrarla y codificarla y la necesidad de una fiabilidad interjueces de 0.80, tanto para determinar el punto de corte para clasificar en alta o baja EE como para determinar la puntuación en los diferentes componentes del constructo (Méndez, Orta & Peñate, 2004; van Humbeeck, van Audenhove, de Hert, Pieters & Storms, 2002), con lo que se han ido desarrollando medidas alternativas con el objetivo de superar estos problemas.

2.3.1. La *Camberwell Family Interview* (CFI)

La *Camberwell Family Interview* (CFI), creada por Brown en 1967 y más tarde abreviada por Leff & Vaughn en el año 1972 (Hooley, 2007), se trata de una entrevista semiestructurada de una hora y media de duración aproximadamente, donde se evalúan aspectos relacionados con la enfermedad y con los problemas que surgen en la convivencia con el paciente. La entrevista es grabada para analizarla después por expertos entrenados, debiendo tener la corrección una fiabilidad interjueces del 80%. El índice o nivel de EE de la familia se obtiene solamente a partir de los componentes de criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional que la CFI valora a través del discurso. Los criterios de alta EE son los siguientes: el sujeto entrevistado (que corresponde al cuidador principal del paciente) tiene que mostrar seis o más comentarios críticos, al menos un punto en hostilidad o presencia de alguno de los componentes de la sobreimplicación emocional (la sobreprotección o llanto, autosacrificio y desesperanza). Para considerar a la familia como de alta EE basta con que este índice esté presente en un solo miembro.

Leff & Vaughn (1976) desarrollaron un CFI abreviado en sus investigaciones y de igual forma que Brown y colaboradores (1967), llegaron a la hipótesis de que un alto nivel de EE conlleva una mayor probabilidad de causar una recaída.

2.3.2. Instrumentos de evaluación de la EE alternativos.

Debido al gran tiempo necesario para administrar las pruebas y la necesidad de recurrir a expertos para la administración de las mismas, se han creado otros instrumentos de evaluación. En este apartado veremos cuáles son los principales instrumentos de evaluación del constructo emoción expresada.

- **Muestra de Habla de cinco minutos o *Five Minutes Speech Simple-FMSS* (Magana, Goldstein, Karno et al., 1986; Gottschalk, Falloon, Marder et al., 1988).**

Es una entrevista que consiste en pedirle al familiar durante cinco minutos que hable sobre los pensamientos y sentimientos que siente hacia el enfermo y sobre cómo se llevan entre ellos. Contiene dos subescalas: comentarios críticos, hostilidad o sobreimplicación emocional, siendo el criterio para clasificar al sujeto de alta EE el mostrar al menos un comentario crítico u hostilidad o cualquiera de los componentes de la sobreimplicación emocional. En el caso del FMSS su aplicabilidad clínica ha estado limitada por motivos del extenso tiempo requerido en la formación de entrevistadores y por la necesidad de ser corregida por expertos y requerir fiabilidad interjueces.

- **Entrevista al paciente para evaluar percepciones sobre la relación familiar o *Patient Interview for Assessing Patient Perceptions of Family Relationship-PPI* (Tompson, Goldstein, Lebell et al., 1995).**

Originalmente, no era un instrumento de evaluación de la EE. Evalúa la EE percibida por los pacientes, recogiendo información sobre tres tipos de conductas de los familiares: comentarios críticos, sobreimplicación emocional y quejas. El instrumento consta de tres escalas: crítica percibida; sobreimplicación emocional percibida; y percepción de las quejas por parte de los miembros familiares. De la misma manera que los anteriores instrumentos, debido al formato entrevista, presenta las limitaciones del tiempo de administración y de corrección.

- **Nivel de Emoción Expresada o *Level of Expressed Emotion-LEE* (Cole & Kazarian, 1988).**

Es una escala para evaluar la EE desde el punto de vista del familiar y desde el del propio paciente (nivel de EE percibido). La versión original trata de evaluar los componentes básicos de la EE y está compuesta de 60 ítems que evalúan cuatro actitudes características o estilos de respuesta: 1) Intrusión, 2) Respuesta Emocional, 3) Actitudes Negativas hacia la Enfermedad y 4) Tolerancia y Expectativas hacia el Paciente. Hay una puntuación para cada escala y una puntuación total. El familiar presenta alta EE si sus puntuaciones están por encima de la mediana. La escala presentaba una consistencia interna aceptable (0.84–0.89), y una fiabilidad test-retest entre 0.67 y 0.82.

- **Cuestionario Familiar o *Family Questionnaire-FQ* (Wiedemann, Rayki, Feinstein et al., 2002).**

Es un cuestionario tipo autoinforme para medir el nivel de EE en los familiares e identifica componentes como los comentarios críticos y la sobreimplicación emocional. La prueba hace una clasificación correcta de familias con alta EE en un 74 % de los casos y tiene mejor correlación con la CFI en sobreimplicación emocional que otros cuestionarios cortos de evaluación de EE, aunque no aísla un elemento claro de la EE, como es la hostilidad.

- **Escala de Ambiente Familiar o *Family Environment Scale-FES* (Moos & Moos, 1981).**

Evalúa el clima emocional en el paciente y en el familiar. Está formado por 90 ítem divididos en tres dimensiones: 1) Relación, que contiene 3 escalas: cohesión, expresividad y conflicto. 2) Crecimiento Personal, tiene 5 escalas: independencia, orientación de logro, orientación intelectual y cultural, énfasis activo y recreativo y énfasis moral o religioso y 3) Mantenimiento del Sistema, con 2 escalas: organización y control. Las escalas tienen buena consistencia interna y estabilidad temporal pero no hay ningún punto de corte para la clasificación de alta o baja EE, no hay evidencia de validez concurrente con la CFI y presenta poco poder predictivo (Schnur, Friedman, Dorman, Redford & Kesselman, 1986).

- **Cuestionario de Influencia de las Relaciones o *Influential Relationships Questionnaire- IRQ* (Baker, Helmes & Kazarian, 1984).**

En esta prueba se pide a los pacientes que evalúen la conducta de las dos personas más importantes para ellos. Consta de 37 ítem divididos en 3 escalas: 1) Crítica, 2) Cuidado y 3) Protección; integrándose algunos ítem de hostilidad en la escala de evaluación de Crítica. No da información sobre un punto de corte para la clasificación en alta o baja EE. Las tres escalas tienen una buena consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest. Una limitación del instrumento es que la relación conceptual con la estructura original de la EE es incierta, ya que su desarrollo no está basado en un instrumento de evaluación de la EE.

- **Escala de Rechazo del Paciente o *Patient Rejection Scale-PRS* (Kreisman et al., 1988).**

Presenta dos versiones: una forma abreviada (PRS) y una más extensa (PRS-1), basadas ambas en la CFI. El PRS está compuesta por 11 ítems y examina el criticismo y rechazo de los familiares. El PRS-1 está formada por 24 ítems y también evalúa aspectos como la aceptación y la frustración, no valorándose el componente de SIE. La prueba no muestra un punto de corte para la clasificación en alta o baja EE. La consistencia interna de ambos instrumentos es buena pero sólo el PRS ofrece información acerca de su estabilidad temporal (fiabilidad test-retest = 0,72). Ambas muestran un solapamiento conceptual con las escala de Hostilidad (H) y comentarios críticos (CC) de la CFI.

- **Escala de Criticismo Percibido o *Perceived Criticism Scale-PCS* (Hooley & Teasdale, 1989).**

La escala originalmente fue usada para evaluar la crítica percibida por los pacientes depresivos de sus esposos/as. En ella el paciente debe responder a dos preguntas: 1) ¿Como de crítico piensa que es (su esposo/su esposa)? y 2) ¿Como de crítico cree que (su esposo/esposa) es con usted? El punto de corte se fija en una puntuación de 4 o más. Presenta una buena estabilidad temporal y validez concurrente con la CFI, hay una correlación significativa entre la puntuación total en la PCS y el nivel global de EE (alta-baja).

- **Cuestionario de Evaluación de Emoción Expresada o *Questionnaire Assessment of Expressed Emotion- QAEE* (Docherty & Serper, 1990).**

Compuesto inicialmente por 144 ítems, se redujeron a 99 agrupados en dos subescalas: 1) Criticismo/Hostilidad y SIE. En esta prueba, los familiares tienen que indicar con qué frecuencia muestran una conducta específica hacia el paciente, pudiendo ir las respuestas de 0 (nunca o casi nunca) a 3 (siempre o casi siempre). Los autores proporcionan un punto de corte claro y las dos subescalas muestran una alta consistencia interna. No hay información sobre su validez predictiva y se necesita más información sobre sus propiedades psicométricas.

- **Lista de Adjetivos o *Adjective Checklist-AC* (Friedmann & Goldstein, 1993 y 1994).**

Es un cuestionario tipo autoinforme destinado a los familiares, está formado por 20 adjetivos, 10 con valor positivo y 10 con valor negativo que se presentan en forma de tormenta de ideas (*brainstorming*), conteniendo adjetivos que se corresponden con componentes de CC y SIE de la EE. Estos adjetivos se presentan alfabéticamente a los miembros de la familia y tienen que puntuar en 2 ocasiones: en la primera los familiares tienen que evaluar su conducta hacia el paciente y en la segunda, la conducta del paciente hacia ellos. La consistencia interna de las escalas positiva (de 0,91 a 0,94) y negativa (de 0,88 a 0,92) es alta, no presenta punto de corte para clasificar en alta o baja EE.

- **Escala de Actitud Familiar o *Family Attitude Scale-FAS* (Kavanagh et al., 1997).**

Es una escala que se administra a los familiares con la finalidad de obtener la versión de los familiares sobre el clima emocional. Está compuesta por 30 ítems e identifica tres factores: 1) Criticismo-Distanciamiento Emocional, 2) Criticismo-Hostilidad y 3) Distanciamiento Afectivo-Desconfianza en las Posibilidades del Otro. Ha sido comparada con la CFI, y esta comparación indica que una alta EE medida mediante la CFI se asocia con una alta puntuación en la FAS en familiares de pacientes esquizofrénicos. Sus propiedades psicométricas muestran ajustes adecuados tanto en su consistencia interna (0,95) como en su capacidad para predecir niveles críticos pero

no da un punto de corte para diferenciar entre alta y baja EE y no incluye componentes como la SIE.

- **Escala para Evaluar Emoción Expresada (EEE) (Méndez, Orta & Peñate, 2004).**

Escala formada por 40 ítems para obtener información del clima familiar basándose en los componentes de la EE. Está formada por 6 factores: 1) Bajo grado de tolerancia de los padres ante determinados comportamientos de los hijos, estos son los componentes de criticismo, 2) Componente positivo o comentarios positivos, 3) Componente de sobreimplicación emocional, 4) Componente de desconfianza en las posibilidades del otro, 5) Hostilidad como impaciencia hacia el comportamiento del otro y 6) Hostilidad como pérdida de control. La prueba muestra un coeficiente alfa global de 0,87, manteniendo los coeficientes de los factores unos niveles adecuados (superiores a 0,70). La prueba no se ha comparado con instrumentos tradicionales de evaluación de la EE y no se ha utilizado muestra clínica en su validación.

3. Factores familiares en los trastornos de la conducta alimentaria.

3.1. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Son diferentes los factores que interactúan e influyen sobre la aparición de los TCA, como la edad, la predisposición genética, los factores psicológicos personales y los factores ambientales como son las variables socioculturales y familiares. Estas se consideran factores de riesgo y de protección para el desarrollo y/o mantenimiento del trastorno. El estudio de estos factores es fundamental no únicamente para conocer los mecanismos implicados en la etiopatogenia de la enfermedad, sino también para poner en marcha medidas y programas de prevención, sobre todo importantes en la infancia y en la adolescencia. Antes de explorar el papel de de la familia en los TCA, veamos cuáles son estos factores de riesgo y de protección de la enfermedad.

Aunque los trastornos alimentarios pueden afectar tanto a hombres como a mujeres de todas las edades y procedencias, la edad promedio de inicio se sitúa en la adolescencia, esta etapa vital se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad. La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos que puede traer consigo una gran cantidad de estrés, confusión y ansiedad para muchos, lo cual se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal.

Los estudios centrados en la adolescencia indican que en esta etapa es cuando se experimenta la mayor orientación hacia la apariencia física, la transformación física que se lleva a cabo durante este tiempo es enorme y a menudo es cuando se formulan las evaluaciones negativas de dicha apariencia, aparecen los sentimientos de baja autoestima y la comparación con las personas del grupo de iguales. Además, hay cambios hormonales y cerebrales que afectan al adolescente física, mental, emocional y psicológicamente. Existe una insatisfacción corporal prácticamente normativa entre las adolescentes de nuestro entorno (Rojo, Barriguete & Livianos, 2006) que facilita la realización de dietas, y es bien conocido que la dieta está considerado como factor de

riesgo para desarrollar un trastorno alimentario (Patton, Selzer, Coffei, Carlin & Wolfe, 1999).

En la génesis de un TCA también influye la predisposición genética. Numerosos estudios confirman la existencia de una mayor agregación familiar de trastornos alimentarios en las familias de las pacientes que las padecen y una alta heredabilidad tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa (Bulik et al., 2006; Fairburn & Harrison, 2003; Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2000). Podría ser la dieta, como se ha mencionado, o los cambios hormonales que suceden en la pubertad los que podrían activar el efecto genético (Klump, Burt, McGue & Lacono, 2007; Klump, McGue & Lacono, 2003). La vulnerabilidad para sufrir TCA se hereda, también se heredan algunos rasgos de personalidad que actúan como factores predisponentes del trastorno, como el excesivo perfeccionismo. Durante los primeros años de vida en el entorno familiar se aprenden las maneras de comer, la relación con la comida, las estrategias de control personal y las pautas de interacción social, así pues, la agregación familiar de los TCA respondería tanto a factores de tipo genético como a características aprendidas del medio familiar y social.

Otro conjunto de factores de riesgo lo constituyen los factores psicológicos personales o los rasgos de personalidad. Se ha hallado que ciertas características psicológicas predisponen a la aparición de los TCA, como la tendencia al perfeccionismo, la rigidez (Alvarez-Moya et al., 2007; Bardone-Cone et al., 2007) la escasa empatía y niveles elevados de ansiedad y de retraimiento social (Strober et al., 2007). Los TCA se han asociado a diferentes trastornos de la personalidad (Alvarez-Moya et al., 2007), a los trastornos obsesivo-compulsivos (Anderluh et al., 2003; Zaider, Johnson & Cockell, 2000) a los trastornos de control de impulsos (Fernández-Aranda et al., 2008) y también a los trastornos afectivos (Bulik et al., 1997; Fernández-Aranda et al. 2007; Zaider et al., 2000). Otros factores de riesgo que encontramos en la literatura de los TCA son la insatisfacción corporal, la baja autoestima y recibir burlas relacionadas con el peso (Neuzmark-Sztainer et al., 2007).

En relación a las variables implicadas en los TCA, son numerosos los autores que resaltan la participación de las variables socioculturales como factor que contribuye al desarrollo de los TCA (Cervera, 1996; Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Ricciardelli, McCabe, Holt & Finemore, 2003; Toro & Vilardell, 1987). Estos son,

en general, la presión y los estereotipos sociales, ya que la cultura occidental es una sociedad del consumo y del bienestar en la que la idea de éxito se relaciona con los estándares de belleza física y delgadez. Así pues, estamos delante de un trastorno que afecta principalmente a las sociedades occidentales denominadas del primer mundo, representando, de alguna manera, la manifestación de unos valores del mundo occidental desarrollado y de los estilos de vida que predominan en él.

Se ha estudiado la influencia de la familia en los TCA bajo múltiples aspectos como los acontecimientos vitales estresantes, la estructura familiar, el funcionamiento familiar, los estilos educativos o la psicopatología existente en los demás miembros de la familia, así pues, la familia podría intervenir en la aparición del TCA a través tanto de su funcionamiento interno como de la forma de comunicación entre los miembros, de las relaciones entre hijos y padres o de la transmisión de conductas de riesgo para estos trastornos (Le Grange, Binford & Loeb, 2005; Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989).

Se ha encontrado que las experiencias familiares negativas relacionadas con la comida (como las burlas, las críticas y las dietas) pueden mediar fuertemente la relación entre disfunción familiar y los TCA (Steiger et al., 1996). Las situaciones familiares y/o los estilos parentales pueden actuar también como factores mantenedores del TCA, en cuanto que las interrelaciones del entorno familiar, las actitudes y comportamientos de los familiares o situaciones estresantes en la familia, permiten que los síntomas permanezcan a través del tiempo y favorecen que el trastorno se perpetúe (Treasure et al., 2007).

Los factores familiares están considerados como factores de riesgo y de protección no solamente en el caso de los TCA, también en toda la psicopatología en general. Algunos autores han sugerido que las dinámicas familiares pueden tener un papel, más en el desarrollo de psicopatología general que en el desarrollo específico de un TCA (Fairburn, Welch & Doll, 1997). Estos autores mostraron que las diferencias observadas en relación a los factores de riesgo entre individuos con BN y controles normales disminuyeron cuando se utilizaron como grupo control pacientes con otras patologías psiquiátricas. En cuanto a las dinámicas y la estructura familiares, no se ha demostrado la existencia de unas características específicas o de unos patrones específicos alterados, pero es evidente que cuando está presente un TCA, toda la

familia que convive con el paciente se ve seriamente afectada y los síntomas de un trastorno de la alimentación muy pronto juegan un papel central en la vida familiar (Eisler, 2005).

Si hablamos de la importancia que tienen las dinámicas familiares en el mantenimiento del TCA, aquí debemos de mencionar la variable emoción expresada, que como se ha definido anteriormente expresa las actitudes de los familiares hacia el paciente y el clima relacional familiar del entorno. Como veremos con mayor profundidad más adelante, el papel del ambiente familiar o de la emoción expresada de la familia hacia el paciente es fundamental en la evolución de los TCA, de tal forma que las actitudes de los padres hacia los pacientes han sido consideradas variables predictivas de mal pronóstico de la enfermedad (van Furth et al., 1996).

3.2. La familia en los TCA.

El presente apartado aborda el papel de la familia en los TCA, retomando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en la literatura, des de las primeras concepciones teóricas hasta la actualidad. Los primeros autores que investigaron sobre familia y TCA proponían modelos de tipología familiar únicos con unas características específicas. Actualmente se han abandonado las teorías tipológicas familiares para explicar el trastorno, ya que el TCA es un una enfermedad con una expresión clínica muy variada y el pretender identificar un único modelo de familia que se repita de un caso a otro resulta imposible, debido a la naturaleza multifactorial de la enfermedad. Las críticas también remarcan el hecho de que muchos de los estudios realizados en familias con pacientes con TCA analizan hechos pasados o presentes des de una perspectiva actual cuando ya se ha iniciado la patología, sin poder observar la situación familiar previa al trastorno. Aún así, delante de esta complejidad parece que se verifican dimensiones relacionales y familiares más recurrentes que otras.

Actualmente, la comunidad científica entiende que las teorías familiares basadas en la causalidad son excesivamente simplistas y erróneas. Este cambio de paradigma considera a la familia como un recurso potencial en el proceso de recuperación terapéutica y las variables familiares ya no se consideran tanto factor de riesgo sino más bien como factor de protección de la enfermedad.

Veremos como a lo largo de la historia ha evolucionado la conceptualización de la familia como factor de riesgo y de mantenimiento del trastorno de la conducta alimentaria hasta la actual visión de la familia como variable protectora de la enfermedad. Analizaremos también las diferentes posturas y teorías formuladas entre los investigadores a lo largo de la historia en relación a modelos de tipología familiar basados en las características estructurales y relacionales entre los miembros familiares.

3.3. Perspectiva histórica del papel de la familia en los TCA.

El papel que tiene la familia en el tratamiento de los trastornos alimentarios se lleva investigando desde hace muchos años y desde diferentes enfoques teóricos. Desde las primeras descripciones de la anorexia nerviosa de Lasègue (Fornari et al., 1999), el año 1873 aparece el interés en la importancia que tienen las variables familiares en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Las primeras observaciones sobre el papel que desempeña la familia en el tratamiento de los trastornos alimentarios fueron realizadas desde el modelo psicoanalítico. Los primeros clínicos que trabajaron con pacientes con TCA recomendaban distanciar a la familia y al paciente para mejorar el proceso de recuperación. En 1860, Louis Víctor Marce fue el primero en señalar que los pacientes fueran cuidados por personas extrañas al ámbito familiar, recomendando que el paciente cambiara sus rutinas y el entorno en el que había estado rodeado (Marce, 1860, en Silverman & Verman, 1995). De la misma manera, en 1874, sir William Gull habló sobre los efectos negativos de los familiares y los amigos y señalaba que el síntoma se acentuaba en la medida en que se transformaba en el centro de atención familiar y que la paciente se mostraba satisfecha con su situación (Treasure, Todd & Szmukler, 1995).

En 1885, Charcot & Déjerine sistematizaron el tratamiento de los TCA, centrándolo en el aislamiento del enfermo en un ambiente firme y continente. Este ambiente preconizaba el favorecer una alianza terapéutica basada en la “comprensión” y la “autoridad” (Brusset, 1985, en Silverman & Verman, 1995). Jean Martin Charcot señaló la importancia de estar aislado y de separarse del sitio donde se inició la

enfermedad con el fin de mejorar su recuperación. También recomendaba que las visitas de los familiares cercanos o de los amigos debían de eliminarse por un periodo de tiempo (Silverman & Verman, 1995).

Más adelante, surgirían los modelos sistémicos implicados en la etiología de los trastornos alimentarios (Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Selvini-Palazzoli, 1978). En las terapias sistémicas o contextuales, se estudia la familia en varios niveles: estructura, jerarquía, comunicación, procesos relacionales y sistema de creencias (Espina & Ortego, 2000). Las teorías de estos modelos sistémicos apuntan que los patrones familiares específicos o disfuncionales contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno y abordan la conducta en los TCA en el contexto de la interacción homeostática de la familia, prestando una especial atención a las estructuras o dinámicas familiares y describiendo a las familias con un mismo tipo de interacción, tratándose de modelos unidimensionales (Grigg, Friedsen & Sheppy, 1989). La teoría sistémica, tras largos años de trabajo clínico con familias y de investigaciones sobre el sistema familiar, ha sistematizado algunas tipologías de funcionamiento familiar que claramente suponen un funcionamiento patológico. Algunos estudios han identificado ciertos estilos de funcionamiento en familias con individuos con trastorno de la alimentación e indican que las interacciones en estas familias difieren de aquellas sin miembros con trastornos alimentarios (Humphrey, 1989; Kog & Vandereycken, 1989). Bateson et al. (1956), citados en Fornari et al. (1999), fueron los primeros en describir a la familia como un sistema con tendencias homeostáticas, con jerarquías, límites y conflictos encubiertos. Estudiaron de forma sistemática los patrones de comunicación familiar en pacientes con esquizofrenia y observaron que si el paciente mejoraba, la familia se desestabilizaba.

Minuchin et al. (1978) se centraron en los factores familiares de la anorexia nerviosa y desarrollaron un modelo estructural familiar en el que defendían la existencia de ciertas estructuras jerárquicas preestablecidas normales y patológicas. Proponían en su modelo de familias psicósomáticas la identificación de cinco características predominantes de interacciones que mantenían la “somatización”. Según estos autores, las familias con pacientes anoréxicas se caracterizaban por ser familias aglutinadas, sobreprotectoras, rígidas y que acostumbraban a evitar los conflictos. Hallaron que en los padres de estas pacientes se evidenciaba una clara dificultad para asumir el liderazgo dentro de la familia, siendo habitual encontrar que cada uno de los padres

sintiera la necesidad de justificar sus propias decisiones como si vinieran dictadas por consideraciones procedentes del otro. Estos autores encontraron que el aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez de estos sistemas familiares promovían una baja tolerancia del sistema ante la crisis, y por tanto conllevaban dificultades en el afrontamiento de estas. La consecuencia negativa de esta dinámica era que, ante la dificultad de afrontamiento de los conflictos de una manera abierta, la familia podía activar mecanismos de evitación. Estas conductas provocarían que los problemas quedaran sin resolver, manteniendo los síntomas (Minuchin et al., 1978).

Las familias aglutinadas son aquellas en las que se confunden los roles y las funciones de los miembros familiares, las diferencias generacionales no son claras y no se posibilita ni la autonomía ni la comunicación. La familia sobreprotectora es aquella que se propone como objetivo evitar al hijo cualquier tipo de problema que le pueda sobrevenir, se adelanta a las situaciones para evitar cualquier daño o peligro no permite que los hijos queden expuestos a la menor dificultad y resuelven por ellos, si pueden anticipadamente, todas las contrariedades que se les puedan presentar. Y por último, la familia rígida se caracterizaría por establecer normas o patrones de funcionamiento que son estáticos, inflexibles y rígidos. Suelen ser familias autoritarias, que apenas evolucionan en sus planteamientos y que no modifican los valores ni siquiera en las formas o modo de vivirlos. Se muestran intransigentes y dogmáticos, difícilmente se dejan enseñar por nadie y menos por los hijos. La familia que se define por la evitación de conflictos, es aquella en la que los miembros toleran mal los problemas, los conflictos y las muestras de agresión, o viven mal la expresión de sentimientos que consideran negativos o conflictivos.

Existen estudios que ponen en duda este modelo planteado por Minuchin, al no encontrar esta tipología de familia en pacientes con otro tipo de trastorno alimentario (Le Grange et al., 1994; Stierlin, 1984). Otros autores (Rauch & Bay, 1997) van en la misma línea de Minuchin y colaboradores (1979), encontrando en las familias de las pacientes anoréxicas un funcionamiento caracterizado por el aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez, lo que trae como consecuencia una baja tolerancia del sistema para enfrentar y manejar adecuadamente situaciones estresantes (Rauch & Bay, 1997).

Pertencientes al enfoque estratégico de la escuela de Palo Alto, Watzlawick, Bavelas & Jackson (1974), describieron que son los síntomas de los pacientes los que

facilitan o mantienen las conductas patológicas de los familiares. Paralelamente, autores pertenecientes a la escuela de Milán (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1990) también teorizaron sobre las características que reunían las familias de las pacientes anoréxicas, basándose en el denominado Modelo Multidimensional. Este modelo de funcionamiento familiar está basado en la falta de comunicación entre sus miembros, proponiendo la existencia de un grupo heterogéneo de familias, sin existir una tipología familiar única sino una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actúan como factores predisponentes. Estas familias presentan una alta frecuencia de relaciones familiares excesivamente estrechas y con demasiadas implicaciones interpersonales y pobres relaciones entre los padres con elevado nivel de desacuerdo. En estas familias existirían problemas de comunicación al intentar cada miembro imponer las reglas de la relación, rechazando la comunicación del otro, los padres no asumirían el liderazgo (dejando que la enfermedad lo asuma), existiendo alianzas y coaliciones negadas. Estas familias estarían caracterizadas por la dificultad para asumir responsabilidades y presentarían dificultades para vivir explícitamente las crisis conyugales (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999). Según estos autores, existen dos tipologías de familias con TCA: tipo A y tipo B. Describen a la anorexia como resultado de un proceso en la historia relacional de la familia. Este proceso se inscribe en un “juego familiar” desarrollado en base a un conflicto parental en el que la futura paciente con anorexia se implica de diferentes maneras.

La familia tipo A se caracteriza por un vínculo intenso con la madre, que no es de admiración. La madre se ha confesado a lo largo de su vida a la hija, le ha hecho participe de su sufrimiento con su marido. En el tipo B la persona con TCA presenta un vínculo privilegiado con el padre, que es de admiración; siente y sufre en silencio los desprecios que la madre le hace al padre. En la familia tipo A, la paciente anoréxica está muy ligada a la madre hasta que descubre que ésta se vuelca con otro hermano, lo cual provoca que la hija se una al padre en contra de la madre. En la familia tipo B, la paciente con AN ha sido la favorita del padre hasta que en la adolescencia no puede mantener esa relación privilegiada, las dificultades derivadas de esas relaciones le llevarían a desarrollar el TCA como forma de denuncia y de protesta.

Años más tarde, Selvini-Palazzoli y colaboradores (1999) publican “muchachas anoréxicas y bulímicas” en donde incorporarían la teoría del apego de Bowlby describiendo una tercera tipología de familia del tipo C. Según esta teoría, la persona

que presenta un TCA y pertenece a una familia tipo C, se caracteriza por ser una niña privada de un vínculo de apego seguro en la infancia, tanto por parte de la madre como del padre. Se trata de muchachas criadas por parientes o cuidadoras que no favorecieron el vínculo seguro.

Algunos autores proponen modelos de familias apuntando que son las dificultades de relación padres-hijos las que promueven el mantenimiento del trastorno. Según Bruch (1982) el TCA es la manifestación de la dificultad de separación madre-hijo. Este autor explicaba el origen del trastorno en la etapa del desarrollo del “yo” con la presencia de una madre sobreprotectora o por el contrario negligente, que interfería en el desarrollo interoceptivo corporal dificultando la percepción de señales afectivas, con lo que aparecería la distorsión de la imagen corporal y los sentimientos de baja autoestima e ineficacia. También observó alteraciones en la estructura familiar, con armonía y unidad sólo aparentes y problemas de rivalidad encubierta entre los padres, que sólo consideran las necesidades y emociones de sus hijos en el caso de que les refuercen su propia posición (Bruch, 1982).

Otros autores (Haley, 1976; Minuchin et al., 1978; Selvini-Palazzoli & Viaro, 1988), también hacen referencia al conflicto de pareja en los padres de una hija anoréxica y en su implicación de esta en su relación conyugal. Esto dificultaría el óptimo desarrollo de los hijos, inhibiendo la rebeldía propia de la adolescencia o impidiendo su proceso de individuación, favoreciendo la aparición de trastornos, entre ellos los TCA.

Des del Modelo Transgeneracional, White (1983) desarrolla una terapia familiar de la anorexia nerviosa en la que incide en la influencia del sistema rígido de creencias implícitas de la familia que se transmiten de generación en generación. Se trata de familias con graves dificultades para la individuación y para la solución de problemas. White destaca la importancia de la influencia social, señalando que para que una mujer sea valorada debe conseguir el ideal de delgadez.

Strober & Yager (1985), plantean un modelo bidimensional describiendo dos modelos familiares típicos de las familias de pacientes anoréxicas, las “familias centrípetas”, en las que hay una excesiva cohesión, falta de permisividad, poca expresión emocional y pobres contactos extrafamiliares y las “familias centrífugas”, poco cohesionadas, altamente conflictivas, con miedo al abandono, excesiva dependencia, falta de control y conflicto de pareja.

3.4. Modelos actuales: Cambio de paradigma en el papel de los factores familiares en los TCA.

Hemos visto que según la literatura científica existen diferentes puntos de vista en relación a la asociación entre un tipo de funcionamiento familiar y la presencia de trastornos de la alimentación. Las primeras posturas señalaron a la dinámica familiar como responsable de que sus integrantes fueran candidatas a padecer TCA. Para esos autores el funcionamiento familiar jugaba un papel importante en el curso y resultado del trastorno, pareciendo existir un patrón único de funcionamiento familiar en pacientes adolescentes con TCA (Minuchin, 1990; Raush & Bay, 1997). No obstante, a través de los años, se ha mostrado que no existen patrones familiares específicos en los TCA (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005; Espina, Pumar, García & Ayerbe, 1995; Garfinkel & Garner, 1982; Kog & VADEREYCKEN, 1989; Le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2010; Steiger, Stotland, Trottier & Ghadirian, 1996). Las características disfuncionales no son exclusivas de las familias que padecen TCA, sino que pueden acompañar a otras psicopatologías (Kaslow, 1996). Además, no todas las familias con TCA presentan elementos patológicos (North, Gowers & Byram, 1997) y aun cuando éstos existieran no es posible establecer una relación determinante entre ellos. Para autores como Garfinkel & Garner (1982) no existe una tipología única sino una serie de factores de riesgo que actuarían como factores predisponentes. Investigaciones más recientes también apoyan esta hipótesis reafirmando la idea de que parece no existir un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a los trastornos de la conducta alimentaria (Cook-Darzens et al., 2005). Estas familias generalmente tienden a ser más disfuncionales que las familias control, pero el peso de los factores familiares en los TCA pueden variar desde una familia a otra, y probablemente dentro de la misma familia a lo largo del tiempo. En el estudio de Cook-Darzens et al. (2005), 40 familias de un adolescente con anorexia nerviosa (padres, madres y hermanos) completaron el instrumento FACES III (Olson, 1985) y los resultados fueron comparados con una muestra de población no clínica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al funcionamiento familiar mostrando que las familias de pacientes con anorexia presentan diversos tipos de funcionamiento. El peso de los factores familiares en la anorexia nerviosa puede, por lo tanto, variar desde una familia a otra, y probablemente dentro de la misma familia a lo largo del tiempo y el episodio de

anorexia genera diversas modalidades de adaptación en estas familias más que una sola (Cook–Darzens et al., 2005).

En los últimos años, esta ha sido la teoría más aceptada en relación a la implicación de las variables familiares en la génesis y el mantenimiento de los trastornos alimentarios, no existe una única tipología familiar, en su lugar, existirían una serie de factores de riesgo y de protección, así pues, según la perspectiva multifactorial (Cervera, 1996; Toro & Vilardell, 1987), la familia aparece como un factor común que contribuye a la comprensión de dichos trastornos mediante la explicación de diferentes vías de influencia familiar. En las terapias sistémicas actuales se tienen en cuenta sistemas más amplios y se considera que el individuo tiene su propia entidad, aunque esté inmerso en un contexto relacional que le condiciona (Espina & Ortego, 2000).

El Modelo clásico del Maudsley fue creado por Lock, Le Grange, Agras & Dare (2001) y se centra en considerar a la familia como un recurso relevante en el tratamiento, recogiendo el legado de Minuchin & Selvinni-Palazzoli (Dare & Eisler, 2000; Dare, Le Grange, Eisler & Rutherford, 1994). Los padres, lejos de ser distanciados de los hijos o culpados del origen de la enfermedad son vistos como el principal recurso para lograr la recuperación del adolescente que sufre del trastorno, contemplando a la familia como el principal catalizador del cambio en terapia (Le Grange et al, 2010). Los modelos actuales prestan atención al clima familiar como factor de mantenimiento, donde la emoción expresada de relación y alianza terapéutica entre los miembros familiares hacia el paciente facilita o paraliza la recuperación adecuada de la enfermedad.

Este cambio teórico continúa con las actuales concepciones del modelo cognitivo-conductual, enfoque teórico vigente en la actualidad, que rechaza la causalidad de las variables familiares en el origen y mantenimiento del trastorno, por lo tanto se ve a la familia no tanto como papel causal de la enfermedad sino más bien como factor mantenedor, factor clave en el proceso de recuperación de la enfermedad. Los programas de intervención familiar están dirigidos a la psicoeducación de las familias, a mejorar la dinámica familiar y a la enseñanza de habilidades de comunicación más eficaces. Se motiva a los familiares a reconocer los modos disfuncionales de comunicación con sus hijos/as y a reconocer los rasgos específicos de personalidad, tanto en sí mismos como en sus familiares, y cómo estos factores

pueden estar obstaculizando el proceso de recuperación, a la vez que se centran en el trabajo de las estrategias de mejora en la comunicación para expresar de forma más clara y específica las ideas y los sentimientos que generan las conductas del paciente (Schmidt & Treasure, 2006; Sepúlveda, Lopez, Todd, Whitaker, & Treasure, 2007, 2008a, 2010).

A pesar de las diferentes teorías planteadas y de las divergencias entre los resultados de investigaciones que han explorado el papel de la familia en los TCA, parece haber suficiente elementos de interés como para considerar de gran importancia el papel que juega la familia en las intervenciones dirigidas a tratar los trastornos de la conducta alimentaria.

4. Funcionamiento familiar en los TCA.

4.1. Concepto y modelos de funcionamiento familiar.

El funcionamiento familiar ha sido el factor más estudiado en relación con los TCA. La revisión de esta variable, señala que la mayoría de las investigaciones son transversales y los instrumentos de evaluación más utilizados son de tipo autoinforme, como la *Family Cohesion and Adaptability Scales-FACES* (Olson, Sprenkle & Russell (1979) o la escala de ambiente familiar (*Family Environment Scale-FES*), descrita por Moos & Moos (1986).

Existen diferentes modelos de evaluación del funcionamiento familiar que han dado importancia a conceptos como la adaptación, la cohesión entre los miembros familiares y la comunicación. Estos modelos destacan la importancia que tiene la estabilidad y el buen funcionamiento del sistema familiar para lograr un desarrollo óptimo de sus miembros.

Baldwin plantea en el modelo McMaster de funcionamiento familiar (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983), que la función más importante de la familia es la adaptación a las diferentes etapas para poder conservar el equilibrio de sus miembros, dando importancia a la comunicación y a los patrones de control de la situación dentro de una familia para poder afrontar los problemas que vayan surgiendo aportando soluciones efectivas.

Salvador Minuchin (1990) basa su modelo estructural en la idea de que la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales como son la forma, el cuándo y con quién relacionarse, centrándose en las expectativas de los diferentes miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí.

El modelo circumplejo de Olson (Olson, Sprunkpel & Russell, 1979) integra los conceptos existentes en terapia familiar y ha sido utilizado para identificar características de funcionamiento familiar en diferentes trastornos. Se trata de un modelo de evaluación del funcionamiento familiar que utiliza los conceptos de cohesión y adaptación. Según Olson “la definición de cohesión en este modelo tiene dos

componentes: los lazos emocionales que tienen los miembros de una familia entre sí y el grado de autonomía individual que un miembro experimenta en el sistema". (Olson et al., 1979: p. 74). La adaptación consistiría en "la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a su desarrollo" (Olson et al., 1979: p. 74).

Dado el interés que existe en estos factores, será interesante explorar los resultados de los estudios que relacionan funcionamiento familiar y TCA. Algunos estudios sólo trabajan con población con TCA y únicamente evalúan la percepción de las hijas pero carecen de los controles adecuados, mientras que otros estudios cuentan con grupo control y la participación de padres, hijas e inclusive hermanas y se evalúa la percepción de funcionamiento familiar por parte de los familiares. Los estudios también diferencian entre subtipos de TCA, lo cual ha evidenciado diferencias en el funcionamiento de personas con anorexia o bulimia nerviosas.

4.2. Percepción del funcionamiento familiar en TCA.

En relación a cómo las familias con un paciente con TCA perciben su funcionamiento familiar, podemos decir que son numerosos los estudios que identifican ciertos estilos de funcionamiento en familias con individuos con TCA y que indican que las interacciones en estas familias difieren de aquellas sin miembros con TCA (Dancyger et al., 2005; Humphrey, 1989; Kog & Vandereycken, 1989; Okon, Greene & Ellen, 2003; Sánchez, Serna, Seaona & Páramo, 2003; Selvinni-Palazolli, 1978; Skisslak, NcLeon & Crago, 1990; Vázquez et al., 2001; Vidovic et al., 2005).

Se ha observado en las familias con pacientes con TCA una menor adaptación y mayor conflicto familiar (Kog & Vaderecken, 1989; Selvinni-Palazolli, 1978), presentando una menor cohesión y flexibilidad (Vázquez et al., 2001; Vidovic et al., 2005), una menor expresión emocional (Okon et al., 2003; Sánchez et al., 2003; Skisslak et al., 1990) y una menor comunicación en la familia (Sánchez et al., 2003; Vázquez et al., 2001; Vidovic et al., 2005).

En cuanto a la evitación del conflicto, se ha encontrado que tanto las familias de pacientes anoréxicas (González, Hidalgo, Hurtado Nova y Venegas, 2011; North et al., 1997; Rausch & Bay (1997), Vazquez & Raich, 1997) como las pacientes bulímicas

(Humphrey & Stern, 1988; Vázquez et al. 2001) tienen tendencia a evitar los conflictos. Esta mayor evitación del conflicto por parte de las familias de las adolescentes con TCA trae como consecuencia un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de la sintomatología (González et al., 2002) y provoca que la paciente actúe como si su situación fuera normal negando la existencia de problemas y generando la apariencia de “familia ideal”, lo que además contribuye a favorecer la falta de conciencia de la adolescente sobre su problemática (Rausch & Bay, 1997).

En relación a la cohesión familiar, Rausch & Bay (1997) constataron que las jóvenes cuyas familias manifestaban una alta cohesión en términos de apoyo y cercanía emocional, presentaban menor riesgo de padecer un desorden alimentario. Las familias en las cuales se presentan trastornos de alimentación se perciben a sí mismas como que dan menos apoyo, son más vulnerables a las relaciones de conflicto y presentan una menor disposición a la expresión de emociones que las familias en las que no existe este tipo de trastornos (Wisotsky et al., 2003).

En cuanto a la cohesión, algunos autores han encontrado que las familias con pacientes con TCA son sobreprotectoras (Dare, 1993; Tachi, 1999; Vázquez et al., 2001), aunque otros autores refieren menores puntuaciones en cohesión con respecto al grupo control, indicando que no hay un acuerdo general en cuanto a la presencia de sobreprotección en estas familias (Cook-Darzens et al., 2005).

La literatura científica también ha explorado las percepciones que tienen los propios pacientes en relación al funcionamiento familiar. Waller, Calam & Slade (1988) indican que los sujetos con TCA perciben a sus familias como significativamente menos adaptables, menos cohesionadas y menos comunicativas comparadas con un grupo control sin trastornos alimentarios, estos resultados coinciden con los resultados hallados sobre funcionamiento familiar percibido por los padres (Kog & Vaderecken, 1989; Sánchez et al., 2003; Selvinni-Palazolli, 1978; Vidovic et al., 2005).

En el estudio de Cook-Darzens et al., (2005), los autores apuntan escasas diferencias entre hijas y padres, en cambio la mayoría de los autores indican que las hijas consideran que su ambiente familiar está más deteriorado que sus padres (Dancyger et al., 2005; Emmanuelli et al., 2003; Sánchez et al., 2003; Vázquez et al., 2001; Vidovic et al., 2005), hecho que demuestra las divergencias entre padres e hijas a la hora de valorar el funcionamiento familiar percibido.

Según el estudio de Dancyger et al. (2005), al comparar la percepción del funcionamiento familiar que tienen hijas con trastornos de la alimentación con la percepción de sus padres encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes y sus padres. Las madres consideraron que el funcionamiento familiar era significativamente saludable y poco caótico, en cambio sus hijas no coincidieron con la opinión de las madres (Dancyger et al., 2005), estos autores señalan que la desconfianza interpersonal podría ayudar a entender las discrepancias en comunicación, en respuesta afectiva y en funcionamiento familiar, concretamente entre hija y madre. Esta diferencia de percepción podría contribuir a la continuación de los patrones de funcionamiento familiar disfuncionales y así, mantener la presencia de los trastornos de la alimentación, contribuyendo a impactar negativamente en el curso del tratamiento.

Se han hallado resultados contrarios según los estudios de Casper & Troiani (2001), que observaron que las familias con hijas diagnosticadas de anorexia restrictiva obtenían puntuaciones de funcionamiento familiar similares a las familias controles. Las pacientes restrictivas puntuaban la actuación de las madres en la familia más favorablemente que las propias madres, lo que pudiera sugerir que la idealización, que incluye la negación de los problemas, pudiera afectar a las opiniones de los pacientes (Casper & Troiani, 2001).

4.3. Funcionamiento familiar y subtipos de TCA.

Los resultados de diferentes investigaciones sobre funcionamiento familiar y TCA señalan diferencias entre las familias con AN y BN. Strober (1981) fue el primer investigador que utilizó la *Family Environment Scale* (Moos & Moos, 1986) para explorar la naturaleza de las familias anoréxicas subtipo restrictivo y bulímico, hallando que el nivel de interacción conflictiva y de expresión negativa era significativamente mayor en las anoréxicas purgativas que en las restrictivas (Strober, 1981). En cuanto a las diferencias en el funcionamiento familiar entre pacientes diagnosticadas de AN y BN, Casper & Troiani (2001) encontraron mayor nivel de conflicto no resuelto, malestar y afecto negativo en las familias de bulímicas que en las familias de anoréxicas y en las de controles sanos. Espina et al. (1995) también han mostrado que las familias de

bulímicas son más patológicas, apareciendo hostilidad, impulsividad, déficit en las funciones parentales, defectos nutricionales, desligamiento y falta de empatía en los padres. Las familias de personas con BN evitan y postergan los conflictos, discuten con frecuencia (Humphrey y Stern, 1988) y se sienten poco cohesionadas con la familia, hecho que hace que las hijas no sientan el suficiente soporte social (Vázquez et al. 2001).

En relación a la percepción de las propias familias, comparando familias con un miembro que padece un TCA, algunas investigaciones han hallado que las familias con un miembro con AN aparecen con mayor organización, mayor rigidez familiar, expectativas altas de los padres hacia los hijos y aparecen con la tendencia a evitar los conflictos (North et al., 1997). Otros estudios (Shugar & Krueger, 1995), destacan la dificultad de los padres con pacientes con AN en la expresión de agresión y hostilidad, manifestando una mayor sobreprotección y control de los hijos (Vázquez et al., 2001), presentando aislamiento social, mayor número de actividades académicas y pocas actividades recreativas y sociales (Vázquez & Raich, 1997).

En relación a las diferencias de percepción de funcionamiento familiar de los propios pacientes, se ha encontrado que las interacciones familiares en sujetos con síntomas de anorexia y de bulimia difieren en el sentido de que sujetos con AN consideran que sus familias tienden a ser rígidas, presentan dificultades en la comunicación y en la solución de problemas (Cooz-Darzens et al., 2005), describen a sus familias como más cohesionadas y organizadas que las pacientes con BN y presentan una tolerancia al conflicto más baja (Garfinkel et al., 1983; Vidovic et al., 2005), a diferencia de los sujetos con BN quienes consideran a sus familias como significativamente más conflictivas y menos cohesionadas (Johnson & Flach, 1985; Okon et al., 2003; Skisslak et al., 1990; Strober, 1981; Vidovic et al., 2005).

Las pacientes con BN perciben que sus familias son menos cohesivas, menos adaptables y tienen menor comunicación, enfatizando carencias en la expresividad, apoyo emocional y social (Okon et al., 2003; Quiles, Terol & Quiles, 2003; Shisslak et al., 1990; Vidovic et al., 2005; Winn et al, 2007). También se ha hallado que las pacientes con BN, a diferencia de las pacientes con AN, presentan un nivel elevado de conflicto (Humphrey & Stern, 1988). En este sentido, Tachi (1999) indica que de acuerdo con los elementos del funcionamiento familiar percibido por las pacientes con BN, es posible

identificar a algunas familias como rígidas (autoritarismo, reglas impuestas y roles estrictos) y otras como caóticas (autoridad menguada, disciplina inconsistente y roles indefinidos).

Aunque todos estos autores hayan hablado muy claramente de los patrones de la familia de la paciente anoréxica y bulímica, se ha argumentado que estos son muy difíciles de estandarizar y desarrollar en medidas fiables (Dare et al., 1994; Kog, Vertommen & Vandereycken, 1987). Tampoco queda claro cuándo tales procesos son de importancia etiológica o son una respuesta a la misma enfermedad (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1979).

5. Emoción expresada y TCA.

En los familiares de pacientes con TCA, el constructo de la EE refleja en los factores que lo componen características similares a las encontradas en los estudios realizados con pacientes esquizofrénicos y algunas de las características de la familia que el mismo modelo sistémico reconoce como importantes para un desarrollo sano de la persona o para la aparición de psicopatología.

Delante de una patología mental en el entorno familiar próximo, las maneras de comportarse y de comunicarse con el paciente pueden cambiar, modificando las relaciones existentes entre los miembros familiares. Lo hemos visto en el caso de la esquizofrenia con los estudios pioneros sobre EE (Cole & Kazarian, 1988; Vaughn & Leff, 1976). Se han propuesto diferentes explicaciones derivadas de diferentes estudios empíricos para dar cuenta del desarrollo de una alta EE en los TCA. Los cuidadores de un paciente con un TCA pueden empezar a criticar o a sobreproteger a sus hijos según ellos entiendan los aspectos de la enfermedad o en función de cómo perciban al enfermo (Whitney, Haigh, Weinman & Treasure, 2007).

Con respecto a los comentarios críticos y a la hostilidad (componentes de la EE), Selvini Palazzoli et al. (1990) ya observaban cómo la elevada presencia de rechazos es un rasgo característico de las familias con TCA, otros estudios han destacado la dificultad de los padres con pacientes con AN en la expresión de agresión y hostilidad (Shugar y Krueger, 1995). Diversas investigaciones (Dare, 1993; Haley, 1976; Minuchin et al., 1978; Onnis, 2004; Selvini Palazzoli et al., 1990,1999; Tachi, 1999; Vázquez et al., 2001) han descrito la existencia de otro componente de la EE, la fuerte implicación de uno de los padres en la vida del hijo y en su enfermedad, encontrándose a las adolescentes con patología alimentaria con procesos incompletos de independencia y afiliación con el grupo de pares, quedando toda la familia atrapada en ese momento del ciclo vital (Onnis, 2004; Minuchin et al.,1978), característica que haría referencia a otro de los componentes de la EE, la sobreimplicación emocional.

Debemos de preguntarnos si el nivel de EE es independiente de las variables del paciente con TCA, es decir, si existe una tendencia general en los familiares con

pacientes con TCA a mostrar elevados niveles de EE independientemente de otras variables de los cuidadores o del propio paciente, como la edad, el género, el número de ingresos, el subtipo de TCA, etc., como apuntan algunos autores (Medina, Grau, Navarro et al., 2009b; Nuechterlein, Snyder & Mintz, 1992). En el estudio de Nuechterlein y colaboradores (1992) se halló que el estrés que los familiares de pacientes con TCA percibían debido a la alta EE no estaba influenciado por variables como el IMC de los pacientes, el tiempo pasado junto con los cuidadores, los niveles de depresión, autoestima o ansiedad.

Algunos autores han propuesto que el nivel de EE puede estar relacionado con la duración del trastorno (Hooley & Richters, 1995; Hoste, Labuschagne, Loch & Le Grange, 2012; Le Grange, Eisler, Dare & Hodes, 1992; Medina et al, 2009b; Zabala, Macdonald & Treasure, 2009). Así por ejemplo, en el estudio de Le Grange et al. (1992), en adolescentes con AN, se encontró que cuando el trastorno tenía menos de un año de evolución, solo un 6% de los padres presentaban una elevada EE, observándose un aumento en el nivel de EE en el grupo con una peor y más larga evolución del problema. En el estudio de revisión realizado por Zabala et al. (2009), realizado con 20 estudios que analizan las variables EE y malestar psicológico en familiares de pacientes con TCA, también se ha hallado la tendencia a presentar mayores niveles de EE a mayor edad de los pacientes o con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. En el estudio de Hooley & Richters (1995), se han encontrado resultados similares, los comentarios críticos se incrementan a mayor duración de la enfermedad.

Los estudios que se han ido realizando en las últimas décadas sobre EE de familiares de pacientes con TCA han analizado las relaciones entre la EE familiar con diferentes variables: subtipos de TCA, variables sociodemográficas, de funcionamiento familiar, el malestar psicológico de los cuidadores o el nivel de carga familiar y la psicopatología de los pacientes o de los propios familiares. También se han realizado investigaciones analizando los cambios en los niveles de la EE y en sus componentes a lo largo de diferentes tratamientos o en un único tratamiento a lo largo del tiempo para evaluar la eficacia de los mismos o para evaluar el valor predictor de la EE para recaídas. Esta relación ha sido ampliamente estudiada sobre todo en trastornos psicóticos, pero, concretamente en TCA, hay pocos estudios que investiguen la variabilidad de las emociones familiares a lo largo de la evolución del trastorno (van Furth et al., 1996). Algunos estudios evalúan únicamente el nivel de EE, mientras que

otros la evalúan antes y después de una intervención familiar. La finalidad de evaluar la EE antes y después de una intervención es la de observar si existen diferencias entre los grupos en los que se realiza una intervención familiar de los que no y si estas intervenciones consiguen disminuir los niveles de EE en las familias de alta EE. Otra finalidad es la de comprobar y comparar la efectividad de diferentes intervenciones familiares a la hora de reducir los niveles de EE. La metodología llevada a cabo con más frecuencia por estas investigaciones ha sido la de evaluar al paciente y a la familia mientras el primero estaba ingresado, volviéndolos a evaluar tras un período de seguimiento. Estos períodos han ido variando en los diferentes estudios, siendo los más frecuentes el realizar la evaluación después del tratamiento (Le Grange, Hoste, Lock & Bryson, 2011; Sepúlveda et al., 2010; Szmucker, Eisler, Russell & Dare, 1985; van Furth et al., 1996), otros estudios han realizado posteriores evaluaciones a las 16 semanas y 32 semanas después de la intervención (Le Grange et al., 1992), a los 3-6 meses y a los 12 meses (Eisler et al., 2000). Únicamente encontramos un estudio que realiza un seguimiento posterior al año después del alta (Hedlund, Fichter, Quadflieg & Brandl, 2003), en el que se ha realizado el seguimiento a los 2 años y a los 6 años después del alta hospitalaria.

En los diferentes estudios realizados sobre EE en familiares de pacientes con TCA se ha evaluado la EE en familiares de pacientes hospitalizados y también en pacientes ambulatorios y los criterios o puntos de corte utilizados para evaluar a una familia de alta o baja EE también han sido diferentes según los estudios, siendo los más utilizados el realizar seis o más CC, puntuar tres o más en una escala de 0-5 en SIE y la presencia de H. En muchos estudios es fácil encontrar que se evalúe la EE con otro instrumento de evaluación diferente a la CFI.

En la siguiente tabla se resumen las características metodológicas de 28 estudios realizados desde el año 1985 al 2014 que analizan la EE de familiares de pacientes con TCA.

Tabla 3. Características metodológicas de 28 estudios a nivel internacional que analizan la EE de familiares de pacientes con TCA.
 Datos recopilados hasta 2012 por Duclos et al., (2012) y ampliado hasta la actualidad.

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	Momento Evaluación Padres	Duración trastorno Media en meses (DE)	Edad inicio trastorno Media (DE)	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Tipo de Tratamiento
Szmucker et al., 1985.	UK	AN: Russell BN: Russell	Transversal	Después de la admisión hospitalaria y después del tratamiento	47(34)	18,7 (7,3)	AN=34 BN=17	M=46 H=5	22.8 (8)	CFI	Ambulatorios 26 en TF y 25 en Terapia Individual.
Szmucker, Berkowitz, Eisler et al., 1987.	UK	NR	Transversal	Durante la estancia en el hospital	42(29)	16.0 (3,7)	AN=17 ANBN=3	M=17 H=3	19,4 (3,7)	CFI	Hospitalizados Terapia de Apoyo individual y TF.
Dare et al., 1990.	UK	AN: Russell BN: Russell	Longitudinal Prospectivo	Durante el tiempo admisiones hospitalarias.	NR	NR	AN=80	NR	NR	SCFI	Hospitalizados
Le Grange et al., 1992.	UK	DSM-III-R Russell	Longitudinal	Inicio, 16 semanas y 32 semanas.	13,7 (8,38)	NR	AN=14 ANBN=4	M=16 H=2	15,33 (1,81)	SCFI	Ambulatorios TFC + TFS
Van Furth et al., 1993.	NL	DSM-III-R	Prospectivo	Durante el año de evaluación.	1,9 años(1,6)	NR	AN=16 BN=18 ANBN=6 NE=6	M=41 H=5	17,1 (2,4)	CFI FMS S	-
Dare et al., 1994.	UK	DSM-III-R Russell	Transversal	Primera visita hospitalaria	14,92(9,07)	NR	AN=18 BN=8	M=23 H=3	15,62 (1,73)	SCFI	Ambulatorios

Tabla 3. Continuación...

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	Momento Evaluación Padres	Duración trastorno Media en meses (DE)	Edad inicio trastorno Media (DE)	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Tipo de Tratamiento
Blair, Freeman & Cull, 1995	GB	DSM-III-R	Transversal	85% de entrevistas realizadas en el hogar familiar.	NR	NR	AN=26 BN=1	M=25 H=2	18,7 (3,2)	CFI	NR
Van Furth et al., 1996.	NL	DSM-III-R	Prospectivo	Inicio, fin del tratamiento, al año.	23(19)	NR	AN=18 BN=19 ANBN=7 NE=5	M=44 H=5	17,3 (2,4)	CFI	Hospitalizados y ambulatorios. Algunos tratados mediante TF y otros mediante Terapia Individual.
Santonostaso, Saccon & Favaro, 1997.	IT	DSM-IV	Preliminar y Exploratorio	NR	51(37)	NR	AN=18 BN=22	NR	AN=19,4 (2,04) BN=21,9 (3,51)	FPQ	NR
Hodes , Dare, Dodge et al., 1999.	UK	ICD-10	Transversal	En el hospital	13,7(8,5)	NR	AN=14 BN=2	M=15 H=1	15,4 (1,76)	CFI SCFI	NR
Moulds, Touyz & Schotte, 2000.	AU	ICD-10	Longitudinal	EE percibida (en tres tomas Longitudinal temporales)	NR	NR	AN=19	Solo mujeres	20,9(NR)	LEE	Hospitalizados
Eisler, Dare, Hodes, Russell et al., 2000.	UK	DSM-IV ICD-10	Longitudinal	Inicio, 3-6 meses y 12 meses.	12,9(9,4)	14,5(1,6)	AN=40	M=39 H=1	15,5(1,6)	SCFI	Ambulatorios Ensayo controlado aleatorio. TF (TFC + TFS).

Tabla 3. Continuación...

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	Momento Evaluación Padres	Duración trastorno Media en meses (DE)	Edad inicio trastorno Media (DE)	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Tipo de Tratamiento
Uehara et al., 2001.	JP	DSM-IV	Longitudinal	En el inicio y en la última sesión (2 años)	54,1(56,5)	16,3(3,5)	AN=18 BN=7 NE=1	M=25 H=1	20,1(8,1)	FMS S	4 hospitalizados y 22 ambulatorios. T. cognitivo-conductual y terapia de apoyo.
Hedlund et al., 2003.	AL	DSM-III-R	Longitudinal	En la admisión hospitalaria, alta hospitalaria, 2 años y seguimiento a los 6 años.	NR	NR	BN=30	M=28 H=2	NR	CFI	Hospitalizados Tratamiento multimodal basado en protocolos cognitivo-conductual. 6 años de duración.
Perkins, Schmidt, Eisler et al., 2005.	UK	DSM-IV	Exploratorio	EE percibida	FI=2,1 años(1,6) FNI= 3,6 años(2,3)	PI=15,2 (1,9) NPI=14,8 (2,3)	BN+NE=85	M=83 H=2	FI=17,4 (1,7) FNI=18,4	LEE	NR
Rodriguez & Vaz, 2005	ESP	DSM-IV	Transversal	NR	44(40,8)	16,7(3,2)	AN=28 BN=15 AN-R=21 AN-P=7 BN-NP=4 BN-P=11	Todas mujeres	20,4(4,2)	CFI	NR

Tabla 3. Continuación...

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	Momento Evaluación Padres	Duración trastorno Media en meses (DE)	Edad inicio trastorno Media (DE)	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Tipo de Tratamiento
Rein, Duclos, Perdereu et al., 2006.	FR	DSM-IV	Transversal	Alta hospitalaria	0,95 años (0,75)	NR	AN-R=20 AN-P=2	Solo mujeres	15,55 (1,65)	FMS S CFI	Hospitalizados
Winn et al., 2007.	UK	DSM-IV	Exploratorio	NR	Rango 3-108 meses	15,3(2,0)	BN-P=45 BN-NP=4 NE=19	M=66 H=2	17,7(1,7)	LEE	NR
Kiriadou et al., 2007.	UK	NR	Transversal	NR	7,8 años (5,5)	15,2 (4,7)	AN=91	Solo mujeres	23,3(6,6)	FQ	-
Hoste & Le Grange, 2008.	UK	DSM-IV	Transversal	NR	18,2(15,8)	NR	BN=26 NE=29	M=54 H=1	15,9(1,7)	SCFI	Ambulatorios TF y Terapia de Apoyo.
Di Paola, Faravelli & Ricca, 2010.	IT	DSM-IV	Transversal	NR	NR	AN=24,4 (7,03) BN=25,2 (4,17) BED=54,4 (11,28)	AN=20 BN=20 BED=23	Solo mujeres	AN=15,7 5(3,60) BN=17 (1,6) BED=34, 52 (12,34).	LEE	NR
Sepúlveda et al., 2010.	UK	NR	Prospectivo	En base, postratamiento y seguimiento.	36,84(37,2)	NR	AN=35 BN=10	M=43 H=3	21,5(5,3)	FMS S	Ambulatorios Programa psicoeducativo a los cuidadores.

Tabla 3. Continuación...

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagn.	Tipo estudio	Momento Evaluación Padres	Duración TCA Media en meses (DE)	Edad inicio TCA Media (DE)	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Tipo de Tratamiento
Hoste, Labuschagne, Lock et al., 2010.	EUA	DSM-IV	Transversal	En base	11,3(9,2)	NR	AN=189	M=172 H=17	14,7(1,6)	SCFI	Ambulatorios TFC + TFS
Le Grange et al., 2011.	EUA	DSM-IV	Transversal	En base y postratamiento	11,3(10,0)	NR	AN=79	M=71 H=8	15,2(1,6)	SCFI	Ambulatorios 2 programas de tratamiento.
Rein et al., 2011	FR	DSM-IV	Transversal	NR	NR	NR	AN=60	Solo mujeres	16(NR)	FMS S	Ambulatorios
Medina, Navarro, López, Grau & Obiols, 2011.	ESP	DSM-IV-R	Transversal	En la admisión hospitalaria.	NR	NR	AN=36 BN=24 TCANE=17	Solo mujeres	26,4(7,3)	BDS EE CFI	Hospitalizados
Duclos et al., 2013.	FR	DSM-IV	Transversal	En base	16,6(6,8)	14,8(1,6)	AN-R=55 AN-P=5	Solo mujeres	16,6(1,6)	FMS S	Ambulatorios
Pérez-Pareja, et al., 2014.	ESP	NR	Prospectivo	NR	29,94(40,24)	NR	AN-R=40 AN-P=11,3 BN-P=4 BN-NP=1 TCANE=2	Todas mujeres	19,9(6,8)	LEE	Hospitalizados Tratamiento cognitivo conductual.

AN: Anorexia Nerviosa, BN: Bulimia Nerviosa, ANBN: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, AN-R: Anorexia Nerviosa Restrictiva, AN-P: Anorexia Nerviosa Purgativa, BN-P: Bulimia Nerviosa Purgativa, BN-NP: Bulimia Nerviosa No Purgativa, TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, NE: Trastorno no especificado en otra categoría, BED: Trastorno por atracón, M: Mujer, H: Hombre, EE: Emoción Expresada, NR: no registrado.; Familiar No Implicado, FI: Familiar Implicado, FNITF: Terapia Familiar, TFC: Terapia Familiar Conjunta, TFS: Terapia Familiar por Separado, AL: Alemania, AU: Australia, ESP: España, EUA: Estados Unidos de América, FR: Francia, GB: Gran Bretaña, IT: Italia, JP: Japón, NL: Países Bajos, UK: Reino Unido.

5.1. Niveles de EE en familias con pacientes con TCA.

Son numerosos los autores que han investigado las relaciones entre EE en los familiares de pacientes con esquizofrenia hallando niveles altos de comentarios críticos (Bebbington & Kuipers, 1995; Hodes & Le Grange, 1993; Vaughn & leff, 1976). En relación a las familias o a los cuidadores de pacientes con TCA también se han realizado investigaciones en las que se han analizado los niveles de EE y de sus componentes, y aunque en general existan contradicciones, la literatura sugiere que los cuidadores de los pacientes con un trastorno de la alimentación pueden experimentar un alto nivel de emoción expresada dentro de la familia.

Algunos autores señalan niveles inferiores de puntuaciones generales de EE en familiares con TCA en relación a los familiares de pacientes con esquizofrenia (Rodríguez & Vaz, 2005) y niveles mucho menores en los comentarios críticos de familiares con pacientes con TCA en relación a los obtenidos en muestras con pacientes con esquizofrenia (Hodes & Le Grange, 1993).

Existe un grueso de investigaciones que indican bajos niveles de EE en los familiares de pacientes con TCA. En el estudio realizado por Le Grange et al. (1992) tan solo se han hallado niveles del 36,5% de alta EE en los familiares de pacientes con EE, evaluando la EE con la SCFI. Niveles similares de EE se han hallado en el estudio de Le Grange et al. (2011) en el que un 32,9% de familias expresaban alta EE. Otros autores han encontrado que el nivel de los comentarios críticos de los cuidadores de pacientes con TCA es relativamente bajo, en el caso de pacientes con anorexia nerviosa (Hodes & Le Grange, 1992) y en los TCA en general (Le Grange et al., 2011; Smuckler et al., 1985; van Furth et al., 1996; Winn et al., 2007).

La revisión realizada por Hodes & Le Grange en el año 1993, en la que examinaban la variable EE en diferentes investigaciones realizadas en familias con pacientes con TCA, hallaron que los niveles de CC de los pacientes con TCA eran relativamente bajos (Hodes & Le Grange, 1993), no obstante, cuando se analizaban por subtipos de TCA se encontraba niveles altos de CC en pacientes con BN. Los autores daban la posible explicación de estos hallazgos debido a la naturaleza antisocial de los pacientes con BN, la vinculación con los rasgos de impulsividad que presentan estos

pacientes, a diferencia del comportamiento de los pacientes con AN que acostumbra a ser rígido y previsible con evidentes signos de fragilidad (Hodes & Le Grange, 1993). Por lo tanto, hay más probabilidades de que la presencia de CC en estos familiares sea una reacción negativa a las personas con BN, debido a una mayor prevalencia de conductas difíciles en estos pacientes que en los pacientes con AN.

Blair et al. (1995) investigaron la EE entre familiares de pacientes con TCA y familiares de pacientes con Fibrosis Quística (CF) comparadas con un grupo control, con el objetivo de determinar las dinámicas interpersonales de cuidado de un paciente con una enfermedad crónica. Encontraron que el 42% y 34% de cuidadores con AN y CF presentaban altos niveles de EE, respectivamente. Específicamente, ambos grupos de madres con pacientes con AN y CF demostraron mayores niveles de sobreimplicación emocional que las madres del grupo control. Los autores especularon que esta sobreimplicación podría ser debida a una reacción natural por parte de la madre hacia un hijo que experimenta una grave enfermedad. Además, también se hallaron relaciones entre la SIE y el nivel de gravedad de los síntomas, las puntuaciones más altas de sintomatología de AN estaban asociadas a alta SIE.

Blair et al. (1995) no encontraron ninguna relación entre la severidad de los síntomas y la frecuencia de los comentarios críticos, con bajos niveles en los CC tanto en las familias con AN como en las de CF.

El estudio de revisión realizado por Zabala et al. (2009) realizado con 20 estudios que examinaban los niveles de EE y estrés psicológico en familiares de pacientes con TCA, mostraron que los niveles de EE eran elevados, particularmente para aquellos familiares que cuidaban pacientes de mayor edad o aquellos que presentaban un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Los familiares tendían a presentar niveles de EE similares a los que presentaban los familiares de pacientes con depresión.

Winn et al. (2007), como parte de un estudio más amplio, investigaron la emoción expresada en cuidadores de pacientes con BN mediante encuestas realizadas a 112 cuidadores y a 60 pacientes adolescentes. Los padres informaron de niveles relativamente bajos de la emoción expresada, mientras que los pacientes presentaron niveles ligeramente más altos. En este estudio se utilizó la LEE como medida de autoinforme, que evalúa la percepción que tienen los familiares sobre su EE. La

percepción subjetiva de la EE familiar evaluada con el LEE reduciría la sensibilidad del instrumento, hecho que explicaría las bajas puntuaciones halladas en el estudio. Las medidas de autoinforme de cuidadores para evaluar la EE han sido cuestionadas, ya que no pueden capturar adecuadamente la extensión de la emoción expresada en una unidad familiar, ya que las perspectivas del paciente también son importantes elementos a tener en cuenta. Winn et al. (2007) dan otra posible explicación de las bajas puntuaciones de EE en los familiares de pacientes con TCA, el efecto de deseabilidad social en las respuestas de los padres que dan en los instrumentos de evaluación basados en el autoinforme, producirían un efecto sesgo.

Otros autores señalan que las bajas puntuaciones en EE reflejarían un estilo de respuesta específico en los familiares de pacientes con AN que presentan un estilo comunicativo propio basado en la evitación del conflicto (Dare et al., 1992; Szmukler et al., 1985; van Furth et al., 1996), es decir, un estilo comunicativo que tendría a evitar la confrontación con los hijos que padecen un TCA y que provocaría en ellos bajas puntuaciones en los niveles de EE. Más recientemente, Kyriacou et al. (2008) compararon el nivel de emoción expresada de 151 padres de personas con AN (grupo de cuidadores) y 93 padres de un grupo control sano. Encontraron que los del grupo de cuidadores de pacientes con AN presentaban niveles más altos de sobreimplicación emocional y de comentarios críticos que los del grupo control. Los niveles de SIE eran de un 60 % en el grupo de cuidadores de pacientes con AN en contraposición al 3% del grupo control. Además, en consonancia con Blair et al. (1995), las madres eran más propensas a demostrar altos niveles de sobreimplicación emocional que los padres. Del mismo modo, el 47% de los cuidadores de pacientes con AN presentaban altos niveles de comentarios críticos en comparación con el 15% de aquellos en el grupo control, un hallazgo contrario a las investigaciones de Blair et al. (1995), Hodes & Le Grange (1993) y Winn et al. (2007). Estas diferencias pueden ser atribuibles a las diferencias en tamaño de la muestra y las diferentes medidas utilizadas para la evaluación de la EE. Kyriacou y colaboradores (2008) utilizaron el Cuestionario Familiar (Wiedemann, Rayki, Feinstein & Hahlweg, 2002), una medida de autoinforme de la emoción expresada que fue diseñado para reducir el impacto de la deseabilidad social.

En el estudio de Berbel-Serrano, Sepúlveda, Graell-Bernal, Carrobles & Morandé (2010), en la que también utilizan la FQ para la evaluación de la EE, tanto los comentarios críticos como la sobreimplicación emocional están por encima del punto de

corte. También en el estudio de Sepúlveda et al. (2010), utilizando el FMSS (Magana et al., 1986) han hallado que el 55% de los familiares presentan alta EE. Este nivel de emoción expresada es consistente con la encontrada por Kyriacou et al. (2008), que encontraron un porcentaje del 60% de familiares de pacientes con TCA que expresan alta EE. Estos resultados también van en la línea del estudio de Zabala, Macdonald & Treasure (2009), hallando altos niveles de puntuaciones en comentarios críticos y sobreimplicación emocional para cuidadores de pacientes con un trastorno alimentario.

Evaluando la EE con la CFI, Rodriguez & Vaz (2005) han encontrado que un 46,5% de las familias de pacientes con trastornos alimentarios presentan alta expresividad emocional, con una tendencia en las madres a la sobreimplicación emocional. También son altas las puntuaciones encontradas en el estudio de Medina et al. (2011a), hallando niveles del 49,4% de alta EE utilizando la CFI. También según un estudio más reciente realizado en España, evaluando los niveles de EE con el LEE se observan altas puntuaciones del 49% (Pérez-Pareja et al., 2014.)

Se han recogido los resultados de diferentes estudios analizados des del año 1985 al 2014 en relación a los niveles de EE mostrando diferencias en las puntuaciones y cierta heterogeneidad en cuanto a instrumentos de evaluación utilizados, en los criterios diagnósticos para determinar el TCA, en las edades y características de las muestras, en los diferentes tipos de tratamiento y criterios de puntos de corte en los instrumentos de evaluación. Esta heterogeneidad podría explicar las diferencias en los resultados de las investigaciones, aunque la mayoría de estudios apuntan a observar altos niveles de EE en los familiares de pacientes que presentan algún TCA. De veinte estudios realizados des del año 1985 al 2014, diez de ellos hallan puntuaciones de elevada EE en más del 40% de familiares con pacientes con TCA. Podemos ver los resultados de los diferentes estudios en la siguiente tabla.

Tabla 4. Niveles de EE según diferentes estudios realizados sobre EE de familiares de pacientes con TCA.

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Pto corte Alta/Baja EE	% Alta EE	Resultados
Szmucker et al., 1985.	UK	AN: Russell BN: Russell	Transversal	AN=34 BN=17	M=46 H=5	22.8 (8)	CFI	CCm>6 CCp>3 Alta EE basada solo en pnts. de CC.	41,3%	SIE y CC para ambos padres. Alta y baja EE para ambos padres.
Szmucker et al., 1987.	UK	NR	Transversal	AN=17 ANBN=3	M=17 H=3	19,4 (3,7)	CFI	CC>6 en ambos padres Alta EE basada solo en puntuaciones de CC.	90% CCm 15% CCp	SB, CC, C y CP para ambos padres
Le Grange et al., 1992.	UK	DSM-III-R Russell	Longitudinal	AN=14 ANBN=4	M=16 H=2	15,33 (1,81)	SCFI	CC>2 en ambos padres. Alta EE basada solo en pnts. de CC.	36,5%	1er estudio: CC para ambos padres 2º estudio: alta y baja EE para ambos padres.
Van Furth, et al., 1993.	NL	DSM-III-R	Prospectivo	AN=16 BN=18 ANBN=6 NOS=6	M=41 H=5	17,1 (2.4)	CFI FMSS	CFI sin punto de cte. (EE tratada como variable continua). FMSS: manual	FMSS: 21%	SIE, CC, H, C y CP de ambos padres (CFI) Alta y baja EE ambos padres (FMSS).
Dare et al., 1994.	UK	DSM-III-R Russell	Transversal	AN=18 BN=8	M=23 H=3	15,62 (1,73)	SCFI	CC>2 en ambos padres Alta EE basada solo en pnts. de CC.	30%	SIE, CC, H, C y CP para ambos padres. Alta y baja EE para ambos padres.
Blair et al., 1995	GB	DSM-III-R	Transversal	AN=26 BN=1	M=25 H=2	18,7 (3,2)	CFI	CC> 6 en ambos padres Alta EE basada solo en pts. de CC. SP (3+) y H descrita por Vaughn y Leff (1976).	42%	SIE, CC, H para ambos padres Alta y baja EE para ambos padres.

Tabla 4. Continuación...

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Pto corte Alta/Baja EE	% Alta EE	Resultados
Van Furth et al., 1996.	NL	DSM-III-R	Prospectivo	AN=18 BN=19 ANBN=7 NE=5	M=44 H=5	17,3 (2,4)	CFI	Sin puntos de corte. Variables EE tratadas como continuas.	1ª eval: 35% no CC, 93%no H, 26% alta SIE	SIE, CC, C, H,CP Para ambos padres.
Eisler et al., 2000.	UK	DSM-IV ICD-10	Longitudinal	AN=40	M=39 H=1	15,5(1,6)	SCFI	CC> 2 para ambos padres. Alta EE basada únicamente en puntuaciones de CC.	CCmTFC: 36,8% CCmTFS: 47,6% CCm Total:42,5%	CCm, Cm Alta y Baja EE para ambos padres.
Uehara et al., 2001.	JP	DSM-IV	Longitudinal	AN=18 BN=7 NOS=1	M=25 H=1	20,1(8,1)	FMSS	Según Manual	Inicio tratamiento: 28,6% (50%*) Final tratamiento: 3,6%	CC y SIE Alta y borderline*
Rodriguez & Vaz, 2005	ESP	DSM-IV	Transversal	AN=28 BN=15 AN-R=21 AN-P=7 BN-NP=4 BN-P=11	Solo mujeres	20,4(4,2)	CFI	NR	46,5%	SIE, CC, C, H,CP Alta y baja EE de ambos padres.
Rein et al., 2006.	FR	DSM-IV	Transversal	AN-R=20 AN-P=2	Solo mujeres	15,5(1,65)	FMSS CFI	FMSS: Según Manual CFI: basado en puntuaciones de CC, SP y H descritas por Vaughn y Leff (1976)	FMSS: 30%	FMSS: estado inicial, relaciones entre puntuaciones CFI: SIE, CC, C, H, CP y EE final.

Tabla 4. Continuación...

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Pto corte Alta/Baja EE	% Alta EE	Resultados
Kiriadou et al., 2007.	UK	NR	Transversal	AN=91	Solo mujeres	Ca=23,3 (6,6) Co=17,3 (4,6)	FQ	-	60%	SIE y CC
Hoste & Le Grange, 2008.	UK	DSM-IV	Transversal	BN=26 NE=29	M=54 H=1	15,9(1,7)	SCFI	6>CC 0>H 3>SP (Vaughn y Left, 76).	GM: 50% GNM: 28%	Grupo minoritario SIE, CC, C, H,CP Alta y baja EE
Di Paola et al., 2010.	IT	DSM-IV	Transversal	AN=20 BN=20 BED=23	Solo mujeres	AN=24,4 (7,03) BN=25,2 (4,17) BED=54,4 (11,28)	LEE	-	88,9%	4 subescalas Total puntuación LEE
Sepúlveda et al., 2010.	UK	NR	Prospectivo	AN=35 BN=10	M=43 H=3	21,5(5,3)	FMSS	Manual	55%	SIE, CC, C, H, CP Alta y Baja EE
Le Grange et al., 2010.	EUA	DSM-IV	transversal	AN=79	M=71 H=8	15,2(1,6)	SCFI	Un padre con elevadas puntuaciones (CC>0, H>0, SP>2).	32,9%	SIE, CC, C, H,CP Alta y baja EE
Hoste et al., 2010.	EUA	DSM-IV	transversal	AN=189	M=172 H=17	14,7(1,6)	SCFI	CC>1, algún H o SB DE 3 o más de 3.	GM: 31,1% GNM: 30,5%	SIE, CC, C, H,CP Alta y baja EE
Medina et al., 2011.	ESP	DSM-IV-R	Tranversal	AN=36 BN=24 TCANE=17	Solo mujeres	26,4(7,3)	CFI BDSEE	CFI: CC>6, H>0, SP>3	49,4%	3 escalas BDSEE: CC, SIE y C. CFI: CC, SIE, H, C, CP, EE total.

Tabla 4. Continuación...

Referencia	País	Subtipo TCA y Criterio Diagnóstico	Tipo estudio	N TCA	N Género	Media Edad (DE)	Eval. EE	Pto corte Alta/Baja EE	% Alta EE	Resultados
Rein et al., 2011	FR	DSM-IV	Transversal	AN=60	Solo mujeres	16(NR)	FMSS	Manual	CC: 20% SIE: 15,7%	SB, CC, C, H,CP Alta y baja EE
Pérez-Pareja et al., 2014.	ESP	NR	Prospectivo	AN-R=40 AN-P=11,3 BN-P=4 BN-NP=1 TCANE=2	Todas mujeres	19,9(6,8)	LEE	Mediana según criterios de Cole y Kazarian (1988)	49,06%	4 subescalas Total puntuaciónLEE

AN: Anorexia Nerviosa, BN: Bulimia Nerviosa, ANBN: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, AN-R: Anorexia Nerviosa Restrictiva, AN-P: Anorexia Nerviosa Purgativa, BN-P: Bulimia Nerviosa Purgativa, BN-NP: Bulimia Nerviosa No Purgativa, TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, NE: Trastorno no especificado en otra categoría, BED: Trastorno por atracón, M: Mujer, H: Hombre, EE: Emoción Expresada, CC: Comentarios Críticos, H: Hostilidad, SIE: Sobreimplicación Emocional, C: Calidez, CP: Comentarios Positivos, NR: no registrado, GM: Grupo minoritario, GNM: Grupo No Minoritario, AL: Alemania, AU: Australia, ESP: España, EUA: Estados Unidos de América, FR: Francia, GB: Gran Bretaña, IT: Italia, JP: Japón, NL: Países Bajos, UK: Reino Unido.

5.2. Emoción expresada como indicador pronóstico de recaídas y del curso de la enfermedad en TCA.

La relación entre EE y recaídas ha sido ampliamente estudiada en diferentes trastornos psicopatológicos tales como la esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y agorafobia (Bebbington & Kuipers, 1994; Chambless & Steketee, 1999; Hooley & Teasdale, 1989; King, Richard, Rochon, Steiger & Nelis, 2003; Vaughn & Leff, 1976). Sobre todo la relación entre EE y recaídas ha sido investigada en los trastornos psicóticos hallándose una relación directa (Hooley, 2007), pero concretamente en TCA, existen pocos estudios que investiguen la variabilidad de las emociones familiares a lo largo de la evolución del trastorno (van Furth et al., 1996).

La mayoría de estudios sobre la EE en familiares de pacientes con TCA se han realizado de forma prospectiva y han utilizado las recaídas o la persistencia o acentuación de los síntomas como criterios para evaluar el curso de la enfermedad. Estos estudios han hallado la existencia de una fuerte relación entre la EE de los familiares de los pacientes con TCA y los niveles de recaída (Hodes & Le Grange, 1993; Szmukler et al., 1985; van Furth et al., 1993, 1996). Algunos autores incluso apuntan que el tamaño del efecto sobre la relación entre EE y recaída puede ser incluso superior que en la esquizofrenia y en los trastornos afectivos (Butzlaff & Hooley, 1998).

La EE también ha sido considerada como a un factor de mantenimiento de los TCA (Schmidt & Treasure, 2006; Treasure et al., 2007; Treasure et al., 2008b; Zabala et al., 2009). La alta EE, además de contribuir a que la enfermedad persista, también contribuye a que se acentúe la sintomatología del TCA a medida que el tiempo compartido entre la persona enferma y su cuidador aumenta (Treasure et al., 2007), además de estar relacionada con un mal pronóstico de los TCA (Eisler et al., 2000; Kyriacou et al., 2008). La alta EE, especialmente la actitud crítica de la madre hacia la paciente, ha sido considerada como el factor de mal pronóstico de la enfermedad más fiable, hasta el punto de explicar del 28 al 30% de la variancia (van Furth et al., 1996).

6. Emoción expresada e intervenciones familiares en los TCA.

6.1. Modificación de los niveles de EE mediante intervención familiar.

Un claro beneficio derivado de la investigación sobre la emoción expresada es el desarrollo de las intervenciones familiares. El TCA es una enfermedad con un proceso de recuperación lento en el que se ha podido observar como el riesgo a sufrir una recaída se reduce cuando los miembros de la familia acuden o ayudan en la recuperación del paciente e intervienen en la consecución de los objetivos (Bergh, Brodin, Lindberg & Södersten, 2002; Cummings, Johnson, Bradley et al., 2001; Haigh & Treasure, 2003; Holtkamp, Herpertz-Dahlmann & Vloet, 2005; Muscari, 2002).

Estos programas de tratamiento, en concreto las intervenciones que están basadas en capacitar a los cuidadores de personas con trastornos de la alimentación y que van dirigidas a mejorar la comunicación y las habilidades para resolver problemas, han mostrado una reducción en la emoción expresada en los cuidadores (Goddard et al., 2011; Sepulveda et al., 2010; Uehara et al., 2001) y han tenido cierto grado de éxito en la reducción en las tasas de recaída en los pacientes en que las familias reciben este tipo de ayuda (Hooley, 2007; Sepulveda et al., 2010).

Es bien conocido que el nivel de la EE es modificable mediante Intervención familiar (Eisler et al., 2000; Treasure et al., 2008b; Uehara et al., 2001), aunque algunos autores apuntan la dificultad de incluir a las familias con alta EE en el tratamiento (Szmukler et al., 1985). También se ha hallado que los altos niveles de emoción expresada están asociados con el abandono del tratamiento y unos pobres resultados del tratamiento en AN (Le Grange et al., 1992; Sepúlveda et al., 2010; Szmuckler et al., 1985; van Furth et al., 1996).

Existen numerosos estudios que exploran las variaciones de la EE y de sus componentes a lo largo del tiempo después de haberse aplicado un tratamiento de intervención familiar. La finalidad de evaluar la EE antes y después de una intervención es la de observar si existen diferencias entre los grupos en los que se realiza una intervención familiar de los que no y si estas intervenciones consiguen bajar los niveles

de EE en las familias de alta EE. Otra finalidad es la de comprobar y comparar la efectividad de diferentes intervenciones familiares a la hora de reducir los niveles de EE (Eisler et al., 2000; Szmukler et al., 1985.)

La evidencia científica apoya a los tratamientos familiares donde la familia es vista como el principal recurso para ayudar a la adolescente a recuperarse (Fisher, Hetrick & Rushford, 2010; Lock, Le Grange, Agras & Dare, 2001). Por otra parte, la efectividad de los programas de intervención familiar mejora en el caso de adolescentes con TCA de corta duración y donde el nivel de conflictividad familiar no es muy elevado (Le Grange et al., 2010). En familias con alta EE los resultados del tratamiento son mejores cuando los adolescentes y sus familias son atendidos por separado versus las terapias familiares combinadas (Eisler, Simic, Russell & Dare, 2007).

En el estudio de Szmukler et al. (1985), la EE fue considerada variable predictiva de los resultados al cabo de 5 años. En el estudio se analizó la variable EE con la aplicación de dos tratamientos diferenciados, viendo que las familias con alta EE obtenían unos peores resultados en la terapia familiar conjunta que con la terapia individual para los diferentes miembros familiares (adolescentes y padres individualmente) al finalizar el tratamiento. En la misma línea apuntan los estudios de Eisler et al. (2000), en los que se encuentra que las familias con alta EE funcionan mejor en el tratamiento cuando los padres e hijos son tratados individualmente.

Entre los programas de intervención familiar dirigidos a disminuir los niveles de EE, destacan dos tipos de programas: aquellos dirigidos a enseñar habilidades de resolución de problemas (Uehara et al., 2001), con una reducción en los niveles de ansiedad, de la EE de los familiares y de patología alimentaria de los pacientes y aquellos programas centrados en trabajar las habilidades de comunicación (Sepúlveda, López, Todd Whitaker & Treasure, 2008). Ambos tipos de programas han mostrado resultados favorables en cuanto a la adquisición de habilidades así como de la disminución del impacto negativo de la experiencia de cuidado y de la emoción expresada (Sepúlveda et al., 2010).

6.2. Emoción expresada y abandono en la terapia.

Numerosos estudios han encontrado que la EE familiar es una potente variable mediadora de la adherencia al tratamiento y del pronóstico de los TCA (Eisler et al., 1997; Eisler et al., 2000; Russell et al., 1987; Szmuckler et al., 1985; Uehara, Kawashima et al., 2001; van Furth et al., 1996).

Los comentarios críticos parecen ser un componente de la EE importante a la hora de determinar el abandono de la terapia familiar en familias con alta EE (Szmukler et al., 1985; Vostanis & Nicholls, 1992). También se ha observado que los pacientes con cuidadores que presentan altos niveles de comentarios críticos abandonan antes la terapia familiar ambulatoria aunque no la terapia individual (Le Grange et al., 1992).

En las familias de pacientes con BN y alta EE se han encontrado mayores tasas de abandono que en familias de pacientes con BN y con baja EE familiar (Perkins et al. 2005). De la misma manera, Szmukler et al. (1985) han hallado niveles altos de comentarios críticos en los familiares de pacientes con bulimia nerviosa. La mayoría de las investigaciones apuntan a que existe un peor pronóstico de la enfermedad y un mayor abandono del tratamiento cuando más crítica es la familia, siendo las familias con pacientes bulímicas las que más comentarios críticos expresan, eso explicaría las elevadas tasas de abandono del tratamiento de estas pacientes. Los autores de estas investigaciones creen que estos resultados podrían explicarse a que los padres críticos de algún modo minarían el tratamiento o que los pacientes que no cooperan con el tratamiento propiciarían las críticas de los padres, y estos pacientes poco implicados en la terapia son que acabarían abandonando el tratamiento.

6.3. Emoción expresada y respuesta al tratamiento.

En relación a la implicación de los componentes de la EE en familias con pacientes con TCA y respuesta al tratamiento existen divergencias entre los resultados de los estudios realizados. Estas diferencias podrían ser explicadas por la heterogeneidad de los instrumentos de evaluación utilizados para medir la variable EE y de las muestras utilizadas en los diferentes estudios. Así mismo, en el estudio de meta-análisis realizado por Butzlaff & Hooley (1998), se obtuvo una relación positiva entre tener una alta EE y una peor recuperación en los TCA, constatando que los altos niveles de EE predicen los resultados de las intervenciones en pacientes con patología alimentaria.

Existen numerosos estudios entre la literatura científica que muestran cómo mediante intervención familiar disminuyen los valores medios del grupo para la sobreimplicación y los comentarios críticos (Le Grange et al., 1992; Sepúlveda et al., 2010; Vostanis & Nicholls, 1992), a diferencia del estudio de Leff et al. (1989), en el que se observa que las intervenciones provocan cambios en los niveles de comentarios críticos pero no se produce una mejoría en cuanto a la disminución de la sobreimplicación familiar.

Según el estudio de van Furth et al. (1996) los comentarios críticos maternos sería la variable más significativa a la hora de explicar la respuesta al tratamiento. Aquellas madres menos hostiles tenían hijas que respondían mejor a la terapia. De acuerdo con los estudios de algunos autores (Le Grange et al., 1992; Uehara et al., 2001; van Furth et al., 1996), los comentarios críticos aparecen relacionados con los resultados del tratamiento, mientras que la variable sobreimplicación emocional podría ser una medida de efectividad de la psicoeducación familiar. Así lo demuestra el estudio de Uehara et al. (2001), que también considera el componente de sobreimplicación emocional de gran utilidad a la hora de evaluar las interacciones familiares y los resultados de un programa de intervención educacional dirigido a los padres, en el que se consigue la reducción de la EE (sobre todo de la sobreimplicación emocional) al final del tratamiento (Uehara et al., 2001.)

Otros autores también apoyan la relevancia del componente CC en la participación en la efectividad de la terapia. Vostanis et al. (1992) han observado que cuando los CC se presentan al inicio del tratamiento, esto produce que la terapia resulte menos efectiva, y si no se puede intervenir mediante la terapia y el trastorno persiste, entonces aumentan los comentarios críticos en aquellas familias que ya se mostraban críticas en el inicio del tratamiento. En aquellas familias en las que la intervención ha fracasado en relación a disminuir los niveles de CC, los pacientes posteriormente han sufrido recaídas en la sintomatología de los TCA (Vostanis et al., 1992).

Le Grange et al. (1992) han hallado que los niveles de CC en el inicio de la terapia predicen el progreso a los 6 meses del tratamiento. En el grupo que tenía peor respuesta en la terapia, los niveles de CC eran mayores en comparación con los de buena respuesta al tratamiento. El grupo que presentaba un pobre progreso en la terapia se mostraban más críticos, hostiles y menos cálidos.

Otros estudios no encuentran relaciones entre CC y resultados del tratamiento. Según el estudio de Le Grange, Rienecke, Lock & Bryson (2011), no se hallan relaciones significativas entre los comentarios críticos de los padres y los resultados del tratamiento. Tampoco los niveles iniciales de CC en los padres son significativos. Según los hallazgos de estos autores, mientras que las críticas hacia el paciente podrían tener relativamente poco impacto en el resultado de la terapia de familia, la calidez parecería actuar como factor de buen pronóstico en el tratamiento (Le Grange et al., 2011).

7. Estrés, carga familiar y malestar psicológico en familiares de pacientes con TCA.

7.1. Estrés y carga familiar en familiares de pacientes con TCA.

El cuidado de una persona con una enfermedad psicopatológica grave y prolongada en el tiempo puede tener efectos muy negativos sobre la salud, tanto a nivel físico como psíquico (Barrowclough, Tarrier & Johnston, 1996; Biegel, Milligan, Putnam & Song, 1994). Son numerosos los estudios que encuentran que los cuidadores de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa presentan niveles importantes de estrés psicológico (Sepulveda, López, Todd, Whitney & Treasure, 2008a; Whitney et al., 2007; Winn et al., 2007).

Los TCA son trastornos que requieren exigencias en los cuidados debido a la dificultad y a la severidad del curso de la enfermedad (Treasure et al., 2001). El estrés derivado del cuidado de pacientes con TCA surgiría en estas familias debido a la “carga familiar” que sufren sus miembros a causa de la enfermedad crónica que padece la persona con el trastorno alimentario (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987; Platt, 1985). Los cambios que ocurren en un paciente con un TCA afectan y repercuten en el resto de miembros familiares, haciendo que en los cuidadores principales aparezcan niveles de malestar psicológico, ansiedad, sentimientos de culpa e impotencia (Gilbert, Shaw & Notar, 2000; Whitney et al., 2005; Zabala et al., 2009). La convivencia con estos pacientes, tal como indican Ochoa, Espina & Ortego (2003), posee numerosas repercusiones sobre la dinámica familiar, la realización de las actividades diarias, las relaciones sociales y en la expresión de sintomatología ansiosa y depresiva. La convivencia con un paciente con una enfermedad crónica representa una “carga” al tener el familiar que ocuparse del enfermo sin poder esperar reciprocidad y debiendo restringir otras relaciones (Espina et al., 1995).

El TCA, como se ha apuntado en los apartados anteriores, produce también cambios en el funcionamiento de la familia. Berbel-Serrano et al. (2010), muestran en su estudio que el trastorno alimentario tiene como consecuencia el empobrecimiento de las relaciones familiares, así como el distanciamiento entre los padres como pareja, consecuencias que a la vez contribuyen en acrecentar el nivel de estrés en la familia, poniendo en manifiesto que los procesos interpersonales dentro de la familia pueden

favorecer el mantenimiento de la enfermedad (Schmidt & Treasure, 2006; Treasure et al., 2007).

En los modelos de estrés familiar derivados de los TCA se ha destacado en los familiares la carencia percibida de estrategias efectivas para ayudar al paciente a recuperarse (Kyriacou et al., 2008), el proceso de enfermedad, sumado a esta carencia de herramientas apropiadas para ayudar al familiar con TCA a superar su problema generaría un alto estrés en los miembros de la familia, particularmente en los padres, esto, a su vez, contribuiría al mantenimiento del problema.

En general, la falta de recursos y de estrategias adecuadas para ayudar a los hijos que sufren la enfermedad es la principal fuente de estrés y angustia para los padres (Berbel-Serrano et al., 2010). Resultados de diferentes investigaciones apuntan a que la educación y las herramientas proporcionadas a los cuidadores gracias a los programas de intervención familiar reducen el estrés, la carga familiar, mejoran los aspectos negativos de las experiencias de cuidado a los pacientes y disminuyen los niveles de emoción expresada (Sepulveda et al., 2010; Treasure et al., 2001; Uehara et al., 2001).

Si bien el cuidado de una persona con un TCA puede tener un impacto negativo sobre el cuidador, también puede tener consecuencias positivas en los familiares (Nielsen & Bara-Carril, 2003). Tratar a la persona con el TCA puede acercar el cuidador al paciente fortaleciendo así la relación (Gilbert et al., 2000; Perkins et al., 2004) y la persona puede ser capaz de utilizar la enfermedad como una oportunidad de desarrollo personal mediante la obtención de la fuerza personal, el aprendizaje de nuevas habilidades y el desarrollo de una nueva comprensión de los demás (Perkins et al., 2004). Además, el esfuerzo y la unión de los miembros familiares para hacer frente a los trastornos alimentarios pueden fomentar el apoyo familiar (Perkins et al., 2004; Treasure et al., 2001).

La percepción que tiene la familia sobre la enfermedad y la situación de ansiedad y depresión de los familiares son elementos a tener en cuenta en el proceso de recuperación del paciente, es por eso que el tratamiento de los TCA debe incluir necesariamente a ambos cuidadores y debe proporcionarles atención específica dirigida a reducir los niveles de ansiedad y depresión. Es necesario potenciar el desarrollo de programas psicoeducativos destinados a crear en ellos estrategias que permitan mejorar

las habilidades y competencias de los familiares en su autocuidado. Los programas de intervención a las familias no deben de limitarse sólo a la reducción de los síntomas, es importante también dar apoyo y potenciar el sentido de competencia en la familia para reducir el impacto de la enfermedad (Highet, Thompson & King, 2005; Sepúlveda et al., 2010, 2012a).

7.2. Modelos de carga para el cuidador.

El concepto de “carga” (tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como “estar quemado”) originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con las dificultades en la salud física, debido a una acumulación de factores estresantes frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. Se han propuesto varios modelos para explicar la carga y la angustia que provoca la enfermedad en los cuidadores de pacientes con TCA.

La teoría del estrés cognitivo (Lazarus & Folkman, 1984) propone que la evaluación de los recursos personales (la capacidad para hacer frente al papel de cuidador, al apoyo social y los recursos disponibles) media la relación entre el estrés (o situación de cuidado) y el resultado asociado a la carga para el cuidador (Lazarus & Folkman, 1984). Según este modelo se define el estrés como una relación entre la persona y el medio ambiente. Se proponen estrategias de afrontamiento para mediar los efectos de una situación de estrés, ya que la estrategia de afrontamiento particular utilizada no está presente antes de que ocurra la situación estresante (Lazarus, 1993).

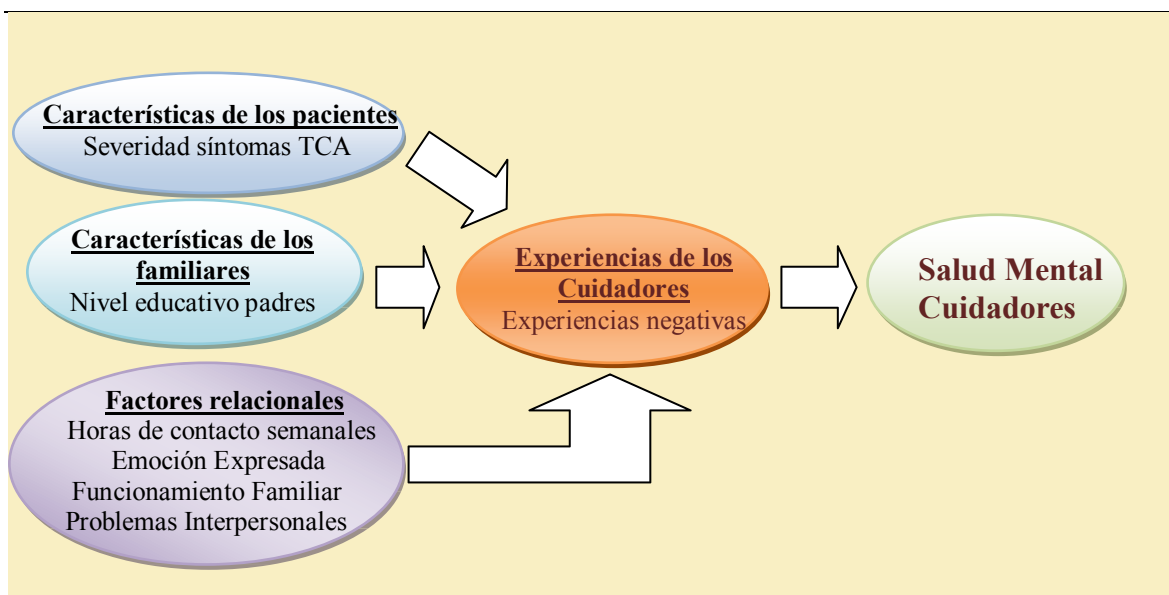
Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990) plantean en su teoría del estrés que existen factores estresantes primarios y secundarios. Los factores primarios son indicadores objetivos de la situación de cuidado, como la gravedad de los síntomas, los compromisos hacia el tratamiento y las conductas problemáticas y los factores estresantes secundarios son consecuencia de la situación de cuidado, tales como los conflictos familiares, del trabajo, del cuidado y otros compromisos familiares. Estos factores de estrés dan lugar a tensiones psicológicas, que a su vez producen problemas emocionales o de salud física. Estos factores son factores predictivos y los resultados

están influenciados por los antecedentes y el contexto, como el nivel socioeconómico, el contexto familiar y la disponibilidad de tratamiento o apoyo. Por último, estos factores se ven afectados por los mediadores de afrontamiento y el apoyo social. En consecuencia, las personas que emplean estrategias de afrontamiento eficaces y cuentan con el apoyo social adecuado, tendrán mejores resultados que los que tienen menor apoyo social y utilizan estrategias de afrontamiento ineficaces.

Otros modelos en relación a la carga familiar en los cuidadores tienen en cuenta las características de los cuidadores y las relaciones específicas para el cuidado de una persona con una enfermedad mental. El modelo planteado por Winn y colaboradores (2007), incorporan las características de los pacientes al modelo explicativo de Schene van Wijngaarden & Maarten (1998) -creado para familiares de esquizofrénicos- sobre predictores de salud mental de los cuidadores. Estas se refieren a factores tales como la severidad de los síntomas del TCA, la edad del paciente y la duración de la enfermedad. Las características de los cuidadores tienen en cuenta el nivel educativo y socioeconómico de los padres, la edad del cuidador y el contacto con profesionales sanitarios. Por último, las características relacionales entre cuidadores y enfermos se refieren al número de horas de contacto, si el paciente vive en el hogar, el nivel de emoción expresada y las dificultades interpersonales generales (ver figura 1.)

Un modelo más reciente es el Modelo de Anorexia de Schmidt & Treasure (2006). Este modelo describe factores intra e interpersonales que mantienen el trastorno y las estrategias que existen para abordarlos. Si bien fue diseñado para pacientes con AN, tiene utilidad teórica y clínica para pacientes con BN u otros trastornos de la conducta alimentaria. Los factores de mantenimiento de este modelo son factores cognitivos (rigidez de pensamiento y pensamiento focalizado en los detalles), estilo socioemocional (las dificultades socioemocionales de las pacientes), los pensamientos a favor del TCA y los factores interpersonales. Para cada uno de estos factores se han creado diferentes programas de intervención. En referencia a estos últimos factores tenemos que citar las reacciones emocionales de los familiares cercanos del adolescente con TCA, particularmente de sus padres, que pueden contribuir reforzando los síntomas de TCA. Este último aspecto está relacionado con la alta EE y la acomodación de la familia al trastorno de la conducta alimentaria del paciente (Treasure et al., 2008a). Para incidir en esta variable de mantenimiento del trastorno se han desarrollado intervenciones para padres y cuidadores de personas con TCA.

Figura 1. Modelo conceptual sobre variables predictoras de experiencias negativas y del estado mental de cuidadores de pacientes con TCA (adaptado de Winn et al., 2007).



7.3. Malestar psicológico y trastornos afectivos en familiares de pacientes con TCA.

Según la bibliografía existente, se sabe que muchos cuidadores de pacientes con TCA han experimentado estrés psicológico primario asociado a síntomas de ansiedad y de depresión (Kyriacou et al., 2007; Sepúlveda et al., 2012). Cuando se comparan muestras de familiares de pacientes con TCA con grupos controles, tanto familiares como pacientes con AN presentan elevados niveles de ansiedad (50% vs 15%, respectivamente) y de depresión (13% vs 1%, respectivamente) (Kyriacou et al., 2007). Whitney et al. (2005) han encontrado que el 40% de cuidadores de pacientes con TCA presentan algún tipo de problema de salud mental y un 15% de estos han experimentando altos niveles de estrés psicológico.

Investigaciones que han evaluado los factores que contribuyen a crear malestar psicológico en los cuidadores de pacientes crónicos han hallado que son diferentes los aspectos a tener en cuenta en la vida de estos cuidadores: el tener que afrontarse a dificultades tales como la sensación de sentirse excluidos, incomprendidos o culpabilizados por parte de los profesionales, mostrándose insatisfechos con la

información que reciben, el pronóstico de la enfermedad, el apoyo profesional y social y las estrategias de afrontamiento con las que cuentan para hacer frente al problema (Haigh & Treasure, 2003; Quiles & Terol, 2008; Quiles, Terol & Marzo, 2009; McMaster, Beale, Hillege et al., 2004; Treasure, Gavan, Todd & Schmidt, 2003; Winn et al., 2004).

En relación a los factores que aumentan el malestar psicológico y la dificultad personal en los familiares, destaca el miedo a la dependencia a largo plazo y la percepción de alto riesgo por las consecuencias de la enfermedad (Haigh & Treasure, 2003). Winn et al. (2007) encuentran otros factores que aumentan el estrés familiar, como el mayor número de horas de contacto con el paciente y valores altos en la emoción expresada. El estudio de Sepúlveda et al. (2010) señala que se produce una acomodación en los familiares a los rituales y a las conductas alimentarias nocivas como un “estilo de vida”, adaptando su rutina y funcionamiento familiar a las exigencias de la patología. La aparición de malestar psicológico en los cuidadores también puede estar asociado a la consideración de la enfermedad como un estigma social por parte del cuidador (Highet, Thompson & King, 2005; Whitney et al., 2005). Por otro lado, también se ha encontrado un mayor malestar psicológico en cuidadores cuyos pacientes niegan la seriedad de la enfermedad o en los cuidadores cuyos pacientes se encuentran ambivalentes o resistentes al tratamiento (Zucker, Marcus & Bulik, 2006).

En el estudio de Treasure et al. (2001), los cuidadores de pacientes con AN informaron de niveles más altos de malestar psicológico y comentaron presentar mayores dificultades en los cuidados de sus familiares que los cuidadores de pacientes con problemas mentales psicóticos. En este sentido, la variable malestar psicológico es un punto importante en el abordaje del familiar que lleva el cuidado de un paciente con TCA, tal como lo han mostrado hasta el momento las investigaciones.

En relación a la psicopatología de los familiares, estudios cualitativos y cuantitativos han demostrado que los cuidadores de pacientes con un TCA muchas veces presentan altos grados de depresión y de ansiedad (Strober y Humphrey, 1987; Treasure et al., 2001; Vandereyken, 1994), acompañados de sentimientos de culpa e impotencia (Gilbert et al., 2000; Whitney et al., 2005; Zabala et al., 2009).

Frente a las investigaciones que apuntan que las alteraciones psicopatológicas y de personalidad de los padres pueden ser una consecuencia de los trastornos

alimentarios de las hijas, resaltando la carga que representa para la familia el tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica, otras investigaciones realizan el planteamiento inverso, presentando la psicopatología de los padres como causa de los TCA, planteando el posible valor etiológico de los trastornos psicopatológicos de los padres en la patología de las hijas (Strober, 1981; Strober, Salkin, Burroughs & Morell, 1982). Sea causa o efecto del trastorno alimentario de las hijas, en la prevención y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es importante conocer el alcance de la patología ansiosa y depresiva en las familias afectadas.

7.4. Estrés y emoción expresada en familiares con TCA.

La literatura muestra que altos niveles de EE pueden provocar problemas del estado de ánimo en los cuidadores y se relaciona con una peor salud mental y mayor tensión en el cuidador (Scazufca & Kuipers, 1996; Tarrier et al., 2002; Wagner, Logsdon & Pearson, 1997; Wearden et al., 2000). En el caso de los TCA, los cuidadores con alta EE, a menudo presentan sentimientos de culpa con respecto a la enfermedad (Besharat, Eisler y Dare, 2001).

En población española, el trabajo realizado por Sepúlveda et al. (2012a), realizado con cuidadores de pacientes con un TCA, mostró una relación positiva entre el nivel de EE y el malestar psicológico en los cuidadores de estas pacientes. Podemos decir que los estudios que han explorado las relaciones entre estrés y emoción expresada en los familiares de pacientes con TCA, debido al cuidado y a la “carga familiar” de los enfermos con TCA, van en la misma línea que el estudio de Sepúlveda et al. (2011). Se han explorado estas relaciones entre variables relacionadas con el estrés psicológico y la sobrecarga familiar y los niveles de Emoción Expresada, hallando que unos altos niveles de EE se acompañan de mayor estrés psicológico y de una valoración más negativa del cuidado ofrecido (Eisler et al., 2000; Sepúlveda et al., 2010). Otros estudios que trabajan con pacientes con esquizofrenia han hallado estas mismas relaciones (Barrowclough & Hooley, 2003; Barrowclough et al., 1994).

Según el estudio de Sepúlveda et al. (2010), en familiares con altas puntuaciones en EE en de pacientes con anorexia nerviosa (N=36) y con bulimia nerviosa (N=10), se

hallaron mayores puntuaciones en los aspectos negativos de cuidado familiar que los que presentaban bajas puntuaciones en EE. Los autores comprobaron como los altos niveles de comentarios críticos predecían el estrés psicológico en familiares después de la intervención familiar. Whitney et al., (2005), encontraron que madres con niveles elevados de estrés (con sentimientos de culpa y desamparo en respuesta al dolor) presentaban también un alta EE.

Según el estudio de Kyriacou et al. (2007), realizado con familiares de un grupo de 142 pacientes con AN, unos mayores niveles de CC en las familias estaban relacionados con pobres percepciones (de dificultad y de negativismo) de la conducta de los pacientes y estaban relacionados también con una mayor tendencia a no querer recibir ayuda de ellos. Vieron también que el componente sobreimplicación emocional estaba asociado con depresión y ansiedad en la familia. También según el estudio realizado por Winn et al. (2007) en familiares de pacientes con BN (N=68) la EE percibida por el paciente resultaba ser un factor predictivo significativo de la experiencia de cuidado negativa.

En el estudio de Pérez-Pareja et al. (2014), utilizando la LEE para evaluar la EE, se encontró una relación positiva y significativa entre la EE, el malestar psicológico y la ansiedad. Aquellos cuidadores con una actitud más negativa hacia la enfermedad presentaban mayores niveles de ansiedad. Además, los resultados mostraron que la tolerancia hacia el paciente era la dimensión de la EE que tenía una mayor relación con los niveles de ansiedad y de depresión en el cuidador (Pérez-Pareja et al., 2014).

8. Limitaciones en las investigaciones sobre EE y TCA.

La exploración de las relaciones entre diferentes variables familiares, evolutivas y clínicas y EE y la comparación de los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre EE y TCA, presentan ciertas limitaciones que vamos a exponer a continuación.

Causalidad TCA y funcionamiento familiar.

Una de las mayores limitaciones que presentan investigaciones sobre EE en trastornos de la conducta alimentaria es que son estudios de tipo transversal, hecho que dificulta determinar las relaciones causales entre variables.

En cuanto a la causalidad del funcionamiento familiar en los TCA, no queda claro si los procesos implicados en el funcionamiento familiar son de importancia etiológica o son una respuesta a la misma enfermedad. No sabemos si existe una relación causal en las asociaciones entre la EE y las distintas variables que se han encontrado relacionadas, ya que la existencia de una alta EE puede ser la que agrave los síntomas en un TCA o provoque una recaída, pero también son las conductas disruptivas asociadas a la recaída y a la sintomatología de un TCA las que provocarían en los familiares mayores niveles de EE. Hasta el momento no se han encontrado respuestas satisfactorias a esta cuestión debido a las limitaciones de los diseños de los estudios y a la dificultad en investigar esta posible causalidad entre diferentes variables debido a la reciprocidad y complejidad de la asociación de la EE con las distintas variables. Estos estudios también representan limitaciones debido a la dificultad en realizar seguimientos que permitan observar qué aparece primero y qué aparece después como consecuencia, por eso sería interesante elaborar estudios longitudinales que exploren la causalidad EE y variables de funcionamiento familiar. Lo que sí han apuntado numerosos autores es que no existe un tipo particular de familia invariablemente asociado con TCA (Cervera, 1996; Cook-Darzens et al., 2005; Toro & Vilardell, 1987; Treasure et al., 2008b). Las características halladas pueden significar un proceso de adaptación a una enfermedad o proceso de desarrollo. Estos autores proponen investigar como las familias pueden afrontar los problemas antes que investigar aquello que funciona mal en la familia, es decir, preguntarse por qué algunas familias afrontan el problema mejor que otras.

Comparabilidad entre las diferentes muestras.

Muestras heterogéneas: En los estudios de investigación sobre emoción expresada en los trastornos de la conducta alimentaria, también encontramos cierta dificultad en comparar los diferentes niveles de EE, ya que algunos estudios evalúan EE percibida familiar con los diferentes miembros, con un solo miembro, o se evalúa únicamente la EE del paciente.

En relación a los estudios que se basan en las percepciones de los familiares de los pacientes con TCA, nos encontramos con diferencias en el número y tipo de familiares evaluados que dificultan la comparabilidad entre las diferentes investigaciones: unos estudios entrevistan únicamente al cuidador principal y otros a ambos padres o incluso a todos los miembros de la familia. Medir la EE de un solo miembro de una pareja de padres puede obviar información relevante sobre procesos que acontecen en el ambiente familiar del paciente. Encontramos investigaciones que analizan únicamente los resultados de la EE percibida por los padres o únicamente la EE percibida por los pacientes. Una de las principales críticas que han recibido estos estudios es que se basan en la evaluación de un solo miembro de la familia, generalmente la paciente y con menor frecuencia la madre, generando en esos casos una única imagen de la perspectiva familiar con una percepción unilateral (Cook Darzens et al., 2005).

Características clínicas y sociodemográficas: Otro hecho que dificulta la comparabilidad entre estudios es la heterogeneidad de las muestras analizadas. Algunos estudios utilizan muestras de pacientes ambulatorios o muestras mixtas y de diferentes rangos de edad (adolescentes, adultos) o de diferentes géneros, hechos que dificultan la comparabilidad entre las muestras de las diferentes investigaciones.

También debemos de tener en cuenta de que a demás de encontrar muestras heterogéneas de sujetos en etapas diferentes del tratamiento y en momentos diferentes en la evolución del problema, también existe un amplio rango de edades tanto en los pacientes como en los cuidadores. En algunos estudios se evalúan muestras de adultos con TCA, lo que puede modificar el patrón de interacción familiar con respecto a cuándo es un adolescente quien presenta el trastorno (Woodside, Wolfson, Garfinkel & Olmsted, 1995).

Diferencias en las definiciones operativas de las variables: Otra limitación que presentan algunos estudios sobre EE y TCA es que evalúan características aisladas y muchas veces no comparables entre sí, acerca del funcionamiento familiar. En las diferentes definiciones de las variables estudiadas se evidencia la diversidad de criterios utilizados.

Diferencias en los criterios de inclusión y exclusión: Existe cierta dificultad para establecer comparaciones entre estudios realizados en diferentes años debido a los diferentes criterios para establecer el diagnóstico de los TCA, algunos estudios no diferencian entre subtipos no purgativo y purgativo, los estudios utilizan diferentes criterios diagnósticos para establecer el diagnóstico de TCA y otros ni siquiera mencionan el criterio utilizado para diagnosticar el TCA.

Diferencias metodológicas: Los diseños de los diversos estudios difieren en una amplia serie de variables en función de los objetivos que se hayan propuesto o de sus planteamientos teóricos, lo que puede llevar a problemas en la comparabilidad de los resultados. Una de las diferencias más habituales de estos diseños es el hecho de que las medidas se realizan en diferentes momentos evolutivos de la enfermedad: La metodología de la mayoría de estudios consiste en hacer la medición inicial de la EE en las primeras semanas del ingreso, otros estudios avalúan a los sujetos en diferentes momentos de la evolución del TCA, después de una recaída o un tiempo después del ingreso por ejemplo, otros estudios miden la EE de pacientes estabilizados o ambulatorios, etc. Las repercusiones emocionales en los familiares pueden ser mayores ante una recaída que requiera ingreso o después de un tiempo de estabilización de la enfermedad, hecho que puede dificultar la comparabilidad entre los estudios.

Instrumentos de evaluación: Como apuntan diferentes autores, los patrones de la familia del paciente con un TCA son muy difíciles de estandarizar y desarrollar en medidas fiables (Dare et al., 1992; Kog et al., 1985, 1987). A demás, las diferencias en los instrumentos de medida de las variables analizadas (funcionamiento social, sintomatología, ansiedad, depresión, etc.), constan de distintas características psicométricas y concordancias. También existen diferentes criterios para determinar los diferentes subtipos diagnósticos de TCA, hecho que también contribuye a dificultar la comparación entre muestras de diferentes investigaciones.

Entre los instrumentos más frecuentemente utilizados para valorar la EE también existen diferencias de concordancia que pueden afectar a la comparación entre los estudios que utilizan diferentes medidas de evaluación de la EE. En el artículo de revisión de Duclos et al., (2011), realizado con artículos de investigación desde el 1981 al 2011, se han hallado seis métodos diferentes para la evaluación de la EE. De estos 27 estudios, 21 de ellos utilizaron entrevista (seis de ellos utilizaron la *CFI*, 8 utilizaron la *SCFI* y 4 estudios utilizaron la *FMSS*). También hallamos diferencias entre los puntos de corte para determinar alta o baja EE que van en función de los instrumentos utilizados para evaluar el constructo EE.

Algunos autores (Winn et al., 2007), han apuntado que cuando se utilizan cuestionarios de autoinforme para evaluar la emoción expresada, los cuidadores pueden exhibir un sesgo de deseabilidad social o un sesgo de percepción de las propias familias. La propia patología puede influenciar en la opinión que tienen las pacientes y sus padres sobre las relaciones familiares, al tratarse de instrumentos de evaluación que miden opiniones o recuerdos subjetivos y al ser las investigaciones de tipo retrospectivo, la valoración de la dinámica familiar cambiaría con la evolución de la enfermedad.

CAPÍTULO 2. Objetivos e hipótesis de trabajo.

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.

1. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El **Objetivo General** de este estudio es describir el perfil de la EE en una cohorte de familiares de pacientes con TCA, analizando las diferentes manifestaciones de los niveles de EE percibida en estas familias.

Los **Objetivos Específicos** son los siguientes:

Analizar si los perfiles de EE percibida en los familiares se asocian a variables clínicas, de curso de la enfermedad y de funcionamiento familiar, por lo que realizaremos:

1. Estudio diferencial de los niveles de la EE percibida de los familiares entre los diferentes **subtipos de TCA, conducta purgativa-no purgativa** y entre las diferentes **características de los pacientes**: edad, peso, índice de masa corporal (IMC) y **curso de la enfermedad** (tiempo de evolución de la enfermedad, número de ingresos y horas de contacto de las pacientes con los familiares).

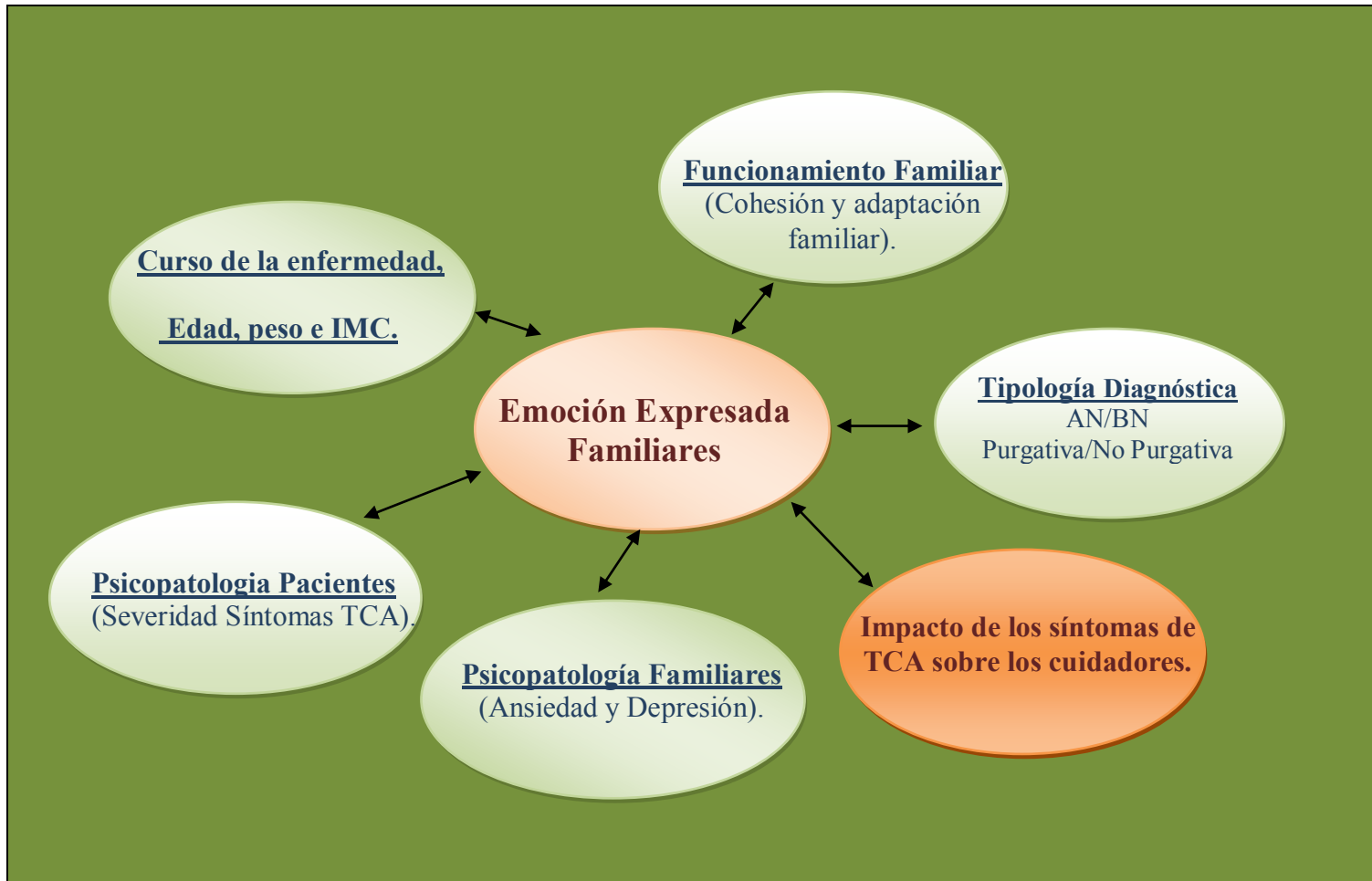
2. Análisis de la posible relación entre la EE percibida de los familiares hacia los pacientes y la **psicopatología** que presentan los familiares (sintomatología ansiosa y depresiva).

3. Análisis de la posible relación entre la EE percibida de los familiares hacia los pacientes y el grado de **impacto de los síntomas** de los pacientes sobre los familiares.

4. Análisis de las posibles relaciones entre el perfil de la EE percibida en los familiares y la sintomatología referente a la **patología alimentaria** de los pacientes con TCA.

5. Análisis de las posibles relaciones entre el perfil de la EE percibida en los familiares y el **funcionamiento familiar** (cohesión y adaptación familiar).

Figura 2. Relaciones entre variables a analizar en el estudio.



2. HIPÓTESIS.

Hipótesis 1: Los familiares con una hija con BN presentaran una mayor EE que los familiares con una hija con AN.

Hipótesis 2: Los familiares con una hija que presenta conducta purgativa presentaran una mayor EE que los familiares con una hija que no presente conducta purgativa.

Hipótesis 3: Los pacientes de familiares con una alta EE presentaran una edad mayor, un IMC menor, un mayor tiempo de evolución de la enfermedad, un mayor número de ingresos y más horas de contacto con los familiares que los pacientes de los familiares con una baja EE.

Hipótesis 4: Existirán diferencias en la severidad de la psicopatología (ansiedad y depresión) en los familiares con alta y baja EE: los familiares con mayores niveles de EE percibida presentaran mayores niveles de depresión y de ansiedad.

Hipótesis 5: Existirán diferencias en el grado de impacto de los síntomas de los pacientes sobre los familiares según estos presenten una alta o baja EE: Los familiares con mayores niveles de EE percibida presentaran mayores niveles de impacto de los síntomas de los pacientes.

Hipótesis 6: Los familiares que presenten altos niveles de EE tendrán una hija con mayores alteraciones en las puntuaciones de las subescalas del EDI-2.

Hipótesis 7: Existirán diferencias significativas entre los niveles de cohesión y adaptación familiar en función de si los familiares presentan una alta o baja EE: Las familias con alta EE presentarán una menor cohesión y adaptación familiar que las familias con baja EE.

CAPÍTULO 3. Método.

CAPÍTULO 3. MÉTODO.

1. MUESTRA.

1.1. Población.

El presente estudio se diseñó sobre la población de familias con una hija que reuniera los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes femeninos
- Edades comprendidas entre los 12 y 21 años de edad.
- Que reúnan los criterios diagnósticos del DSM-IV-R de AN y BN.
- Pacientes no psicóticos.
- Pacientes hospitalizados en centros de Día especializados en TCA.
- Aceptación verbal para participar en el estudio.

Los criterios de inclusión del familiar responsable son los siguientes:

- Consentimiento verbal para participar en el estudio.
- Que conviva cotidianamente con el paciente, al menos los tres meses previos al estudio.
- Que no presenten déficit de capacidad intelectual que dificulte la cumplimentación de cuestionarios auto-administrados.

1.2. Participantes.

Participaron un total de 50 familiares de 34 pacientes diagnosticados de AN o BN. Se excluyeron aquellos familiares y pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión: cuatro participantes fueron excluidos por pertenecer al sexo masculino, se excluyeron ocho familias porque los pacientes no vivían junto a los padres al menos los tres meses previos al estudio y seis familias de pacientes con TCANE o trastorno de la ingesta compulsiva también se excluyeron por no cumplir los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa.

2. MATERIAL.

2.1. Pruebas administradas a los Pacientes:

En los dos hospitales en los que se extrajeron la muestra de sujetos para el estudio, un psiquiatra experimentado administró a los pacientes la entrevista clínica semi-estructurada ***The Eating Disorders Examination Interview (EDE-12)*** para que todos los diagnósticos se hicieran siguiendo uno de los manuales diagnósticos, en este caso la DSM-IV, y para establecer el diagnóstico y la clasificación de los diferentes subgrupos de TCA. Los datos sobre peso, talla e IMC de los pacientes fueron evaluados objetivamente mediante báscula y cinta métrica.

Posteriormente, como parte de la evaluación se administró **el instrumento *The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*** a los pacientes tras la primera consulta y que debían de rellenar de forma individual.

2.2. Pruebas administradas a los Familiares:

Durante los dos meses posteriores al ingreso de los pacientes, se administraron a los familiares los diferentes protocolos de evaluación. Los cuestionarios debían de ser contestados en referencia a los últimos tres meses. Las pruebas administradas fueron las siguientes:

Un cuestionario sociodemográfico que debían de rellenar de forma individual. Se elaboró específicamente para recoger datos sociodemográficos: edad de inicio del trastorno, genograma familiar, estudios o profesión de los pacientes, nivel de estudios y profesión de los cuidadores, grado de parentesco del cuidador con el paciente, etc.

Evaluación de la Emoción Expresada percibida por los familiares mediante dos instrumentos: *the Level of Expressed Emotion (LEE)* y una Versión de *The Family Questionnaire (FQ)*.

Evaluación de la psicopatología de los familiares: se evaluaron los niveles de depresión y ansiedad de los familiares mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*HADs*).

Evaluación del impacto de los síntomas de los trastornos alimentarios de los pacientes sobre los familiares, evaluado mediante la escala *The Eating Disorders Symptom Impact (EDSIS)*.

Evaluación del funcionamiento familiar: mediante la *Family Adaptability and cohesion Scales (FACES-III)* se evaluó la adaptación y cohesión familiar.

Tabla 5. Protocolos de evaluación administrados al grupo de familiares.

<i>Familiares</i>	
<i>Datos sociodemográficos, personales, familiares, etc.</i>	<i>Cuestionario Sociodemográfico</i>
<i>Evaluación Emoción Expresada</i>	<i>The Level of Expressed Emotion (LEE).</i>
	<i>Versión de The Family Questionnaire (FQ).</i>
<i>Evaluación Funcionamiento Familiar</i>	<i>The Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES-III).</i>
<i>Evaluación Psicopatología</i>	<i>La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).</i>
<i>Evaluación impacto del TCA</i>	<i>The Eating Disorders Symptom Impact (EDSIS).</i>

Tabla 6. Protocolos de evaluación administrados a los pacientes.

<i>Pacientes</i>	
<i>Evaluación Diagnóstica</i>	<i>The Eating Disorders Examination Interview (EDE-12).</i>
<i>Evaluación Patología alimentaria</i>	<i>The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2).</i>

3. PROCEDIMIENTO.

La muestra de pacientes (n=34) y de familiares (n=50) fue seleccionada de dos centros especializados en TCA pertenecientes a la comunidad de Cataluña que acudieron para recibir tratamiento en dos centros de hospitalización especializados en TCA entre el 1 de febrero de 2012 y el 20 de julio de 2013. Se seleccionaron los pacientes que reunían los criterios de inclusión para el estudio expuestos en el apartado anterior y que fueran diagnosticados como pertenecientes a sujetos con AN o BN de acuerdo con el diagnóstico establecido mediante entrevista clínica semi-estructurada *The Eating Disorders Examination Interview (EDE-12)*. Se clasificaron en diferentes subgrupos de TCA: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y en subtipo purgativo/no purgativo.

Los pacientes y los familiares recibieron las instrucciones y el conjunto de pruebas seleccionadas. Todos los pacientes y familiares fueron informados sobre las características del estudio y se les aseguró la confidencialidad de los datos.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

4.1. Descripción de “The Eating Disorders Examination Interview” (EDE-12).

Para que todos los diagnósticos se hicieran siguiendo uno de los manuales diagnósticos, en este caso la DSM-IV, se utilizó *The Eating Disorders Examination Interview (EDE-12)*, desarrollada por Fairburn y Cooper (1993) y adaptada por Raich (1994). Se trata de una entrevista diagnóstica semi-estructurada orientada a diagnosticar los diferentes subtipos de TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la alimentación no especificado (TCANE). Esta entrevista diagnóstica a demás de aportar información, sirve para descartar casos de TCANE o Trastorno de la ingesta compulsiva entre los sujetos de la muestra general. En este estudio de investigación se descartan los pacientes que no estén diagnosticados de AN o de BN.

Se trata de la duodécima edición de la entrevista semiestructurada (EDE-12) de Fairburn & Cooper (1993), que es el resultado del perfeccionamiento de la entrevista original de Cooper y Fairburn en 1987, con la característica de que puede ser utilizada para el diagnóstico de los TCA de acuerdo con los criterios del DSM-IV, además de su uso para evaluar la frecuencia de las conductas graves de los TCA y la severidad de otros aspectos de las características psicopatológicas de los TCA.

El EDE-12 consta de 62 ítem que evalúan 4 escalas: restricción, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura. La entrevista pretende evaluar datos relacionados con restricción alimentaria, episodios actuales y pasados de ingesta compulsiva y frecuencia de los mismos, conductas purgativas, conductas compensatorias, presencia y regularidad de la menstruación, imagen corporal distorsionada y miedo a ganar peso.

Cada respuesta del paciente es evaluada por el entrevistador en una escala de 0 a 6 puntos respecto a la intensidad o frecuencia. Se puede obtener una puntuación a nivel de ítems, de sub-escalas y global de gravedad. Aunque se diseñó para evaluar los síntomas de patología alimentaria en las últimas cuatro semanas, luego se modificó de tal manera que además permitiese evaluar la presencia de éstos en los últimos tres meses.

4.2. Descripción del cuestionario demográfico aplicado a las familias de los pacientes con TCA.

Se elaboró un cuestionario específico que debían de responder los padres para recoger información de las variables socioeconómicas y clínicas de los pacientes como edad, género, fecha de nacimiento, nº de hijos, tipo de tratamiento, nº de ingresos, tiempo de evolución de la enfermedad, estado socioeconómico de los padres y otros datos relevantes.

Para determinar el nivel socioeconómico de los familiares de la muestra del estudio, se utilizó el índice FFISS (Four Factor Index of Social Status) de Hollingshead. A partir del nivel de estudios de los padres en 7 categorías y de la profesión a partir de 9 categorías, se aplica una fórmula que permite obtener un índice que corresponde al nivel socioeconómico de los padres. Una puntuación inferior a 20 corresponde a un nivel socioeconómico bajo; una entre 20 y 30 es medio-bajo, entre 30 y 40 es un nivel de clase media; de 40 a 50 un nivel medio-alto y a partir de 54 hasta 66 corresponde a un nivel alto. La puntuación mínima es 8 puntos y la máxima 66 puntos.

4.3. Descripción general y contenido de “*The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*”.

The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) de Garner et al. (1991), y adaptada por la editorial TEA (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998), es un inventario muy utilizado para la evaluación de los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Este instrumento se ha construido sobre la premisa de que los trastornos de la alimentación son multidimensionales y tienen causas múltiples.

Es un autoinforme y consta de 91 ítems a los que se les contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. La prueba consta de 11 escalas diferentes, 8 principales (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Consciencia

interceptiva y miedo a la madurez) y 3 provisionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social).

El EDI-2 es la versión revisada del instrumento original EDI, que mantiene los 64 elementos originales y añade otros 27 que dan lugar a las tres nuevas escalas adicionales.

4.3.1. Descripción de las sub-escalas del EDI-2.

Obsesión por la delgadez:

Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. La manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte miedo a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.

Bulimia:

Esta escala mide la tendencia a tener pensamientos o darse atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica específica de la bulimia nerviosa y permite diferenciar la anorexia nerviosa en dos subtipos: restrictiva y purgativa.

Insatisfacción corporal:

Esta escala se refiere a la insatisfacción con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del cuerpo que más acostumbran a ser objeto de preocupación de las personas que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria (caderas, estómago, nalgas, muslos, etc.). Esta característica es común en los TCA y puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas para controlar el peso en los pacientes con TCA.

Ineficacia

La escala de Ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, desvalorización de sí y falta de control sobre la propia vida. Una puntuación elevada en esta escala revela un déficit significativo de autoestima.

Perfeccionismo

Esta escala hace referencia al grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores y evalúan en qué grado la persona cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los

demás esperan de él unos resultados excepcionales. Bruch (1982) ha señalado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es una característica de las personas que padecen un TCA.

Desconfianza Interpersonal

Esta escala mide el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. La necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia ha sido considerada como un rasgo psicológico propio de las personas con riesgo a padecer o mantener un TCA (Selvini-Palazzoli, 1974).

Conciencia Interoceptiva: Esta escala evalúa la dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la dificultad o la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos ha sido descrito por diferentes autores como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de AN y BN (Garner & Bemis, 1982). Selvini-Palazzoli (1974) acuñó el término “paranoia intrapsíquica” para definir la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen en sus estados internos.

Miedo a la Madurez: La escala de Miedo a la Madurez evalúa el deseo de volver a la infancia. Según Crisp (1965, 1980) la psicopatología principal de los pacientes de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa es el temor a las experiencias emocionales y la sexualidad relacionada con la adolescencia y el inicio de la vida adulta. De acuerdo con el autor, el ayuno se convierte en un medio para evitar el crecimiento y la madurez psicobiológica, lo cual proporcionaría un alivio momentáneo frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos intrapsíquicos y aquellos vinculados con la familia.

Ascetismo

Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud mediante la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales que aparecen en la adolescencia como propias de la sexualidad.

Impulsividad

La escala de impulsividad evalúa la dificultad para controlar los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la tendencia a la autodestrucción y la destrucción de las

relaciones interpersonales. La incapacidad para regular los propios impulsos se ha visto como un síntoma de mal pronóstico en el caso de los TCA (Casper, 1990; Strober, 1980).

Inseguridad Social

Esta escala mide la tendencia a creer que las relaciones sociales son inseguras, tensas, insatisfactorias y, generalmente, de poca calidad. Se ha observado que algunos pacientes con TCA, tienen descuidada el área de las relaciones sociales debido a que experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales y eso promueve su aislamiento social (Bruch, 1973; Strober, 1980).

4.3.2. Interpretación de los resultados del EDI-2 en el estudio.

Las escalas del instrumento presentan puntuaciones continuas, cuanto mayor sea la puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo que se pretende evaluar. En el presente estudio, la puntuación que se obtiene por cada paciente en cada escala se compara con los datos normativos de pacientes con TCA extraídos de los baremos del manual español (Garner, 1998).

4.4. Descripción general y contenido de “The Level of Expressed Emotion” (LEE).

The Level of Expressed Emotion (LEE), de Kazarian, Cole, Mall & Baker (1990), (Cole & Kazarian, 1988), y adaptada para la población española (Sepúlveda, Anastasiadou, del Río & Graell, 2011) y en su versión para familiares, ha sido diseñada para la evaluación de la EE desde el punto de vista del familiar, permitiendo así captar las percepciones de los familiares del nivel de EE recibido, evaluando cuatro actitudes características o estilos de respuesta: intrusismo, respuesta emocional, actitudes negativas hacia la enfermedad y tolerancia y expectativas hacia el paciente.

La versión original trata de evaluar los componentes básicos de la EE desde el punto de vista del familiar y desde el del propio paciente, y está compuesta de 60 ítems que evalúan cuatro actitudes características o estilos de respuesta: Intrusismo. Respuesta Emocional, Actitudes Negativas hacia la Enfermedad, Tolerancia y Expectativas hacia el Paciente. Cada uno de estos 4 componentes presentan 15 preguntas de verdadero-falso, hay una puntuación para cada escala y una puntuación total.

En este trabajo se ha utilizado la adaptación española realizada por Sepúlveda et al. (2012) para cuidadores de pacientes con un TCA. La versión española de la escala del Nivel de Emoción Expresada (LEE-S) en familias de pacientes con un TCA se reduce de 60 a 45 ítems. Para evaluar sus propiedades psicométricas se ha realizado un estudio transversal con una muestra de 270 familiares de pacientes con TCA. Los resultados indicaron que la estructura factorial del LEE-S no se corresponde exactamente con las subescalas descritas a priori en la versión original. La nueva versión refinada del LEE-S es de 45 ítems y consta de cuatro factores que explicaron el 25,5% de la varianza en la EE de los familiares.

El instrumento posee propiedades psicométricas adecuadas y puede ser útil para evaluar las familias con un riesgo de estar expuestas a un clima emocional negativo en su hogar. En la adaptación española el cuestionario presenta unos valores alfa de Cronbach para cada una de las subescalas de 0,79 en Actitud hacia la enfermedad, 0,75 en Intrusismo, 0,78 en Hostilidad, y 0,73 en Tolerancia hacia la enfermedad.

4.4.1. Descripción de los factores del LEE.

Intrusismo (I): esta escala mide el grado de Intrusión del familiar con un paciente con TCA en su problemática. Lo componen 8 ítems, siendo un ejemplo de ellos el ítem 11: “Siempre estoy entrometiéndome”.

Actitud hacia la enfermedad (ATI): el segundo factor es Actitud hacia la enfermedad, el cual mide si la actitud del cuidador hacia el paciente con el TCA es positiva o negativa. Se compone de 14 ítems, siendo un ejemplo de ellos el ítem 1: “Cuando está molesto/a le calmo”. Puntuaciones altas en este factor indican una peor actitud del cuidador hacia el paciente con TCA.

Hostilidad (H): El tercer factor mide el grado de hostilidad del cuidador hacia el paciente. Se compone de 14 ítems, como por ejemplo el ítem 6: “Le hago sentirse culpable por no cumplir con mis expectativas”. A mayor puntuación en la escala indica una mayor hostilidad del cuidador.

Tolerancia/Afrontamiento (T/A): este último factor se compone de 9 ítems, un ejemplo es el ítem 4: “No le pongo nervioso”, donde una mayor puntuación indica una

menor tolerancia y peor afrontamiento por parte del cuidador hacia el paciente con el TCA.

4.4.2. Interpretación de los resultados de la escala LEE en el estudio.

Las escalas del instrumento presentan puntuaciones continuas, cuanto mayor sea la puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo que se pretende evaluar. También se obtiene una puntuación de EE total, cada uno de los 60 ítems generan unas puntuaciones totales que oscilan de los 60 a los 120 puntos. Según los autores del cuestionario original, el familiar presenta alta EE si sus puntuaciones están por encima de la mediana (Cole & Kazarian, 1993).

4.5. Descripción general y contenido de la versión de “The Family Questionnaire” (FQ).

La versión de *The Family Questionnaire (FQ)*, de Wiedemann et al. (2002) adaptada por Sepúlveda et al. (2012a), se trata de un autoinforme que consta de 20 preguntas y que evalúa el nivel de EE en los familiares. Está basado en la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI; Vaughn & Leff, 1976) que mide los componentes de la emoción expresada (crítica, implicación emocional excesiva) de los familiares de pacientes con esquizofrenia (Wiedemann et al., 2002).

El familiar indica en tres escalas tipo Likert, con un intervalo de cinco puntos, la frecuencia con la que ocurren las conductas la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten capaces para enfrentarse con tales dificultades. 10 ítems evalúan el componente Sobreimplicación Emocional y los 10 restantes evalúan Comentarios Críticos.

En el estudio realizado para su validación se compara con la CFI en la medida de la EE en familiares de pacientes esquizofrénicos. Se obtuvo una correlación positiva significativa con las categorías de crítica (78% clasificaciones correctas) de la CFI. En la puntuación global, hace una clasificación correcta de familias con alta EE en un 74 % de los casos.

La FQ tiene una estructura factorial clara, una buena consistencia interna de las subescalas y mantiene una relación aceptable con la entrevista Camberwell, mostrando la mejor correlación con la CFI en la escala Sobreimplicación Emocional que otros cuestionarios cortos de evaluación de todas las escalas, a pesar de no aislar un elemento importante en la EE como es el componente Hostilidad.

4.5.1. Escalas de de la versión de “The Family Questionnaire” (FQ).

Comentarios Críticos: comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente, una evaluación negativa de la conducta del enfermo por parte del familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho.

Sobreimplicación emocional: Hace referencia a las respuestas emocionales exageradas, a la dedicación y sacrificio inusual, a la sobreprotección que se considere inadecuada para la edad del paciente y a la incapacidad para mantener un límite entre la existencia del familiar y la del paciente.

4.5.2. Interpretación de los resultados del FQ en el estudio.

Altas puntuaciones de las escalas del FQ indican elevados niveles de EE. En este estudio se utilizan los puntos de corte que proponen los autores de la prueba (Wiedemann et al., 2002) para determinar altos niveles de CC (punto de corte de 23) y altos niveles de SIE (punto de corte de 27).

En el presente estudio se evalúa una familia de alta EE cuando uno de los padres o ambos presentan altas puntuaciones según los puntos de corte señalados. Debido a que de las 50 familias que participaron en algunas no se pudieron obtener los datos del padre o la madre, se evalúa a la familia según la EE que presentase únicamente el padre o la madre evaluados.

4.6. Descripción general y contenido de “The Family Adaptability and Cohesion Scales” (FACES-III).

Esta escala evalúa la percepción que cada miembro familiar tiene de la adaptación y cohesión familiar. Fue desarrollada por Olson, Portner y Lavee (1985) y ha sido adaptada para población española por Polaino-Lorente y Martínez-Cano (1995). El instrumento se desarrolla a partir del *Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales* (Olson, 2000; Olson et al., 1979) y evalúa todas las dimensiones de este modelo: las variables adaptación, cohesión familiar y comunicación en los familiares de los pacientes. La combinación de estas dimensiones permite a los autores describir dieciséis tipos de sistemas de relación familiar. Se trata de uno de los modelos más importantes para el estudio del funcionamiento familiar y integra una variedad de

conceptos utilizados en terapia familiar. Es un modelo dinámico que asume que pueden ocurrir cambios en el modo de funcionamiento familiar a lo largo del ciclo vital. En definitiva, lo que se persigue es crear un esquema de clasificación que pueda ser útil para los clínicos, respecto a determinados objetivos de tratamiento en muy diversas patologías.

La FACES III nos permite situar a la familia en un marco más comprensivo del modelo circunplejo, en función de la percepción que tienen los miembros del sistema del funcionamiento familiar. El instrumento se ha diseñado tanto para la aplicación clínica como para su evaluación diagnóstica (Olson et al., 1979).

La escala (Anexo 3), consta de veinte ítems puntuados en una escala de Likert de 5 puntos (casi nunca, alguna vez, a veces, con frecuencia, casi siempre) para evaluar la cohesión y adaptación familiar (Olson et al., 1979), validada en España a través de un primer estudio basado en su análisis factorial. (Polaino Lorente & Martínez Cano, 1993). El valor de alfa de Cronbach es de 0.70.

La FACES-III evalúa a la familia como a un todo lo que le lleva a dar una puntuación global de tipo familiar que se obtiene a partir de las dos subescalas “cohesión” y “adaptación”. De acuerdo con la calificación de las puntuaciones obtenidas mediante la prueba, las familias están ubicadas dentro del modelo circunplejo en alguno de los niveles de cada dimensión. Para la cohesión existen las categorías: desprendida, separada, unida y enredada. Para la adaptación se consideran las categorías: rígida, estructurada, flexible y caótica. La combinación de las cuatro dimensiones de cohesión y las cuatro dimensiones de la adaptación proporciona una matriz de 16 diferentes posibles tipos de familia, de los cuales son centrales los que se refieren a un mejor funcionamiento familiar y los cuatro externos los que indican problemas agudos en la familia. Estos tipos familiares son los siguientes: extrema, media, moderadamente equilibrada y equilibrada.

Respecto a la fiabilidad del instrumento, la consistencia interna es muy buena para las dos subescalas al igual que la fiabilidad test-retest hecha en 4-5 semanas.

4.6.1. Dimensiones del Modelo

El modelo de Olson considera tres dimensiones principales, la cohesión, adaptación y la comunicación familiar. Para nuestra investigación hemos elegido como indicadores, las dimensiones de cohesión y adaptación ya que estas cumplen con nuestros requerimientos.

4.6.1.1. Cohesión

La cohesión familiar mide el grado en el cuál los miembros familiares están separados o conectados de sus familias, es el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el grado de autonomía individual de los mismos. Cohesión extremadamente alta da una excesiva unión de sus miembros y a una muy limitada autonomía individual, cohesión extremadamente baja lo contrario.

1. Desprendidas (cohesión muy baja). Se da una ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poca interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal y los miembros familiares rara vez pasan el tiempo juntos. Existe una necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas y existen intereses desiguales.

2. Separadas (cohesión baja a moderada). En este tipo de familias se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos y la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

3. Unidas (cohesión moderada a alta). Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los

subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los intereses comunes y se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

4. Enredadas (cohesión muy alta). Se caracterizan por una cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, existe un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales y los intereses conjuntos se dan por mandato.

Las familias deprendidas y separadas se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía y cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia. Sería en el área central del modelo donde los individuos logran tener una experiencia equilibrada entre la independencia y la unión. Las familias unidas y enredadas se caracterizan por una sobre identificación con la familia, en el sentido de una fusión psicológica y emocional, y con exigencia de lealtad y consenso que frenan la independencia, individuación o diferenciación de sus miembros.

Dentro de los niveles centrales de cohesión, los extremos como las familias desprendidas y enredadas son considerados como familias caóticas, desbalanceadas o problemáticas, y los medios como las familias separadas o unidas están consideradas como familias facilitadoras.

4.6.1.2. Adaptación.

La adaptación familiar tiene que ver con la magnitud en la cual el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Esta escala se evalúa a partir de la estructura familiar, el poder, la asertividad, el control, las formas y estilos de negociación, los roles, las reglas de relación y la retroalimentación tanto positiva como negativa.

La capacidad de adaptación de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante (que se traduce en sistemas caóticos) y una situación excesivamente estable (que se traduce en sistemas rígidos). Se pueden distinguir cuatro niveles de adaptación que permiten diferenciar distintos tipos de familias.

1. Rígida (adaptación muy baja): el liderazgo es autoritario, con roles fijos, una disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe un fuerte control parental y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos y las reglas se hacen cumplir estrictamente sin existir la posibilidad de cambio.

2. Estructurada (Adaptación baja a moderada): el liderazgo es autoritario siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente y son pocas las que cambian.

3. Flexible (Adaptación moderada alta): liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas cambian.

4. Caótica (Adaptación muy alta): se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos. En este tipo de familia son frecuentes los cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.

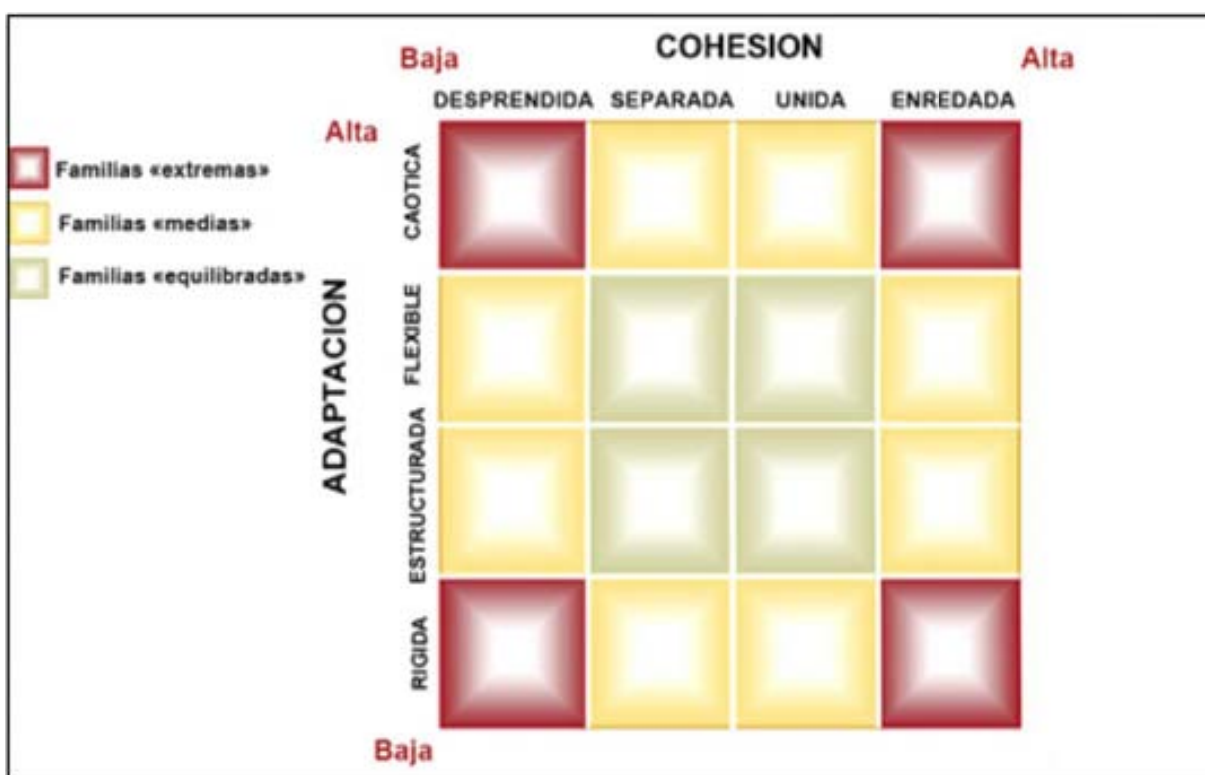
Dentro de los niveles centrales de adaptación, los extremos como las familias como familias caóticas y rígidas son considerados como familias desequilibradas o problemáticas y los niveles medios, como las familias flexibles o estructuradas están consideradas familias facilitadoras.

Un sistema equilibrado significa que la familia puede actuar conforme a los extremos de la dimensión cuando sea apropiado, pero no permanecerá en esos patrones

por largos períodos de tiempo. Como resultado de su estilo de funcionamiento, las familias equilibradas tienen un repertorio más amplio de conductas y mayor capacidad de cambio que las familias extremas.

De los dieciséis tipos de familias propuestos por el Modelo Circumplejo cuatro puntúan en los niveles centrales que reflejan niveles moderados en ambas dimensiones y que se consideran las más funcionales para el desarrollo individual y familiar (ver figura 3.)

Figura 3. Tipos de familia del Modelo Circumplejo de Olson. Extraído de Martínez & Polaino-Lorente. (2003, p.222).



El tipo de familia equilibrada, de acuerdo al Modelo Circumplejo, es el más adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptación y cohesión: flexiblemente separada, flexiblemente unida, estructuralmente separada y estructuralmente flexible; FS, FU, ES y EF, respectivamente.

El tipo de familia Rango Medio corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptación y cohesión: caóticamente separada, caóticamente unida, flexiblemente desprendida, flexiblemente enredada, estructuralmente desprendida, estructuralmente enredada, rígidamente separada y rígidamente unida; CS, CU, FD, FE, ED, EE, RS y RU respectivamente.

El tipo de familia Extremo de acuerdo al Modelo Circumplejo es el menos adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptación y cohesión: caóticamente desprendida, caóticamente enredada, rígidamente desprendida y rígidamente enredada, CD, CE, RD y RE, respectivamente.

4.6.1.3. La comunicación familiar

En cuanto a la comunicación familiar, es la tercera dimensión y facilita el movimiento en las otras dos dimensiones. No se suele estudiar el fundamento teórico de esta dimensión porque aunque forma parte del modelo circumplejo, este instrumento resulta insuficiente para determinar la posición que ocupa una familia en el momento de su evaluación y tratamiento. En este estudio no se ha considerado esta variable como objeto de estudio.

4.6.2. Interpretación de los resultados de la escala Faces III en el estudio.

Se han clasificado a las familias en diferentes categorías en relación a los niveles de cohesión y adaptación:

- Cohesión: alta (enredadas), media-alta (unidas), media (separadas) y baja (desprendidas).
- Adaptación: alta (caóticas), media-alta (flexibles), media (estructuradas) y baja (rígidas).

También se han clasificado las familias en tipologías familiares generales:

- Familias extremas: CD, CE, RD y RE.
- Familias medias: CS, CU, FD, FE, ED, EE, RS y RU.
- Familias equilibradas: FS, FU, ES y EF.

4.7. Descripción general y contenido de “The HADs”.

La *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADs; Zigmond & Snaith, 1983)* ha sido traducida al castellano y validada en muestra clínica (Quintana et al., 2003) y en una muestra de la población general, con niveles de fiabilidad similares (Terol et al., 2007). La versión utilizada en la evaluación psicológica fue la resultante de la adaptación al castellano de la escala original realizada por Terol et al., (2007).

La escala evalúa el estado emocional referido a un periodo concreto y se utiliza como instrumento de *screening* para detectar pacientes con trastorno de ansiedad y depresión en el marco hospitalario no psiquiátrico o en el ámbito comunitario. Se trata de una escala que evalúa la presencia de un estado de ánimo deprimido y / o ansioso, valorada de forma independiente por cada subescala y referida a la semana previa al momento de la evaluación.

Consta de dos subescalas HADs-A para la ansiedad y HADs-D para la depresión y está compuesta por 14 ítems, 7 para cada subescala y con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, presentados de forma intercalada con 4 alternativas de respuesta que puntúan de 0 a 3. Las puntuaciones elevadas en las respectivas subescalas implican mayores niveles de ansiedad y depresión. Cada subescala oscila entre 0–21 puntos y los criterios de clasificación son los siguientes: 0-7: ausencia de síntomas; 8-10: clínicamente límite o dudoso; 11-21: presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión o caso. En la versión original de la escala (Zigmond & Snaith, 1983) se proponen los mismos puntos de corte que diferencian los niveles o rangos de gravedad tanto para la subescala de la ansiedad como para la de la depresión: normal para puntuaciones menores o iguales que 7; dudoso para valores comprendidos entre 8 y 10 y ansiedad o depresión como posible problemas clínico si la puntuación de cada una de las subescalas es igual o superior a 11.

La escala ha sido adaptado para muestras españolas tanto de la población general (Quintana et al., 2003; Terol et al., 2007) como en muestras de enfermos oncológicos (López-Roig et al., 2000) confirmándose la estructura factorial de las dos subescalas de ansiedad y depresión. La consistencia interna para la escala de ansiedad es de 0,78 y para la escala de depresión 0,82 (Terol et al., 2007).

Los 14 ítems que componen la escala están focalizados en aspectos o síntomas cognitivos propios, o más característicos, tanto de un estado de ánimo deprimido como ansioso. La evaluación de cada ítem supone valorar, sobre una escala tipo Likert, desde la ausencia o presencia de la característica positiva asociada implícitamente al ítem (0), hasta la presencia constante o ausencia de la característica positiva derivada indirectamente del síntoma (3). Los ítems pertenecientes a la escala de depresión se

refieren casi exclusivamente al estado anhedónico (5 de los 7 ítems componentes reflejan una incapacidad para experimentar placer), que se considera el rasgo central de la enfermedad depresiva y el mejor marcador clínico e indicador de mecanismos neurobiológicos alterados en la misma, pretendiendo la detección de trastornos del humor relativamente leves, como son aquellos que se presentan en ámbitos de asistencia no psiquiátricos.

A pesar de la palabra "hospital" que figura en su denominación de origen, el HADs puede también ser utilizado en el trabajo comunitario, ya que es bien aceptado y fácil de cumplimentar, y suministra una clara distinción entre los dos conceptos de ansiedad y depresión. El HADs ha demostrado ser altamente fiable y válido en numerosos estudios (Moorey et al., 1991; Mykletun, Stordal & Dahl, 2011).

4.7.1. Interpretación de los resultados de la escala HADs en el estudio.

Las escalas del instrumento presentan puntuaciones continuas, altas puntuaciones de las escalas del HADs indican elevados niveles de depresión y de ansiedad. Para la escala general (suma de las puntuaciones de las escalas de ansiedad y de depresión) puntuaciones ≥ 11 indican presencia de trastorno ansioso o depresivo. Partiendo de este punto de corte, se han clasificado las puntuaciones de ansiedad y de depresión en dos categorías: problema clínico/no clínico. También se han analizado las puntuaciones del instrumento como variables cuantitativas para las escalas de Ansiedad, Depresión y para las puntuaciones generales del instrumento (indicativas de psicopatología en los padres).

4.8. Descripción general y contenido de la escala "EDSIS".

The Eating Disorders Symptom Impact (EDSIS) de Sepúlveda, Whitney, Hankins & Treasure (2008b), traducida en su versión española (Carral-Fernández, Sepúlveda, Gómez, Graell & Treasure, 2013), ha sido utilizada para evaluar el impacto que produce la sintomatología del TCA en los cuidadores de la persona que lo sufre y es la primera escala existente en España que permite la evaluación del impacto de los TCA en el rol de cuidador. El EDSIS mide la carga específica para los cuidadores de pacientes con AN o BN y evalúa las percepciones del impacto emocional, psicológico y tangible de los cuidadores al cuidar a una persona con un trastorno de la alimentación (Sepúlveda,

Whitney, Hankins & Treasure, 2008). La escala consiste en 24 preguntas tipo escala likert (0-4), agrupadas en cuatro subescalas:

1. Impacto nutricional: incluye aspectos relacionados con el miedo referente al daño sobre la salud física.

2. Comportamientos de disregulación: incluye aspectos referentes al impacto directo de los síntomas del TCA o a los comportamientos del paciente en la vida familiar.

3. Escala de culpabilidad: incluye aspectos de culpabilidad parental referente a causalidad de la enfermedad por parte de la familia.

4. Escala de aislamiento social: incluye aspectos de aislamiento resultantes de la evitación de las comidas vinculadas a las situaciones sociales.

El instrumento posee una consistencia interna para las subescalas de niveles comprendidos entre 0,82 y 0,89. El Alpha de Cronbach para el total del instrumento es excelente ($\alpha = 0,90$). Ha sido traducido en su versión española (Carral-Fernández et al., 2013), con similares índices de validez y fiabilidad que los de la escala original, con una excelente validez para la escala total ($\alpha = 0,88$) y para las subescalas. La estructura factorial de la escala mantuvo los cuatro factores descritos en la escala original.

4.8.1. Interpretación de los resultados del EDSIS en el estudio.

Para el estudio se obtienen puntuaciones para cada una de las 4 subescalas y puntuaciones para la escala en general. Altas puntuaciones tanto para las subescalas como para la escala EDSIS general indican una mayor valoración negativa relacionada con los síntomas.

5. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

5.1. Análisis estadístico.

Se ha realizado una investigación descriptiva y correlacional. Para la primera fase descriptiva se han utilizado estadísticos descriptivos para desarrollar cada una de las variables involucradas en el problema de estudio.

Se han analizado los tres componentes de EE: H, CC y SIE y hemos clasificado en dos grupos a los familiares según si presentan alta o baja emoción expresada y también hemos dividido a los grupos según si presentan alta o baja SIE y alto o bajo CC en base al punto de corte. Para el componente de Hostilidad se ha utilizado la variable cuantitativa (medias de las puntuaciones del LEE). También se han analizado otras subescalas de la EE relacionadas con los componentes de la EE: Las actitudes hacia la enfermedad, intrusividad y tolerancia/afrentamiento hacia la enfermedad del paciente.

Para el análisis correlacional buscamos detectar las relaciones existentes entre las variables involucradas, para ello hemos realizado un diseño correlacional de muestra única (entre las subescalas de EE percibida y el resto de variables) y se ha realizado un diseño de comparación intergrupos, clasificando a las familias en alta y baja EE, CC y SIE, para estudiar si los grupos se podrían diferenciar en alguna de las variables de interés. También hemos diferenciado los grupos por subtipos de TCA (AN-BN y subtipo purgativo-no purgativo).

Para el análisis de los datos se ha utilizado la técnica no paramétrica U de Mann-Whitney para evitar sesgos debidos a una distribución no normal de los resultados, ya que disponíamos de una muestra pequeña, en especial cuando subdividíamos los grupos de las pacientes y los padres.

Se han aplicado pruebas de Chi-cuadrado cuando las variables a estudiar eran dicotómicas o nominales con el fin de determinar la distribución cualitativa de casos por categorías y se ha utilizado la prueba t de student cuando las variables a estudiar han sido cuantitativas.

También se han aplicado pruebas de regresión logística para determinar la probabilidad de que una familia con unas determinadas características (tanto de la

paciente como de los padres) tenga una alta EE. Para ello utilizamos el estadístico de Wald con el método Forward (hacia adelante). Este método consiste en ir incluyendo variables a la ecuación que son probablemente predictores de que una familia presente una alta EE y el estadístico se ocupa de marcar el nivel de significación necesario para que la variable se quede en la ecuación porque sea significativa, o de sacarla de la ecuación si no lo es.

En este estudio este análisis se ha llevado a cabo por grupos de variables, primero un grupo de variables referentes a características de los pacientes, curso de la enfermedad y tipos de TCA, después las variables sobre sintomatología de patología alimentaria de las pacientes, psicopatología de los familiares e impacto de los síntomas de las pacientes sobre los familiares y por último, variables sobre funcionamiento familiar.

Para todas las pruebas utilizadas, el margen de error utilizado ha sido del 1% ($p=0,01$) para reducir el error estadístico tipo I. También hemos utilizado un rango de error entre el 1% y el 5% ($0,01 < p < 0,05$) para observar las fuertes tendencias que pudieran aparecer.

5.2. Material informático, programas estadísticos utilizados.

Se han utilizado los programas de *Microsoft Office 2014*: Hoja de cálculo *Excel* y el programa de texto *Microsoft Word*. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa estadístico *SPSS 20.0* para *Windows*.

CAPÍTULO 4. Resultados.

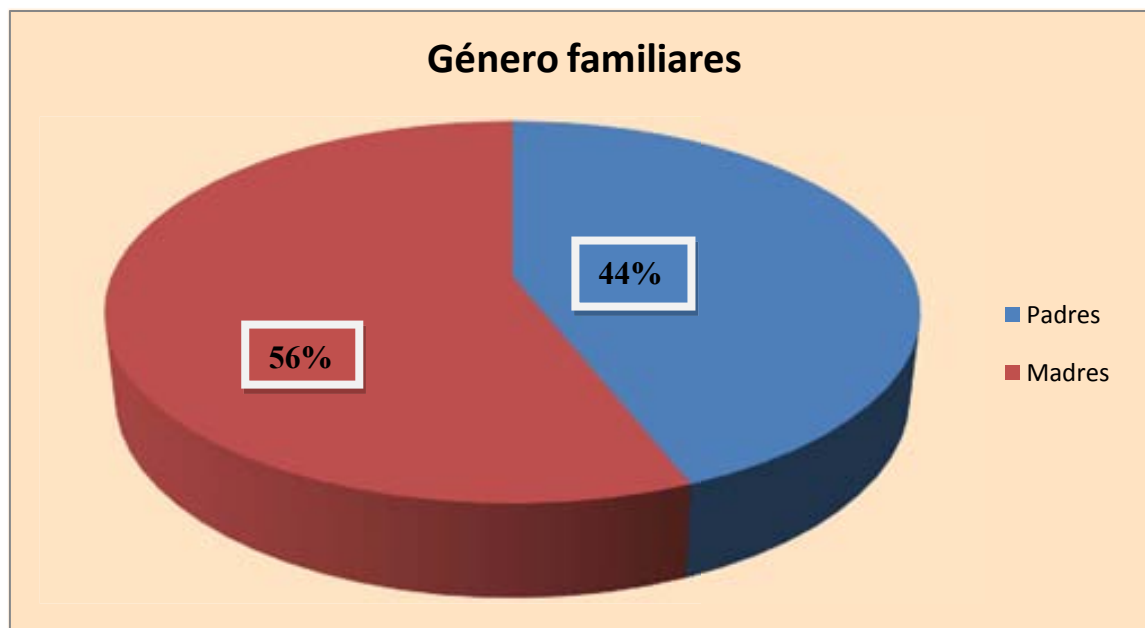
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.

1. Estudio descriptivo.

1.1. Género, edad y estado socioeconómico de los familiares.

La muestra se compone de 50 familiares de 34 pacientes diagnosticadas de AN y BN. Como podemos ver en la siguiente figura, de estos 50 familiares, 22 son padres (44%) y 28 son madres (56%).

Figura 4. Distribución del género de los familiares.

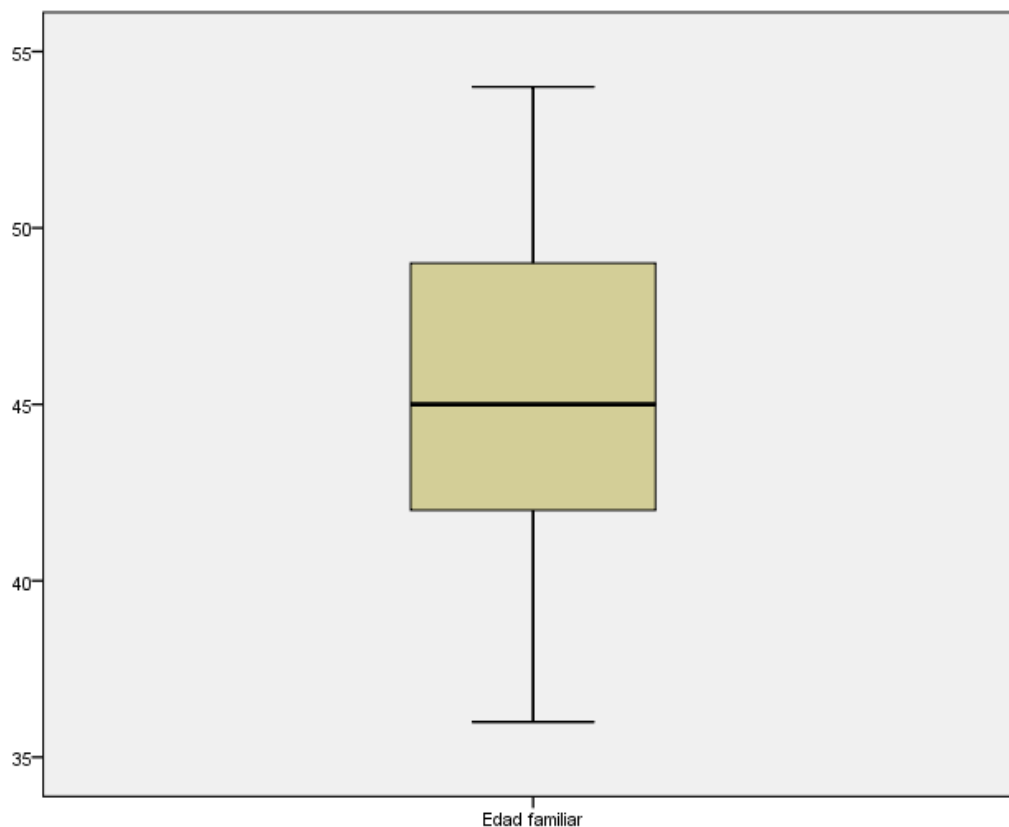


Como puede apreciarse en la tabla 7, la edad de los familiares oscila entre los 36 y 54 años, con una media de 45,06 años (DE 4,60). La media de edad de las madres es de 44,82 años (DE 4,28) y la de los padres de 45,36 años (DE 5,07).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la edad de los familiares.

	Media	Mediana	Moda	DE	Mín.	Máx.	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Edad familiares	45,06	45,00	46	4,609	36	54	38	42	45	49	52

Figura 5. Diagrama de caja de la edad de los familiares

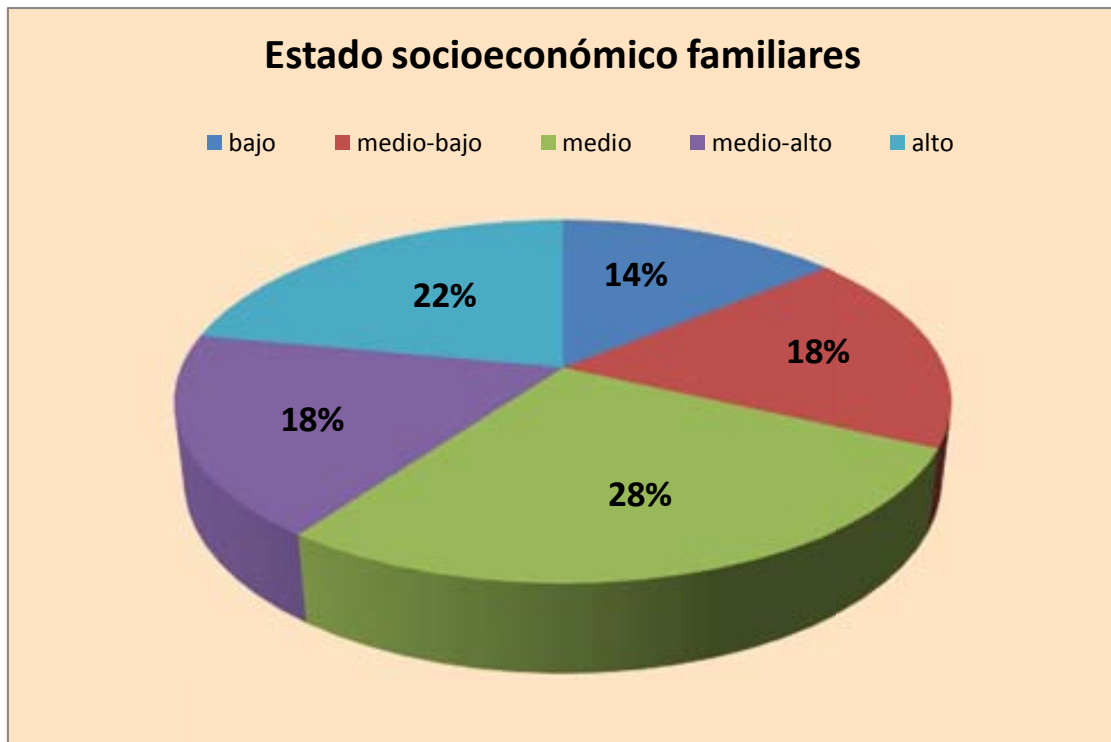


Como se puede observar en las siguientes tablas y gráficos, de las 50 familias del estudio, el 14% presentan un estado socioeconómico bajo, un 18% presentan un estado medio bajo, el 28% un estado socioeconómico medio, el 18% un estado medio alto y el 22% un estado socioeconómico alto. No existen diferencias estadísticamente significativas entre madres y padres a nivel socioeconómico ($p=0,726$).

Tabla 8. Distribución del estado socioeconómico de las familias.

Estado sócioeconómico	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Bajo	7	14	14
medio-bajo	9	18	32
medio	14	28	60
medio-alto	9	18	78
Alto	11	22	100

Figura 6. Gráfico de estado sócioeconómico de las familias.



1.2. Horas de contacto con los familiares.

Evaluado en horas de contacto semanal mantenido con cada uno de los familiares entrevistados y siguiendo el punto de corte de 21 horas, propuesto por Sepúlveda et al. (2012), el 84% de los familiares pasan más de 21 horas de contacto semanales con los pacientes, el 16% restante pasan menos de 21 horas a la semana con los pacientes. La media de horas de contacto es de 49,12 horas/semana (DE 2,84). Si clasificamos a los familiares según este punto de corte en cuidadores primarios (CP) y cuidadores secundarios (CS), encontramos que la muestra de nuestro estudio está formada por el 84% de CP, que son aquellos que pasan un mayor número de horas por semana de contacto con los pacientes.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de las horas de contacto de los pacientes con los familiares.

	Media	Mediana	Moda	DE	Mín.	Máx.	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Horas de cto. familiares	47,92	44,50	100	25,64	8	102	10	30	44,5	61	100

Figura 7. Gráfico de sectores de las horas de contacto con los familiares.

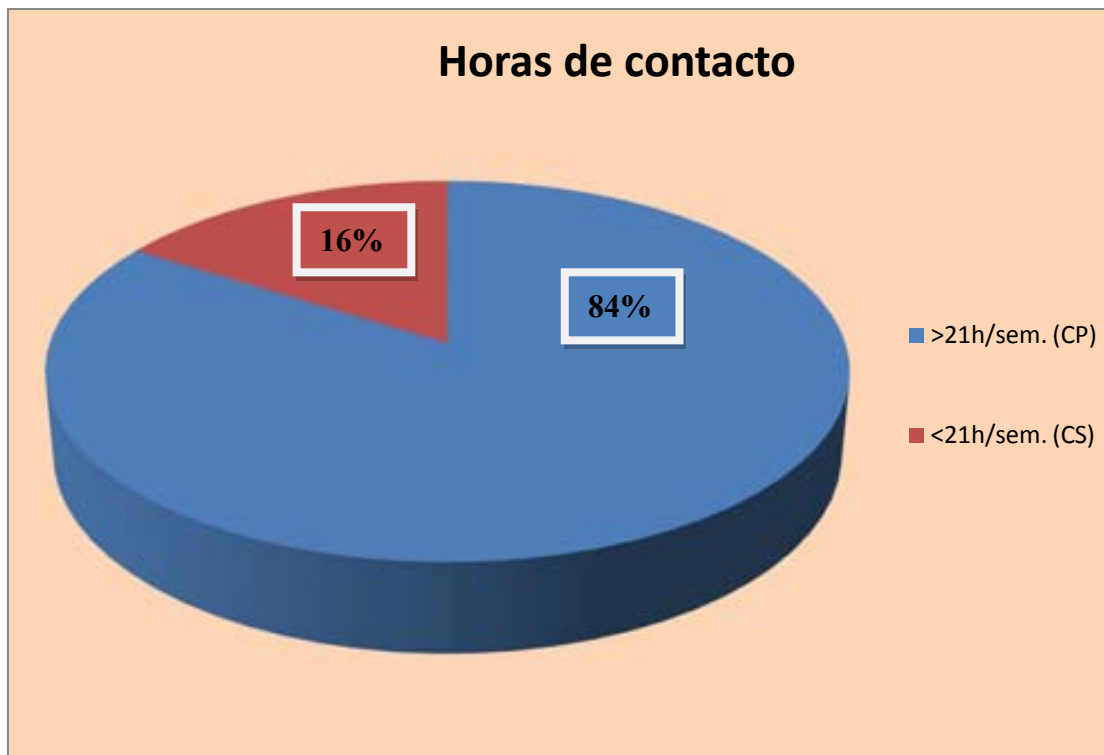
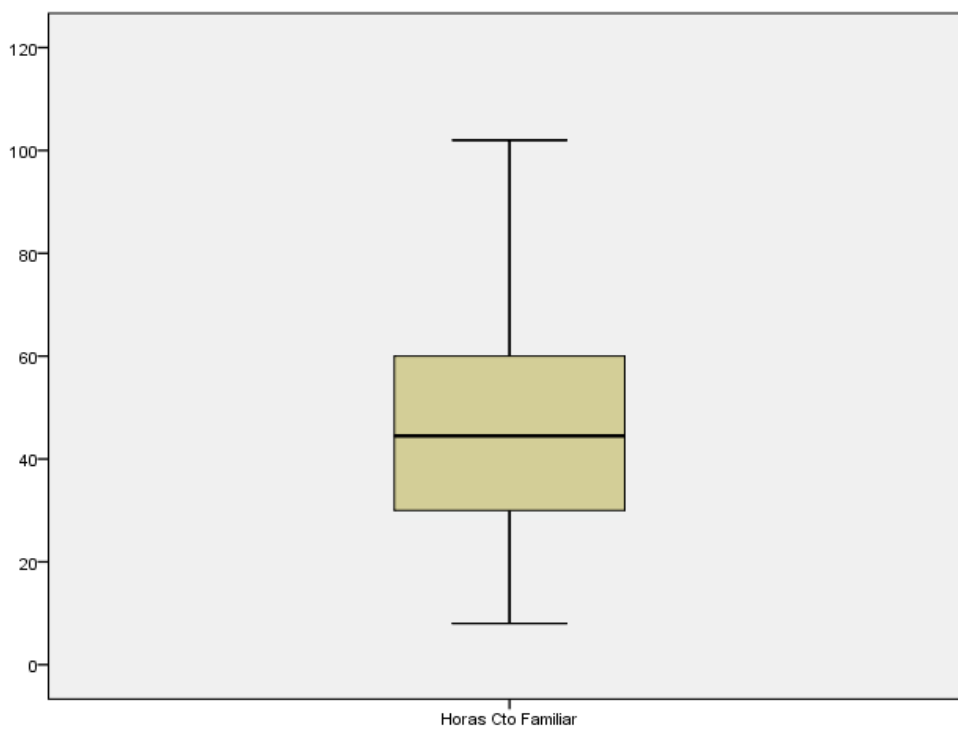


Figura 8. Diagrama de Caja de las horas de contacto de las pacientes con los familiares.



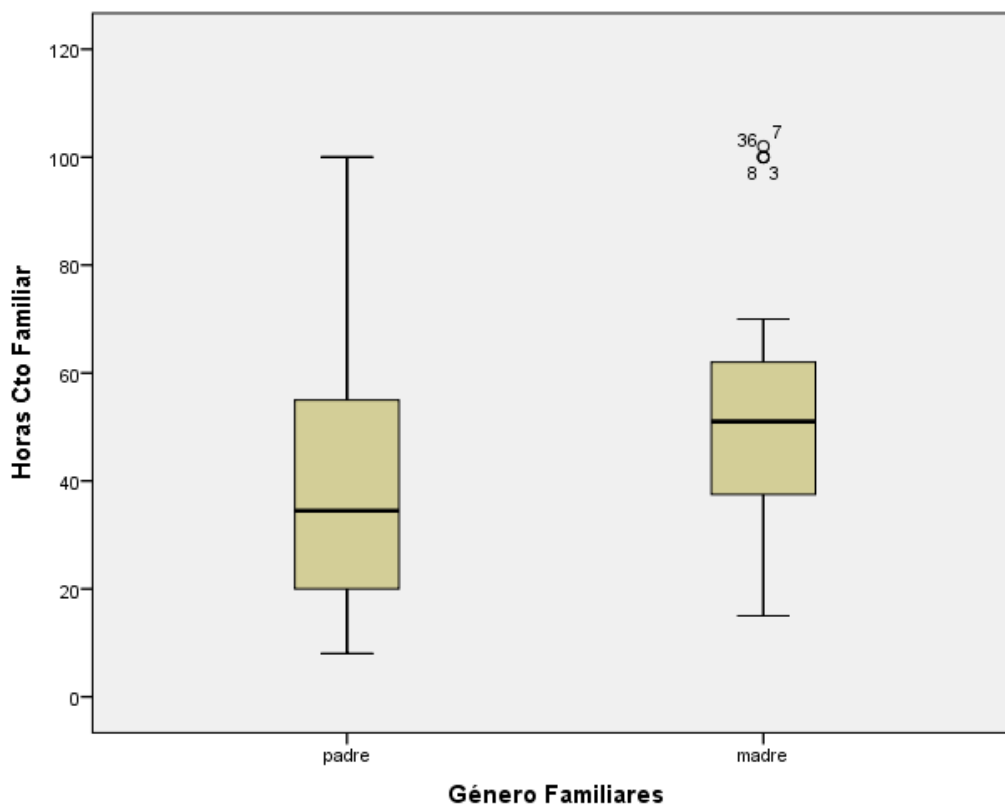
Con respecto a las horas compartidas con cada uno de los miembros familiares, con quienes más horas pasan es con las madres, con una media de 53,50 horas/semana (DT 23,75). La media de horas/semana que pasan los padres con los pacientes es de 40,82 (DT 26,72). Las diferencias entre géneros de familiares no llegan a ser significativas pero existe una fuerte tendencia que las madres pasen más tiempo con las hijas enfermas que los padres ($p=0,053$).

En el caso de las madres, encontramos algunos valores extremos situados más allá de las 100 horas de contacto semanal con los pacientes. Podemos ver estos resultados en la tabla 10 y en la figura 9.

Tabla 10. Horas de contacto de los pacientes con los familiares por género de los familiares.

Contacto familiares	Media	Mediana	DE	Mín.	Máy.
Padre	40,82	34,50	26,725	8	100
Madre	53,50	51,00	23,759	15	102

Figura 9. Diagrama de Caja de de las horas de contacto de las pacientes con los familiares por género de los familiares.



1.3. Diagnósticos y formas purgativa- no purgativa de los pacientes

En relación a la distribución por diagnósticos (que vemos representada en la tabla 11), vemos que el trastorno más frecuente es el de AN (70,6%), mientras que el diagnóstico de BN aparece en el 29,4% de la muestra.

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes del diagnóstico, forma purgativa-no purgativa y subtipo diagnóstico.

		Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Diagnóstico	AN	24	70,6	70,6
	BN	10	29,4	100
Formas purgativa-no purgativa	Purg	12	35,3	35,3
	No Purg	22	64,7	100
Subtipo Diagnóstico	ANr	21	61,8	61,8
	ANp	3	8,8	70,6
	BNnp	1	2,9	73,5
	BNp	9	26,5	100

Un 61,8% de la muestra está compuesta por pacientes con AN restrictiva, un 8,8% son pacientes con AN purgativa y las formas purgativa y no purgativa de BN representan un 2,9% y 26,5% de la muestra, respectivamente. Según estos resultados se observa que la forma no purgativa es la más frecuente (64,7%) (ver figura 11).

Figura 10. Distribución de la muestra de pacientes según diagnóstico.

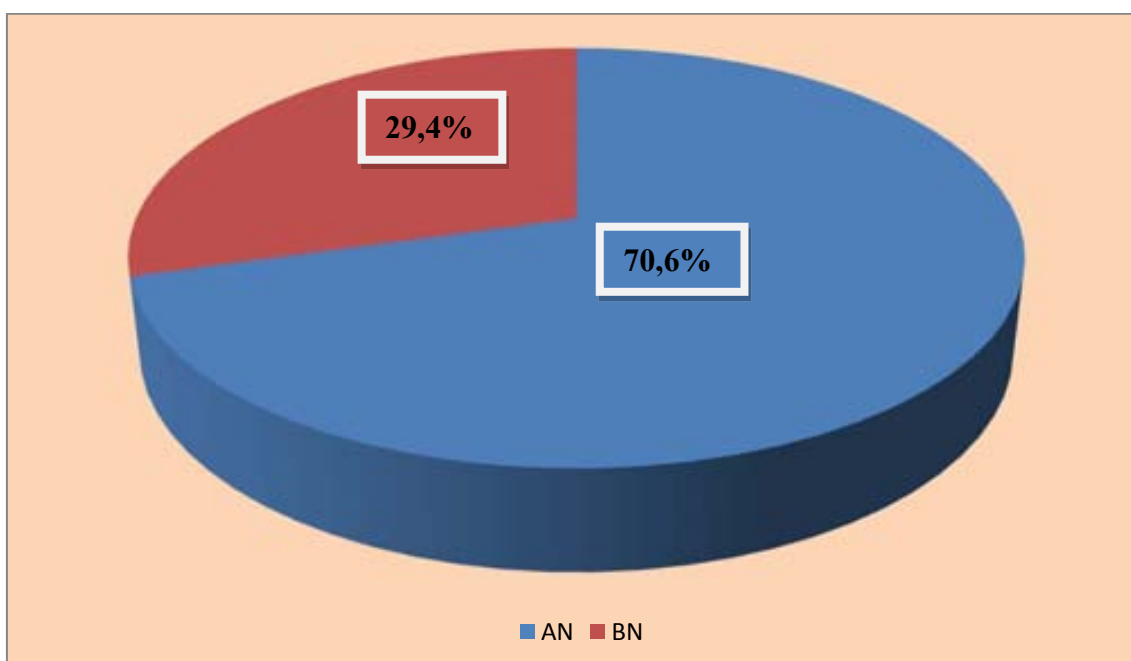


Figura 11. Distribución de la muestra de pacientes según formas purgativa-no purgativa.

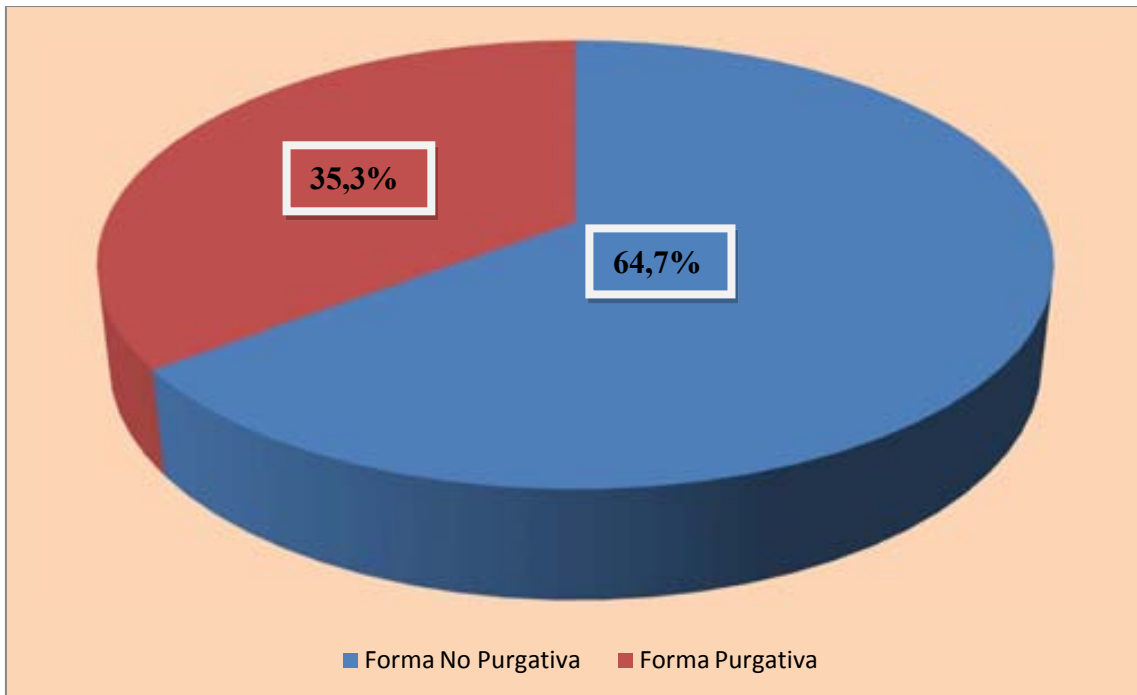
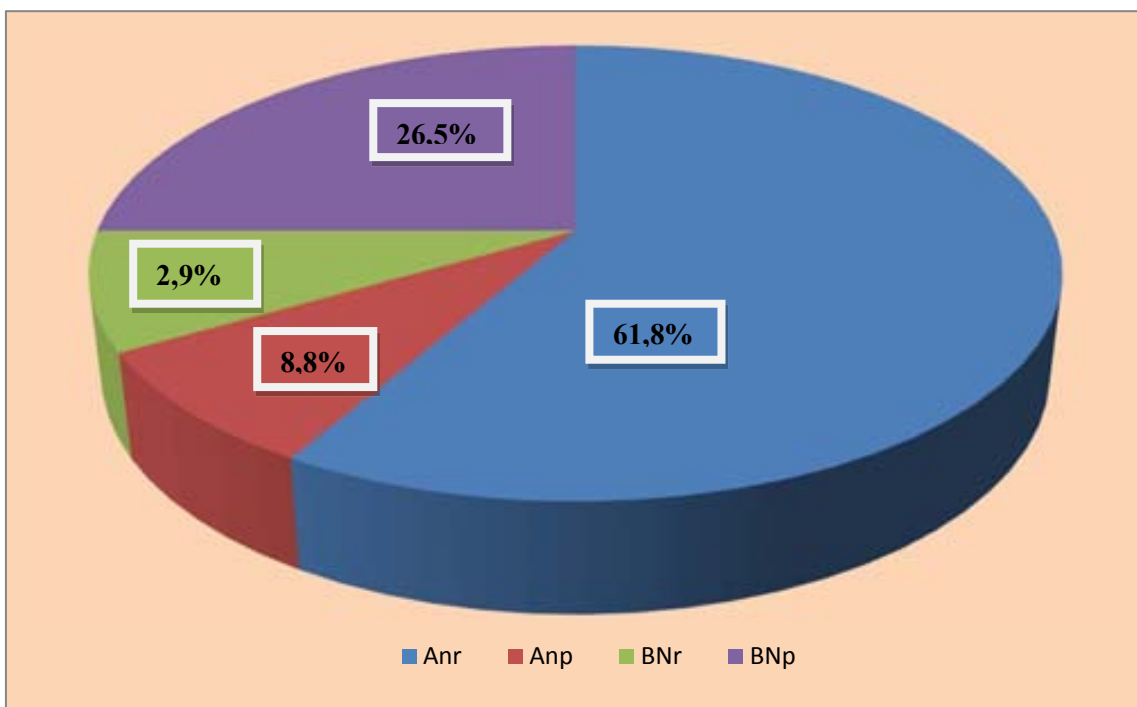


Figura 12. Distribución de la muestra de pacientes según subtipos diagnósticos.



1.4. Características de los pacientes: Edad, Peso e IMC.

Como podemos ver en la tabla 12, las edades de los pacientes oscilan entre los 12,10 y los 21,50 años, con una media de 16,59 años (DE 2,40). Un 75% de los pacientes tienen menos de 18 años, y menos del 10% tienen más de 20 años de edad.

Se muestran cuatro valores extremos: dos pacientes tienen 20,9 años, la menor tiene 12,10 y el paciente de mayor edad tiene 21,50 años.

El peso medio de las pacientes es de 49,70 kilos (DE 9,19). El peso más bajo es de 35,30 quilos y el más alto de 69,30 quilos.

La mediana coincide con la moda, es decir, es común encontrar pacientes que pesan 49 quilos. Respecto al IMC, el IMC medio es de 18,85 (DE 2,84), siendo el más bajo de 14,41 y el más alto de 24,69.

Respecto al peso, existen diferencias significativas entre AN y BN ($p < 0,001$) las pacientes con BN pesan más que las pacientes con AN. En relación al IMC, también existen diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes con AN y BN, siendo más alto el IMC en pacientes con BN ($p < 0,001$) que en el de AN.

Respecto a las formas purgativas y no purgativas también existen diferencias estadísticamente significativas en relación al peso y al IMC, las pacientes con un TCA de forma purgativa presentan mayor peso ($P < 0,000$) e IMC ($p = 0,001$) que la no purgativa.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes.

	Media	Mediana	Moda	DE	Mín.	Máx.	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Edad pacientes	16,59	16,20	16,50	2,40	12,10	21,50	12,40	15,47	16,20	17,67	20,70

Figura 13. Diagrama de Caja de la edad de los pacientes.

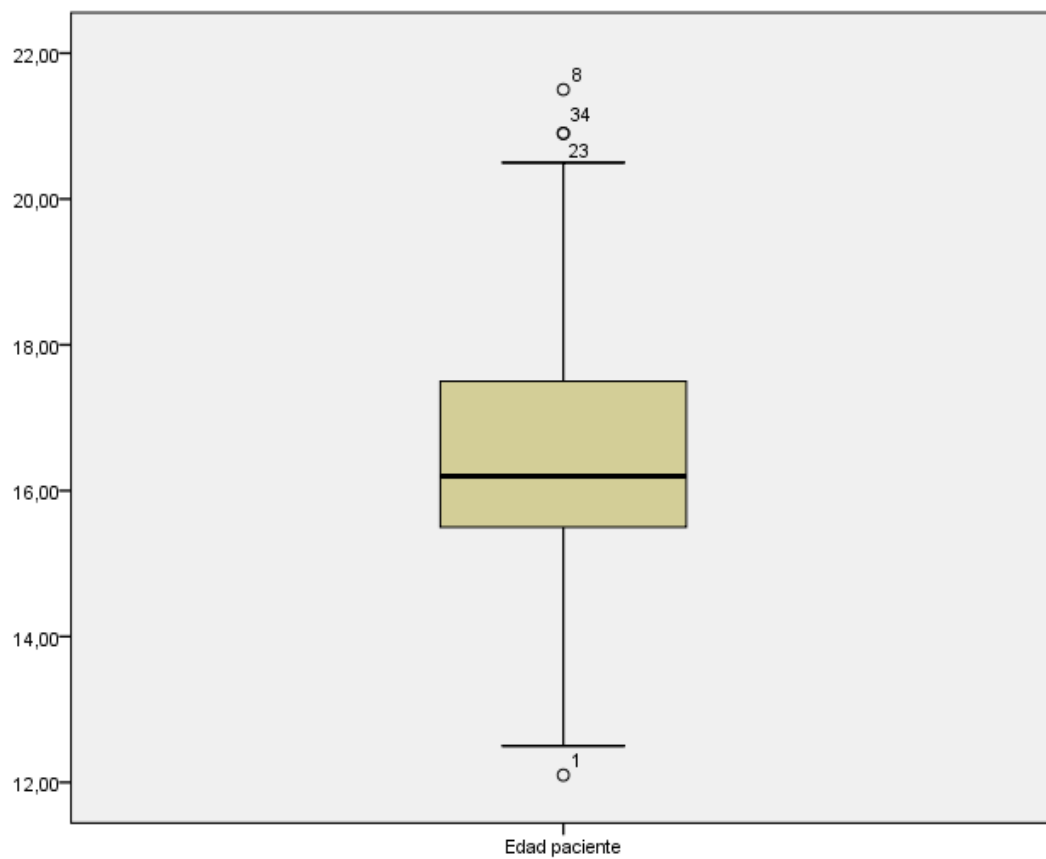


Tabla 13. Estadísticos descriptivos del peso de los pacientes.

	Media	Mediana	Moda	DE	Mín.	Máx.	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Peso pacientes	49,7	49	49	9,19	35,3	69,3	35,8	42,6	49,0	54,6	63,5

Figura 14. Diagrama de Caja del peso de los pacientes.

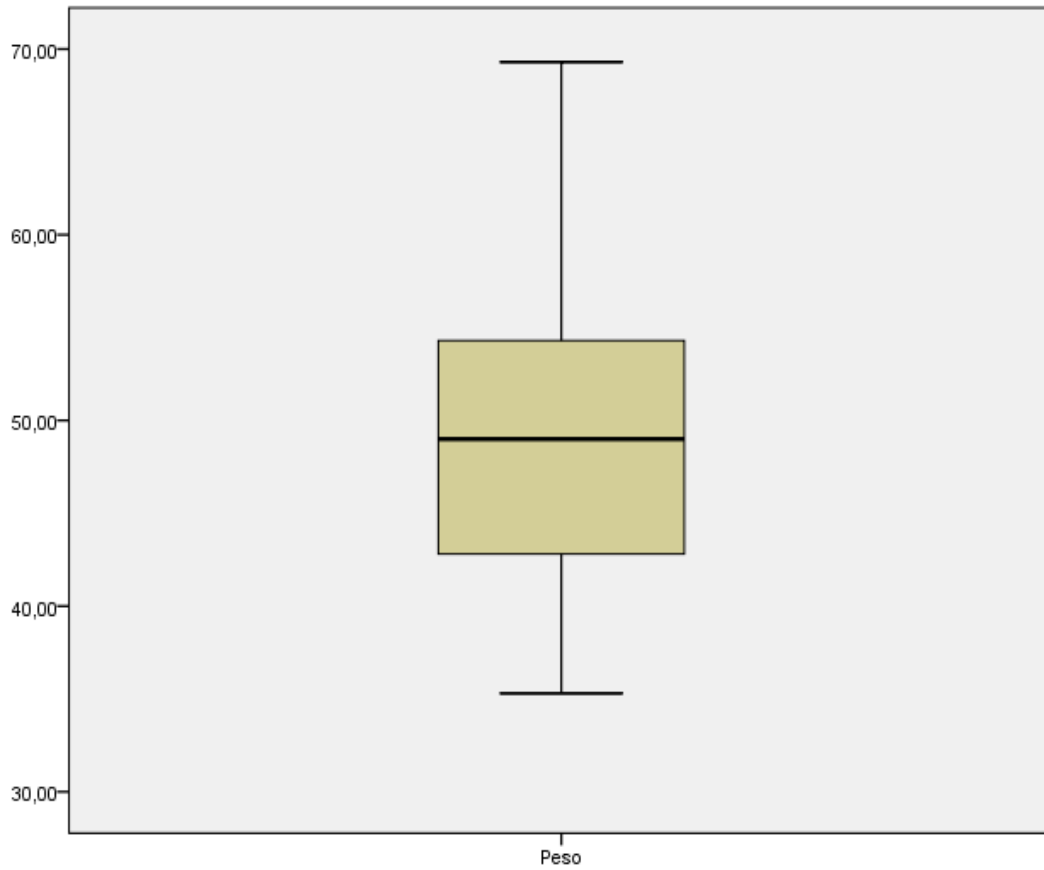


Tabla 14. Estadísticos descriptivos del IMC de los pacientes.

	Media	Mediana	Moda	DE	Mín.	Máx.	Percentiles				
							5	25	50	75	90
IMC	18,85	19,11	16,5	2,84	14,4	24,6	14,4	16,4	19,1	20,9	22,7

Figura 15. Diagrama de Caja del IMC de los pacientes.

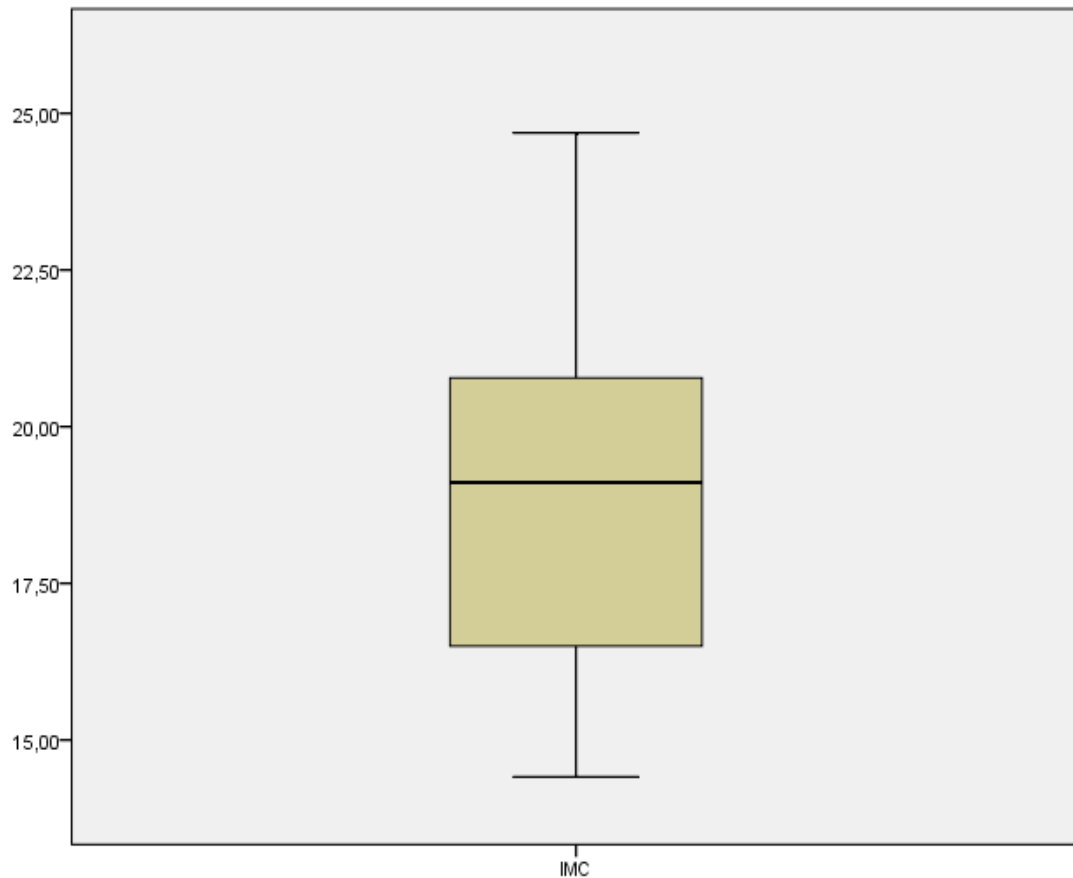


Tabla 15. Media y desviación estándar del peso e IMC de las pacientes. Diferencias entre AN y BN y formas purgativa-no purgativa.

	AN Media (DE)	BN Media (DE)	Z	p	Purgativas Media (DE)	No Purg. Media (DE)	Z	p
Peso	45,51 (6,33)	59,76 (6,94)	-3,99	0,000	57,55 (7,76)	45,41 (6,83)	-3,67	0,000
IMC	17,50 (2,01)	22,10 (1,66)	-4,31	0,000	21,44 (1,49)	17,44 (2,38)	-4,18	0,000

1.5. Curso de la enfermedad: Edad de inicio del problema, tiempo de evolución y nº de ingresos de los pacientes.

Como podemos ver en las siguientes tablas, la media de edad de diagnóstico de TCA de la muestra total de pacientes es de 15,64 años (DE 2,00), donde la edad mínima de diagnóstico es de 12 años y la máxima es de 19,3 años. El tiempo de evolución medio es de 11,26 meses (DE 12,58). La media del número de ingresos de los pacientes es de 2,12 (DE 1,87). Podemos ver estos resultados en la tabla 16.

Tabla 16. Media y desviación estándar de la edad del diagnóstico, tiempo de evolución y nº de ingresos de las pacientes.

	Media	DE	Mín.	Máx.
Edad diagnóstico	15,64	2,00	12	19,30
Tiempo evolución (meses)	11,26	12,58	1	52
Nº Ingresos	2,12	1,87	1	10

No existen diferencias significativas entre los grupos de AN y BN ni entre las formas purgativa y no purgativa respecto a ninguna de estas variables, aunque si nos fijamos en las puntuaciones medias podemos apreciar mayores puntuaciones en todas las variables para los pacientes con BN y forma purgativa (ver tabla 17).

Tabla 17. Media y desviación estándar de la edad del diagnóstico, tiempo de evolución y nº de ingresos de las pacientes por tipo de diagnóstico y formas purgativa-no purgativa.

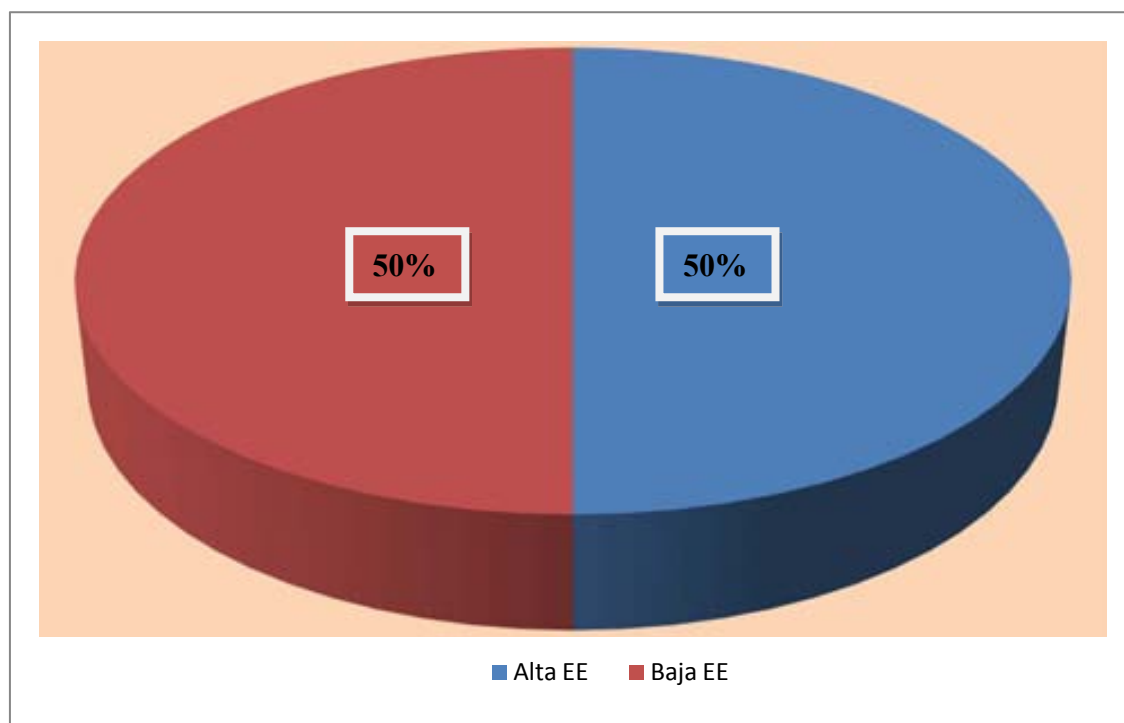
	AN Media (DE)	BN Media (DE)	Z	p	No Purgativas Media (DE)	Purgativas Media (DE)	Z	p
Edad diagnóstico	15,28 (1,90)	16,52 (2,06)	-1,45	0,137	15,20 (1,93)	16,46 (1,95)	-1,64	0,102
Tiempo evolución	10,71 (12,07)	12,60 (14,33)	-0,20	0,835	10,55 (12,59)	12,58 (2,68)	-0,85	0,403
Nº Ingresos	1,88 (1,11)	2,70 (3,02)	-0,04	0,985	1,82 (1,14)	2,67 (2,74)	-0,59	0,606

1.6. Emoción expresada en los familiares.

1.6.1. Niveles de emoción expresada.

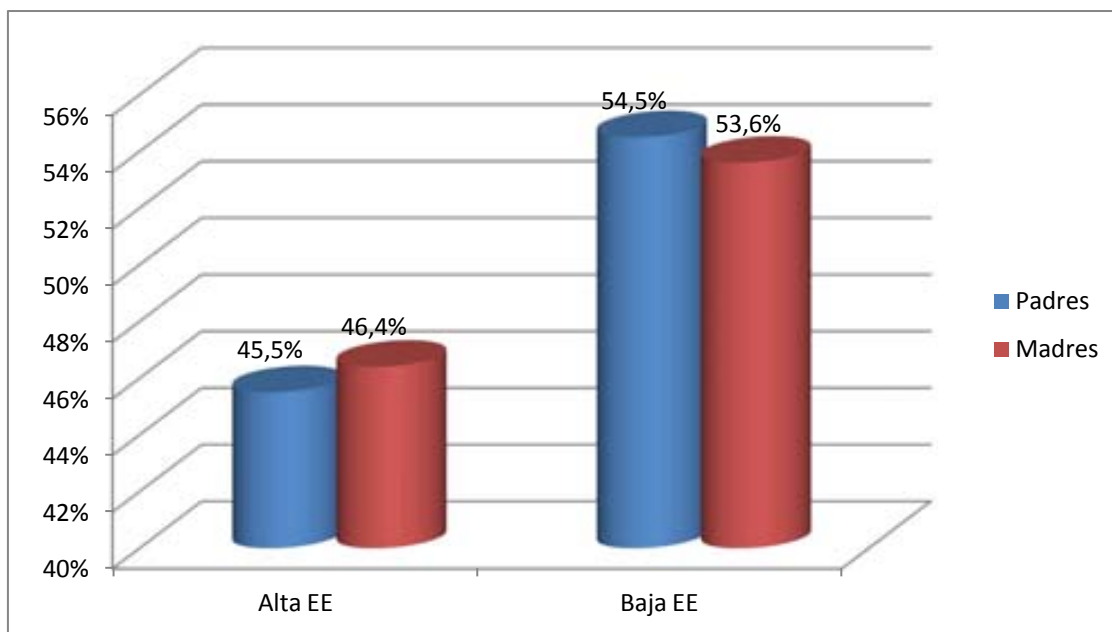
En los siguientes gráficos se pueden apreciar las frecuencias y porcentajes de alta y de baja emoción expresada, a nivel general (figura 16) y por género familiar (figura 17). Los puntos de corte que se han utilizado son los recomendados en investigaciones con la escala LEE.

Figura 16. Porcentajes de alta y baja EE a nivel general en los familiares.



De las 50 familias evaluadas, el 50% corresponden a la categoría de alta emoción expresada (EE). El 54,5% de las madres (n=28) son de alta emoción expresada y dentro del grupo de los padres (n=22) lo son el 45,5%. Aunque los porcentajes de alta EE en madres sean ligeramente superiores que en los padres, esta diferencia no llega a ser significativa ($p=0,569$).

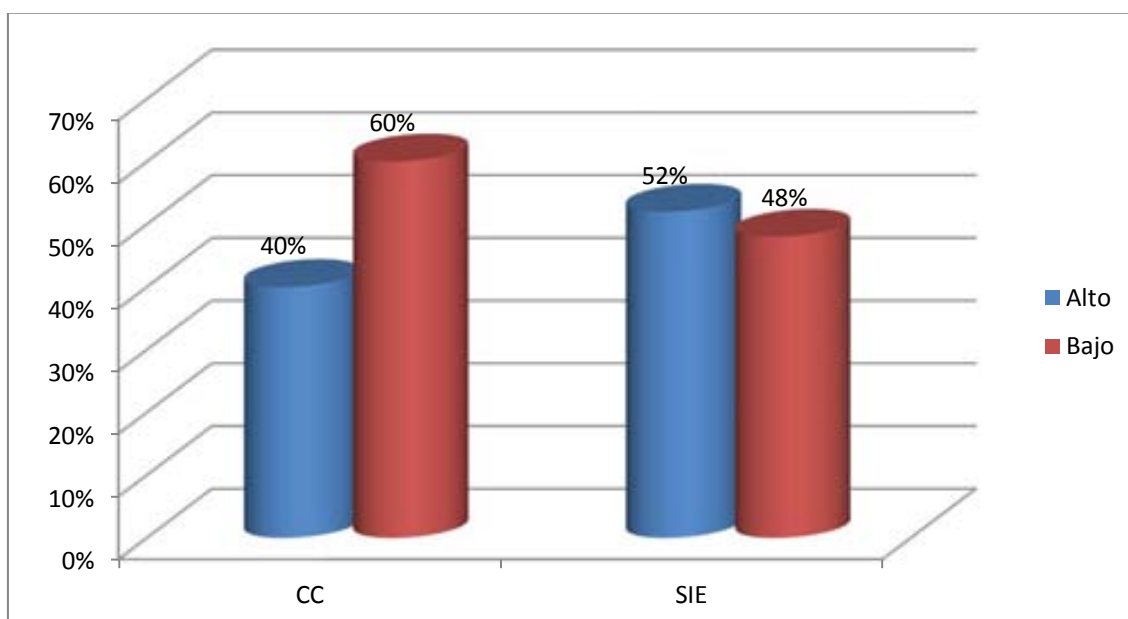
Figura 17. Gráfico de frecuencias de EE. Diferencias entre padres y madres.



1.6.2. Criticismo y sobreimplicación emocional.

Si categorizamos las variables CC y SIE, podemos ver en la figura 18 que el porcentaje de familiares que presentan alto CC y alta SIE en la muestra general se distribuye en el 40% y 52% de sujetos. Podemos observar que en la muestra hay un mayor número de familiares con bajos niveles de CC (40% vs 60%) pero en cambio, la proporción de familiares con alta SIE es mayor (52% vs 48%).

Figura 18. Gráfico de frecuencias de CC y SIE.



Si analizamos estas subescalas de la EE por género de familiares, podemos ver en la tabla 18 que solamente la media de las puntuaciones de las madres supera el punto de corte considerado indicativo de alta SIE (media=28,57, DE=4,30), existiendo una tendencia fuerte a que las madres presenten mayores puntuaciones de SIE que los padres (p=0,022).

Tabla 18. Media y desviación estándar de las puntuaciones de SIE y C/C.

	Media	Mediana	DE
CC	21,42	22,00	5,107
SIE	27,30	27,00	4,437

Tabla 19. Media y desviación estándar de las puntuaciones de SIE y CC. Diferencias entre padres y madres.

	Padres Media (DE)	Madres Media (DE)	Z	p
CC	21,95 (4,79)	21,00 (5,38)	-0,65	0,511
SIE	25,68 (4,14)	28,57 (4,30)	-2,28	0,022

Como podemos ver en la tabla 20, donde se muestran los resultados descriptivos de los familiares en relación a los niveles de SIE por géneros, al comparar los niveles de sobreimplicación emocional entre padres y madres encontramos una tendencia fuerte a que las figuras maternas presenten mayores puntuaciones de SIE: las madres muestran un mayor porcentaje (64,3%) de alta SIE en comparación con los padres (36,4%).

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes de Alta y Baja SIE. Diferencias entre género de familiares (padres y madres).

		Frecuencia	Porcentaje (%)	χ^2	p
Padres	Alta SIE	8	36,4	3,898	0,050
	Baja SIE	14	63,6		
Madres	Alta SIE	18	64,3		
	Baja SIE	10	35,7		

En relación a alto CC, no existen diferencias significativas entre padres y madres, aunque los padres presentan en mayor porcentaje mayores niveles de CC (45,5%) que las madres (35,7%).

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes de alto y bajo CC. Diferencias entre género de familiares.

		Frecuencia	Porcentaje (%)	χ^2	p
Padres	Alto CC	10	45,5	0,487	0,485
	Bajo CC	12	54,5		
Madres	Alto CC	10	35,7		
	Bajo CC	18	64,3		

1.6.3. Otras variables relacionadas con EE: Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.

Si observamos la siguiente tabla podemos ver cómo se distribuyen las puntuaciones de otras variables relacionadas con la EE obtenidas a partir de las puntuaciones de las subescalas del instrumento LEE. No se han encontrado diferencias significativas entre las madres y los padres, las puntuaciones que presentan son similares en todas las escalas aunque existe una tendencia general a que los padres puntúen más alto en todas ellas menos en la escala de intrusismo, en la que las madres puntúan más alto que los padres. Hallamos puntuaciones ligeramente superiores en los padres en las escalas de hostilidad, tolerancia y afrontamiento y actitud hacia la enfermedad, los padres son más hostiles, menos tolerantes con la enfermedad y presentan una peor actitud hacia de la enfermedad de las hijas que las madres (ver tabla 22.)

Tabla 22. Media y desviación estándar de las puntuaciones de las subescalas del LEE y la escala general del LEE en los familiares. Diferencias entre padres y madres.

	Padres Media (DE)	Madres Media (DE)	Z	p
I	2,27(1,95)	2,36 (1,85)	-0,21	0,827
ATI	3,82 (3,56)	3,36 (2,61)	-0,95	0,339
H	1,45 (1,84)	0,89 (0,95)	-0,49	0,961
T/A	3,23 (2,59)	2,96 (1,91)	-0,07	0,937

1.7. Ansiedad y depresión en los familiares.

De los 50 familiares de la muestra, 12 sujetos presentan puntuaciones clínicas de depresión (24%) y 22 sujetos presentan puntuaciones clínicas de ansiedad (44%).

Comparando las puntuaciones entre géneros de los familiares, podemos observar diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones clínicas de padres y madres en la escala de depresión ($p=0,004$): las madres presentan mayores puntuaciones clínicas en depresión que los padres: un 4,5% de los padres y un 39,3% de las madres presentan puntuaciones clínicas de depresión. En la escala de ansiedad se da una tendencia fuerte a que las madres presenten mayores puntuaciones clínicas de ansiedad que los padres ($p=0,035$): un 27,3% de los padres y un 57,1% de las madres presentan puntuaciones clínicas de ansiedad.

En relación a las puntuaciones generales de ansiedad (ANX) y de depresión (DEP) de los familiares, podemos observar que las madres presentan mayores puntuaciones que los padres y estas diferencias son estadísticamente significativas tanto para los niveles de depresión ($p=0,001$) como para la escala general del HADs ($p=0,002$). Para las puntuaciones de ansiedad se da una tendencia fuerte a que las madres presenten mayores puntuaciones generales de ansiedad que los padres ($p=0,026$).

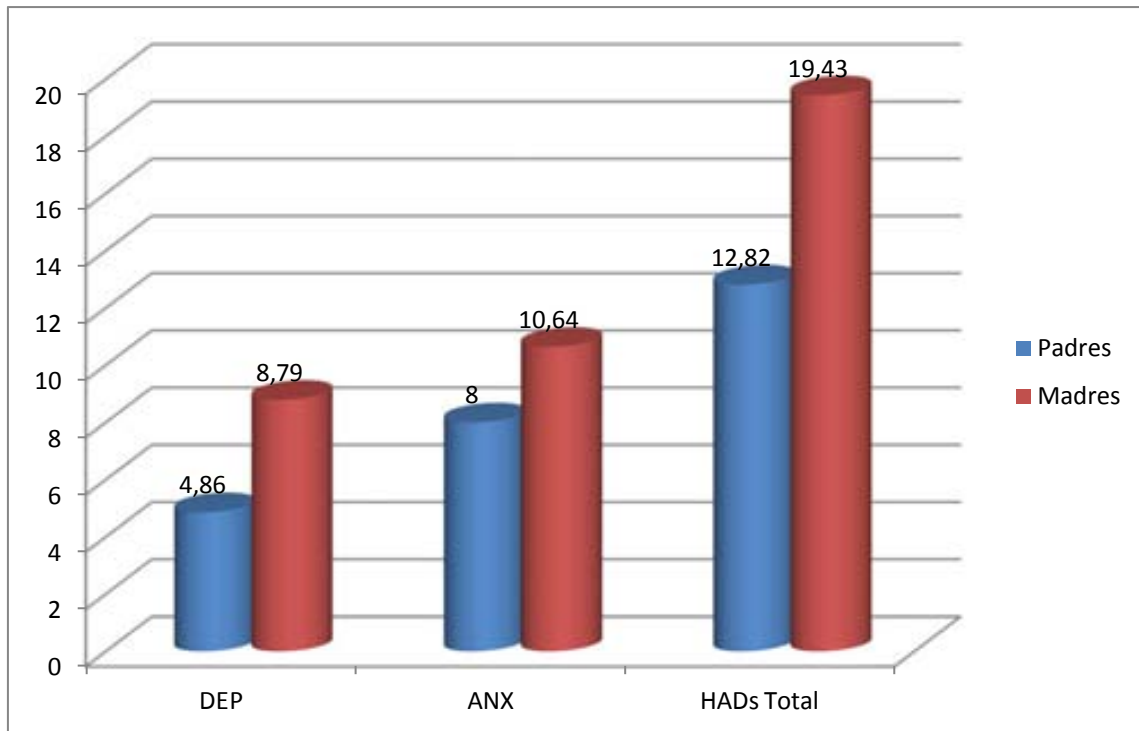
Tabla 23. Frecuencias y porcentajes de puntuaciones clínicas de depresión y ansiedad. Diferencias entre género de los familiares (padres y madres).

		Frecuencia	Porcentaje (%)	χ^2	p
Depresión problema clínico	Padre	1	4,5%	8,15	0,004
	Madre	11	39,3%		
Ansiedad problema clínico	Padre	6	27,3%	4,46	0,035
	Madre	16	57,1%		

Tabla 24. Media y desviación estándar de las puntuaciones de depresión, ansiedad y la escala general del HADs en los familiares. Diferencias entre género de familiares (padres y madres).

	Padres Media (DE)	Madres Media (DE)	Z	p
DEP	4,86 (3,01)	8,79 (3,97)	-3,43	0,001
ANX	8,00 (4,68)	10,64 (3,77)	-2,22	0,026
HADs Total	12,82 (7,22)	19,43 (7,19)	-3,15	0,002

Figura 19. Gráfico de las puntuaciones de depresión, ansiedad y la escala general del HADs por género de los familiares (padres y madres).



No encontramos diferencias significativas entre familiares de pacientes con AN Y BN y puntuaciones de ansiedad y depresión y formas purgativa/no purgativa, podemos ver esta ausencia de relaciones en la siguiente tabla.

Tabla 25. Relaciones entre puntuaciones de ansiedad, depresión y escala total del HADs y subtipo de TCA y forma purgativa-no purgativa.

		ANX	DEP	HADs total
Forma Purgativa/no purg.	Z	0,863	-0,041	-0,605
	p	0,388	0,967	0,545
Subtipo TCA: AN/BN	Z	-1,203	-0,412	-0,887
	p	0,229	0,680	0,375

1.8. Patología alimentaria

Las puntuaciones medias de las subescalas del EDI-2 para las pacientes son similares a las puntuaciones teóricas que aparecen en el manual en la mayoría de las subescalas. Si analizamos las puntuaciones del EDI-2 por tipos de TCA y subtipos purgativo y no purgativo, aunque las diferencias no lleguen a ser significativas, podemos ver que en una serie de escalas (“desconfianza interpersonal”, “consciencia interoceptiva” e “impulsividad”) las pacientes bulímicas y del subtipo purgativo obtienen mayores puntuaciones que las pacientes con AN y de subtipo no purgativo. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la subescala “bulimia”, encontrando mayores puntuaciones en los pacientes con BN que en las pacientes con AN ($p < 0'001$) y en las pacientes con subtipo purgativo que las de tipo no purgativo ($p < 0'001$).

Tabla 26. Medias de las puntuaciones de las subescalas del EDI-2.

	Media (DE)	Mínimo	Máximo
Obsesión Delgadez	16,44 (3,940)	5	21
Bulimia	4,56 (4,724)	0	14
Insatisfacción Corporal	14,41 (5,631)	4	24
Ineficacia	8,32 (5,209)	0	22
Perfeccionismo	6,32 (4,374)	0	16
Desconfianza Interpers.	6,41 (3,430)	1	13
Cons. Interoceptiva	11,00 (4,855)	3	19
Miedo Madurez	9,18 (5,042)	1	22
Ascetismo	6,76 (3,085)	0	12
Impulsividad	6,26 (4,440)	0	14
Inseguridad Social	7,71 (3,407)	2	17

Como podemos ver en la tabla 26, encontramos la tendencia a que las pacientes de forma no purgativa ($p=0,058$) y con AN ($p=0,055$) presenten mayores puntuaciones en la escala de ascetismo que las pacientes de los grupos purgativo y de BN.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con subtipo purgativo y no purgativo en la subescala “miedo a la madurez” ($p=0,004$), las pacientes de subtipo no purgativo puntúan más alto en esta escala del EDI-2 que las pacientes de subtipo purgativo, y entre los grupos AN y BN, aunque las diferencias no lleguen a ser significativas ($p=0,077$), hallamos mayores puntuaciones en las pacientes con AN que en las pacientes con BN.

Tabla 27. Media y desviación estándar de las puntuaciones del EDI-2 de las pacientes. Diferencias entre diagnóstico y formas purgativa- no purgativa.

	AN	BN	Z	p	No Purg.	Purgativa	Z	p
	Media (DE)	Media (DE)			Media (DE)	Media (DE)		
Obsesión Delgadez	16,50 (4,42)	16,30 (2,62)	-0,74	0,456	16,50 (4,10)	16,33 (3,79)	-0,29	0,790
Bulimia	2,54 (3,31)	9,40 (4,11)	-3,58	0,000	2,23 (2,86)	8,83 (4,52)	-3,65	0,000
Insatisfacción Corporal	15,21 (5,15)	12,50 (6,63)	-1,28	0,198	15,27 (4,34)	12,83 (7,40)	-1,15	0,261
Ineficacia	8,79 (5,61)	7,20 (4,13)	-0,91	0,362	8,82 (5,90)	7,42 (3,67)	-0,50	0,631
Perfeccionismo	7,00 (4,47)	4,70 (3,86)	-1,41	0,158	7,09 (4,28)	4,92 (4,35)	-1,49	0,146
Desconfianza Interpers.	6,13 (2,93)	7,10 (4,50)	-0,49	0,621	5,77 (2,68)	7,58 (4,37)	-1,25	0,217
Cons. Interoceptiva	10,83 (4,65)	11,40 (5,54)	-0,0	0,955	10,18 (4,50)	12,15 (5,31)	-1,14	0,261
Miedo Madurez	10,13 (5,12)	6,90 (4,22)	-1,76	0,077	10,95 (5,01)	5,92 (3,20)	-2,86	0,004
Ascetismo	7,50 (2,55)	5,00 (3,65)	-1,91	0,055	7,59 (2,61)	5,25 (3,41)	-1,91	0,058
Impulsividad	5,79 (4,10)	7,40 (5,21)	-0,79	0,426	5,41 (4,15)	7,83 (4,68)	-1,44	0,157
Inseguridad Social	7,92 (3,55)	7,20 (3,15)	-0,45	0,669	7,68 (3,73)	7,75 (2,86)	-0,29	0,799

1.9. Grado de impacto de los síntomas del paciente sobre los familiares.

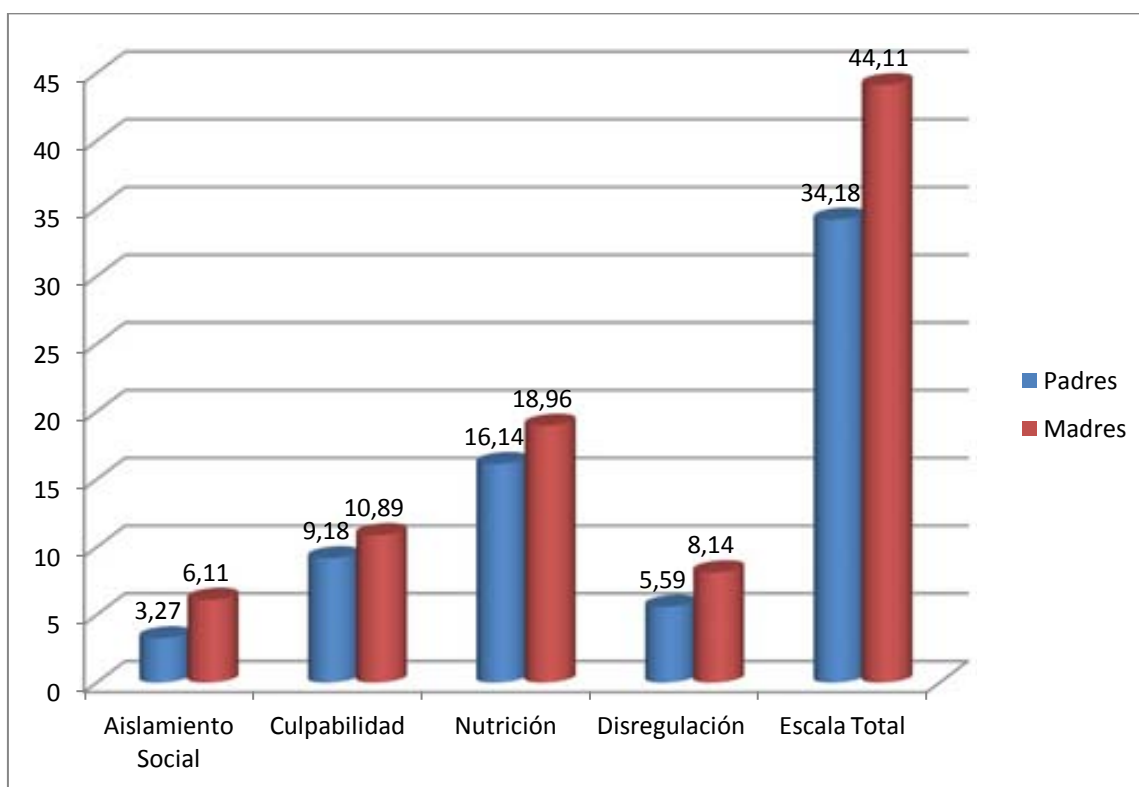
En relación a las subescalas del instrumento de evaluación EDSIS, que mide la carga específica para los cuidadores de pacientes con TCA y evalúa las percepciones del impacto emocional, psicológico y tangible de los cuidadores, podemos observar que las madres presentan en todas las escalas mayores puntuaciones que los padres, pero estas diferencias son estadísticamente significativas solamente para la escala "aislamiento social" ($p < 0,001$) y resultan ser casi significativas para la puntuación total de la escala general ($p = 0,018$). Las madres con pacientes con TCA presentan mayores puntuaciones en la escala general del EDSIS y tienen una mayor tendencia a aislarse que los padres de pacientes con TCA (ver tabla 28.)

Tabla 28. Media y desviación estándar de las puntuaciones de las subescalas del EDSIS por género de los familiares (padres y madres).

	Padres Media (DE)	Madres Media (DE)	Z	p
Aislamiento Social	3,27 (2,07)	6,11 (2,78)	-3,508	0,000
Culpabilidad	9,18 (4,57)	10,89 (4,77)	-1,304	0,192
Nutrición	16,14 (7,26)	18,96 (7,88)	-1,322	0,186
Disregulación Comportamiento	5,59 (5,89)	8,14 (6,19)	-1,565	0,118
EDSIS Total	34,18 (13,26)	44,11 (13,34)	-2,367	0,018

Según los resultados de las puntuaciones totales de la escala EDSIS podemos decir que las madres reciben un mayor impacto que los padres en relación a los síntomas de las hijas que sufren algún TCA. Podemos ver los resultados en la figura 20.

Figura 20. Gráfico de las puntuaciones de las subescalas del EDSIS por género de los familiares (padres y madres).



En relación a las subescalas del EDSIS y subtipos de TCA, aunque no encontramos diferencias significativas entre grado de impacto de los síntomas de los pacientes y BN/AN, si encontramos una fuerte tendencia ($p=0,023$) a que los familiares de pacientes con un TCA de forma purgativa presenten mayores puntuaciones en la escala “disregulación del comportamiento”. Para las demás escalas del EDSIS no encontramos relaciones con las formas purgativa-no purgativa.

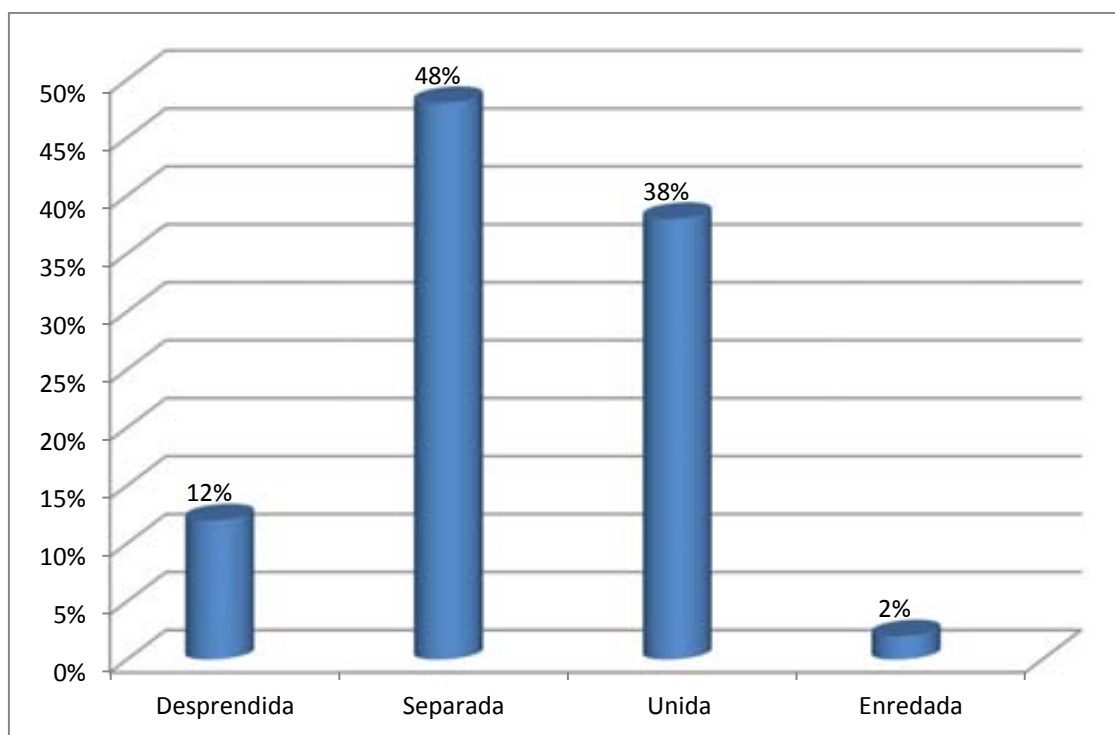
1.10. Funcionamiento familiar: adaptación y cohesión familiar.

1.10.1. Análisis de los resultados obtenidos según la escala FACES III sobre cohesión y adaptación familiar.

Las puntuaciones de ambas escalas aparecen divididas tal y como se exponen en el apartado de Material y Métodos.

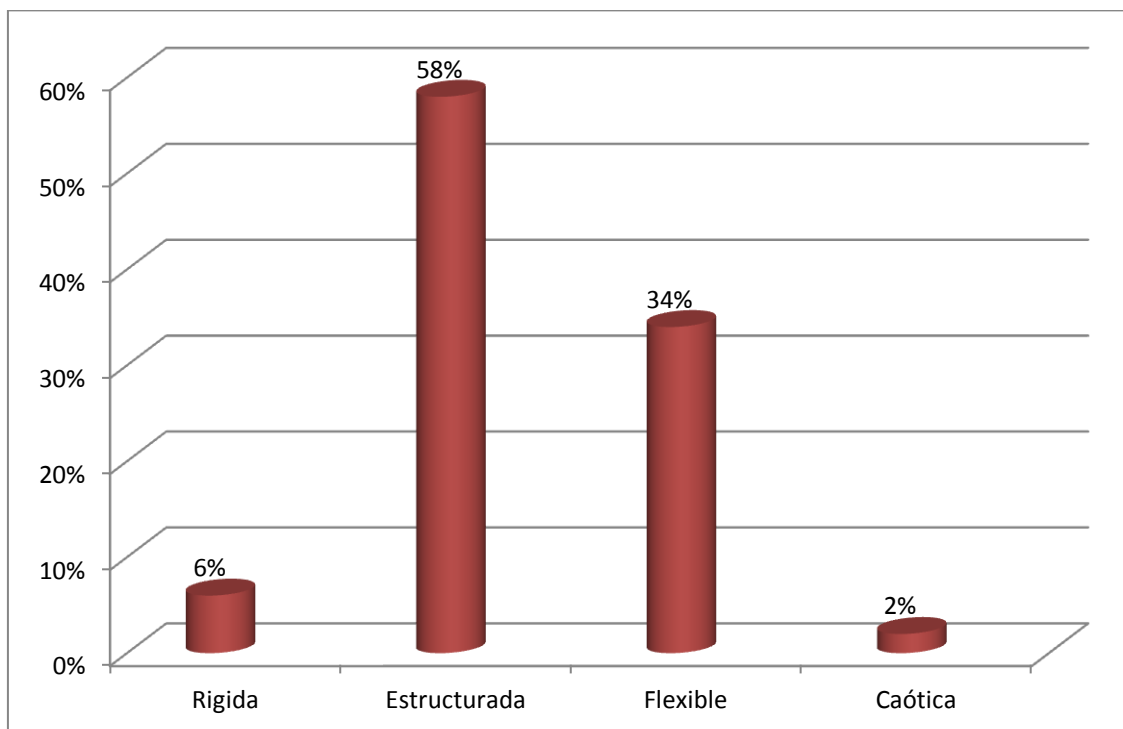
Respecto a la cohesión, el 48% de los familiares perciben a su familia como separada y el 38% como unida, un 12% la perciben como desprendida (cohesión baja) y un 2% como enredada (cohesión alta).

Figura 21. Gráfico de los porcentajes en las categorías de cohesión.



Respecto a la adaptación, los familiares reparten la percepción de su familia entre estructurada en el 58% de los casos y flexible en el 34% de los casos, baja adaptación (familia rígida) en el 6% de los casos y un 2% presenta altos niveles de adaptación (familia caótica).

Figura 22. Gráfico de los porcentajes en las categorías de adaptación.



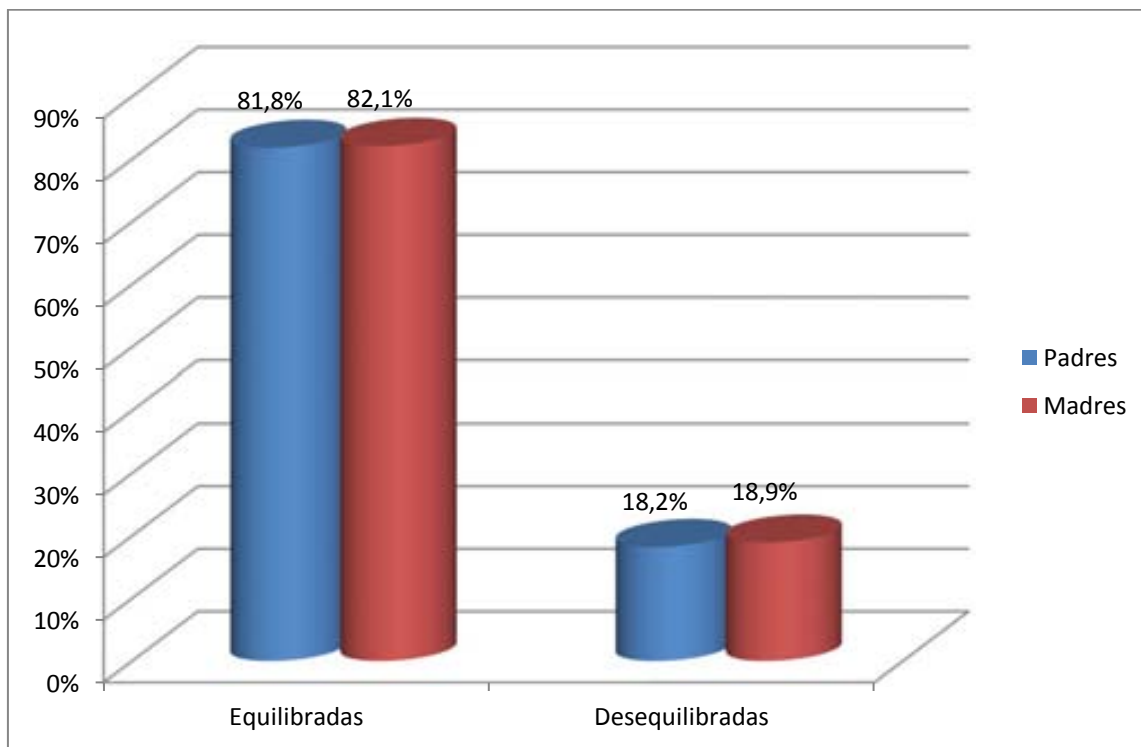
No existen diferencias significativas en cómo perciben los padres de cohesionadas a sus familias y cómo las perciben las madres ($p=0,129$). En relación a la adaptación, los padres perciben también a sus familias de manera similar a las madres ($p=0,669$), ambos grupos tienen la tendencia a percibirse como familias estructuradas y flexibles.

Como se ha mencionado anteriormente, siguiendo con el *Modelo Circumplejo* (Olson, 1979), las familias con puntuaciones entre 60 y 80 puntos serían familias equilibradas y las que se sitúan fuera de esta franja serían extremas. De este modo, los datos que hemos estado analizando hasta ahora nos refieren que el 82% de las personas encuestadas se encuentran en una situación familiar equilibrada y el 18% en una situación familiar extrema.

Se podría deducir que los datos que hacen que un 18% representen a una familia extrema son los correspondientes a las familias que se encuentran en la tipología desprendida-estructurada y separada-estructurada.

La distribución según géneros muestra porcentajes similares entre padres y madres en lo que refiere a situación familiar. Podemos ver los resultados por géneros de familiares en el siguiente gráfico (figura 23).

Figura 23. Situación familiar según el modelo circunplejo por género de los familiares.



2. Resultados según objetivos e hipótesis planteadas.

2.1. Relación entre EE y las tipologías diagnósticas y formas purgativa- no purgativa. Análisis de la relación con las subescalas.

2.1.1. Análisis de la relación entre la EE y las tipologías diagnósticas y formas purgativa- no purgativa.

Si observamos las siguientes tablas con la representación de los datos del análisis de las posibles relaciones entre la EE y las tipologías diagnósticas y las formas purgativa-no purgativa, se aprecia que no existen diferencias entre los grupos de familiares de pacientes con AN y BN ($p=0,208$) pero si existen diferencias para las pacientes forma purgativa-no purgativa ($p=0,007$) y para las tipologías diagnósticas ($p=0,003$). En el grupo de familiares que presentan una alta EE hay una mayor proporción de pacientes que presentan conductas purgativas que pacientes sin conductas purgativas (76,5% vs 36,4%).

De los 36 familiares de pacientes con AN, 16 de ellos (44,4%) presentan alta EE y 20 expresan baja EE (55,6%). De los 14 familiares de pacientes con BN, son 9 sujetos (64,3%) los que presentan alta EE y 5 expresan baja EE (35,7%).

De los 17 familiares de pacientes con forma purgativa, 13 sujetos presentan alta EE (76,5%) y 4 expresan baja EE (23,5%). De los 33 familiares de pacientes de forma no purgativa, 12 presentan alta EE (36,4%) y 21 sujetos (63,6%) presentan baja EE.

Tabla 29. Frecuencias y porcentajes de alta y baja EE. Diferencias entre AN-BN, formas purgativa-no purgativa y tipologías diagnósticas.

		Alta EE		Baja EE		χ^2	p
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	16	44,4	20	55,6	1,587	0,208
	BN	9	64,3	5	35,7		
Formas	Purgativa	13	76,5	4	23,5	7,219	0,007
	No purgativa	12	36,4	21	63,6		
Tipologías D.	ANr	12	38,7	19	61,3	8,381	0,003
	ANp	4	80	1	20		
	BNnp	0	0	2	100		
	BNp	9	75	3	25		

Tabla 30. Frecuencias y porcentajes de alta y baja EE. Diferencias entre género de familiares, AN-BN y formas purgativa-no purgativa.

		PADRES				χ^2	p
		Alto EE		Bajo EE			
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	8	44,4	10	55,6	0,041	0,840
	BN	2	50	2	50		
Formas	Purgativa	4	80	1	20	3,115	0,781
	No purgativa	6	35,3	11	64,7		
		MADRES				χ^2	p
		Alto EE		Bajo EE			
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	8	44,4	10	55,6	1,688	0,194
	BN	7	70	3	30		
Formas	Purgativa	9	75	3	25	3,877	0,049
	No purgativa	6	37,5	10	62,5		

Si analizamos los niveles de EE por género de familiares, encontramos una tendencia fuerte a que las madres de pacientes con un TCA forma purgativa presenten mayores niveles de EE que las madres con una hija con un TCA forma no purgativa ($p=0,049$). Podemos ver estos resultados en la tabla 30.

2.1.2. Análisis de la relación entre las subescalas y las tipologías diagnósticas y formas purgativa- no purgativa.

2.1.2.1. Comentarios críticos y sobreimplicación.

A pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas entre CC de los familiares y diagnósticos y formas purgativa-no purgativa de los pacientes, encontramos que el 38,9% de pacientes con AN y el 42,8% de pacientes con BN tienen familiares que presentan alto CC. En el caso de las formas purgativa-no purgativa, el 45% de pacientes con TCA forma purgativa y el 33,3% de pacientes con TCA forma no purgativa tienen familiares que presentan alto CC.

Tabla 31. Frecuencias y porcentajes de alto y bajo CC. Diferencias entre AN-BN y formas purgativa-no purgativa.

		Alto CC		Bajo CC		χ^2	p
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	14	38,9	22	61,1	0,066	0,797
	BN	6	42,8	8	57,2		
Formas	Purgativa	9	52,9	8	47,1	1,797	0,180
	No purgativa	11	33,3	22	66,6		

Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los familiares que presentan altos niveles de SIE y diagnósticos y formas purgativa- no purgativa, aunque existe un porcentaje mayor de pacientes con BN (71,4%) que con AN (44,4%) que tienen familiares que presentan alta SIE. También los pacientes de forma purgativa (64,7%) presentan en mayor proporción familiares con alta SIE que los pacientes de forma no purgativa (45,4%).

Tabla 32. Frecuencias y porcentajes de alta y baja SIE. Diferencias entre AN-BN y formas purgativa-no purgativa.

		Alta SIE		Baja SIE		χ^2	p
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	16	44,4	20	55,6	2,94	0,086
	BN	10	71,4	4	28,6		
Formas	Purgativa	11	64,7	6	35,3	1,66	0,197
	No purgativa	15	45,4	18	54,6		

No aparece ningún dato que indique que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de CC de los padres y de las madres entre los tipos diagnósticos y las formas purgativa-no purgativa, aunque en el grupo de pacientes con BN y forma purgativa se observa un mayor porcentaje de padres y de madres que presentan alto CC que los que pertenecen a los grupos de pacientes con AN y los de TCA forma no purgativa. Podemos ver estos resultados en la tabla 33.

Tabla 33. Frecuencias y porcentajes de alto y bajo CC. Diferencias entre género de familiares, AN-BN y formas purgativa/no purgativa.

		PADRES				χ^2	p
		Alto CC		Bajo CC			
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	8	44,4	10	55,6	0,041	0,840
	BN	2	50	2	50		
Formas Purg. /no purgativa	Purgativa	4	80	1	20	3,115	0,078
	No purgativa	6	35,3	11	64,7		
		MADRES				χ^2	p
		Alto CC		Bajo CC			
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	6	33,3	12	66,7	0,124	0,724
	BN	4	40	6	60		
Formas Purg. /no purgativa	Purgativa	5	41,6	7	58,4	0,324	0,569
	No purgativa	5	31,25	11	68,75		

En relación a las puntuaciones de SIE de los padres y de las madres, aunque tampoco se observan diferencias significativas, podemos observar que en los grupos de pacientes con BN y de forma purgativa se observa un mayor porcentaje de padres y madres que presentan alta SIE que en el grupo de pacientes con AN y que en los de forma no purgativa.

Tabla 34. Frecuencias y porcentajes de alta y baja SIE. Diferencias entre género de familiares, AN-BN y formas purgativa-no purgativa.

		PADRES				χ^2	p
		Alta SIE		Baja SIE			
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	6	33,3	12	66,6	0,393	0,531
	BN	2	50	2	50		
Formas Purg. /no purgativa	Purgativa	3	60	2	40	0,562	0,211
	No purgativa	5	29,4	12	70,6		
		MADRES				χ^2	p
		Alta SIE		Baja SIE			
		N	%	N	%		
Diagnóstico	AN	10	55,6	8	44,4	1,673	0,196
	BN	8	80	2	20		
Formas Purg. /no purgativa	Purgativa	8	66,7	4	33,3	0,052	0,820
	No purgativa	10	62,5	6	37,5		

2.1.2.2. Actitudes hacia la enfermedad (ATI), Hostilidad (H), Tolerancia y afrontamiento (T/A) e Intrusismo (I).

En la tabla 35 vemos que las pacientes con AN presentan puntuaciones más elevadas en las escalas de “intrusismo” (I) y “hostilidad” (H). Para el resto de las escalas, las pacientes con BN presentan puntuaciones mayores que las pacientes con AN, aunque estas diferencias no son significativas para ninguna de las escalas.

Tabla 35. Puntuaciones medias de las subescalas del LEE por diagnósticos de los pacientes.

	Tipo TCA	N	Media	DE	Z	p
I	AN	36	2,33	1,773	-0,252	0,801
	BN	14	2,29	2,199		
H	AN	36	1,19	1,546	-0,239	0,811
	BN	14	1,00	1,109		
ATI	AN	36	3,42	3,093	-0,688	0,492
	BN	14	3,93	2,999		
T/A	AN	36	2,83	2,236	-1,356	0,175
	BN	14	3,71	2,128		

I: Intrusismo, H: Hostilidad, ATI: Actitudes hacia la enfermedad, T/A: Tolerancia y afrontamiento.

Si analizamos las subcalas del LEE por formas purgativa-no purgativa, hallamos una tendencia fuerte a que los familiares de pacientes forma purgativa presenten una peor actitud hacia de la enfermedad de las hijas (ATI). En las demás subescalas, las pacientes de forma purgativa presentan mayores puntuaciones que las de forma no purgativa, aunque las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas. Podemos ver estos resultados en la tabla 36.

Tabla 36. Puntuaciones medias de las subescalas del LEE por subtipos purgativo-no purgativo.

	Subtipo	N	Media	DE	Z	p
I	No Purgat.	33	2,18	1,911	-0,894	0,371
	Purgativa	17	2,59	1,839		
H	No Purgat.	33	0,94	0,998	-0,829	0,407
	Purgativa	17	1,53	2,004		
ATI	No Purgat.	33	2,97	3,026	-2,235	0,025
	Purgativa	17	4,71	2,823		
T/A	No Purgat.	33	2,70	1,960	-1,440	0,150
	Purgativa	17	3,82	2,555		

2.2. Relación entre la EE, características de los pacientes y curso de la enfermedad. Análisis de la relación con las subescalas.

2.2.1. Análisis de la relación entre la EE y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.

Aunque no encontramos relaciones estadísticamente significativas, las familias que presentan una alta EE tienen pacientes con una mayor edad, un mayor número de ingresos y un peso e IMC más elevados, al contrario que las familias de pacientes con baja EE. Encontramos una tendencia fuerte a que las familias de alta EE presenten hijas con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad ($p=0,057$).

En las familias con baja EE observamos que presentan una mayor edad de diagnóstico y más horas de contacto familiar que las familias con alta EE, aunque estas diferencias no llegan a ser significativas (ver tabla 37).

Tabla 37. Relación entre EE familiar y la edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.

	Alta EE	Baja EE		
	Media (DE)	Media (DE)	Z	p
Edad actual	16,77(2,53)	16,67 (2,24)	-0,117	0,907
Peso	52,10(9,70)	47,18 (7,29)	-1,730	0,084
IMC	19,54 (2,63)	18,39 (3,10)	-1,622	0,105
Edad diagnóstico	15,67 (2,59)	15,93 (2,00)	-0,447	0,655
Tpo. Evolución	13,48(14,59)	8,20 (8,77)	-1,901	0,057
Nº Ingresos	2,80 (2,64)	1,68 (0,98)	-1,359	0,174
Horas Cto Familiar	46,60 (20,74)	49,24 (30,14)	-0,233	0,816

Si analizamos estas relaciones por género de familiares, podemos observar en la tabla 38 que existe una tendencia fuerte a que los padres con alta EE tengan hijas que presentan un mayor tiempo de evolución del TCA.

Tabla 38. Relación entre tiempo de evolución del TCA del paciente y la EE por género familiar.

	Alta EE	Baja EE		
	Media (DE)	Media (DE)	Z	p
Padre	15,40 (15,44)	6,69 (6,30)	-2,058	0,041
Madre	10,60 (13,47)	9,83 (10,91)	-0,464	0,674

2.2.2. Análisis de la relación entre las subescalas y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.

2.2.2.1. Comentarios críticos y sobreimplicación.

Según la tabla 39, podemos observar que las familias altamente críticas tienen pacientes con un peso e IMC mayores y un mayor tiempo de evolución del TCA, aunque estas tendencias son muy débiles. Para la variable “número de ingresos” se da una tendencia fuerte a que las pacientes de familias que son altamente críticas con ellas presenten un mayor número de ingresos ($p=0,03$).

Tabla 39. Relación entre CC y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.

	Alto C/C Media (DE)	Bajo CC Media (DE)	Z	p
Edad actual	16,35 (2,16)	16,97 (2,50)	-1,14	0,254
Peso	50,07 (9,15)	49,35 (8,79)	-0,09	0,921
IMC	19,35 (2,70)	18,71 (3,05)	-0,783	0,434
Edad diagnóstico	15,26 (1,83)	16,16 (1,98)	-1,57	0,117
Tpo. Evolución	13,15 (14,63)	9,30 (10,27)	-0,935	0,350
Nº Ingresos	3,15 (2,81)	1,63 (0,99)	-2,135	0,030
Horas Cto Familiar	45,20 (23,79)	49,73 (27,05)	-0,823	0,411

Como podemos ver en la tabla 40, si analizamos las relaciones por género de familiares, no observamos diferencias significativas entre familiares con alto y bajo CC y curso de la enfermedad.

Tabla 40. Relación entre CC y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad por género de los familiares.

	Madres				Padres			
	Alto CC Media (DE)	Bajo CC Media (DE)	Z	p	Alto CC Media (DE)	Bajo C/C Media (DE)	Z	p
Edad actual	16,46 (2,22)	16,60 (2,36)	-,793	0,427	16,25 (2,20)	17,21 (2,63)	-1,248	0,212
Peso	49,29 (9,23)	46,24 (7,74)	-,429	0,674	50,85 (9,49)	51,43 (9,03)	-,288	0,773
IMC	19,08 (2,81)	18,13 (3,20)	-,858	0,418	19,63 (2,70)	19,09 (2,98)	-,408	0,684
Edad diagnóstico	15,39 (1,99)	15,88 (1,99)	-,562	0,574	15,13 (1,75)	16,35 (2,01)	-1,584	0,113
Tpo. Evolución	14,10 (15,40)	6,92 (6,94)	-,464	0,643	12,20 (14,58)	10,89 (11,93)	-,168	0,866
Nº Ingresos	3,00 (2,90)	1,58 (0,99)	-,543	0,587	3,30 (2,86)	1,67 (1,02)	-1,648	0,099
Horas Cto Familiar	44,20 (24,35)	38,00 (29,31)	-,594	0,552	46,20 (24,48)	57,56 (23,03)	-1,561	0,118

En relación a la SIE, no parece ser que una baja o alta SIE por parte de las madres ni por parte de los padres esté relacionada con ninguna de estas variables.

Tabla 41. Relación entre SIE y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.

	Alta SIE Media (DE)	Baja SIE Media(DE)	Z	p
Edad actual	16,35(2,16)	16,97(2,50)	-0,224	0,823
Peso	51,25(10,55)	47,89(6,30)	-1,138	0,255
IMC	19,28(3,07)	18,62(2,73)	-0,758	0,448
Edad diagnóstico	15,52(2,19)	16,10 (1,66)	-0,866	0'387
Tpo. Evolución	14,12(15,27)	7,29 (6,25)	-1'522	0,128
Nº Ingresos	2,85(2,60)	1,58 (0,88)	-1,763	0,078
Horas Cto Familiar	54,96(25,87)	40,29(23,58)	-1,823	0,068

Si analizamos las relaciones entre género de familiares, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grupo de padres ni en el de madres (ver tabla 42), aunque encontramos padres y madres más sobreimplicados con pacientes de mayor edad y mayor IMC, mayor tiempo de evolución, mayor número de ingresos y que pasan más horas de contacto con los familiares.

Tabla 42. Relación entre SIE y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad por género de los familiares.

	Padres				Madres			
	Alta SIE Media (DE)	Baja SIE Media (DE)	Z	p	Alta SIE Media (DE)	Baja SIE Media (DE)	Z	p
Edad	16,20 (2,93)	16,72 (1,84)	-,342	0,732	16,96 (2,65)	16,70 (2,28)	-0,120	0,904
Peso	47,25 (11,19)	47,84 (6,78)	-,512	0,608	53,03 (10,06)	47,97 (5,91)	-1,465	0,143
IMC	18,69 (3,16)	18,49 (3,02)	,000	1,00	19,55 (3,09)	18,81 (2,42)	-,719	0,472
Edad diagnóstico	14,96 (2,55)	16,05 (1,50)	-,787	0,431	15,77 (2,04)	16,17 (1,94)	-,648	0,517
Tiempo Evolución	14,88 (17,55)	6,285 (7,50)	-,686	0,493	14,68 (13,78)	7,00 (6,53)	-1,252	0,211
Nº Ingresos	3,13 (3,27)	1,71 (,994)	-,711	0,477	2,72 (2,347)	1,40 (,699)	-1,70	0,089
Horas Cto Familiar	46,13 (26,81)	37,79 (27,18)	-,923	0,356	58,89 (25,21)	43,80 (18,17)	-1,201	0,230

2.2.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.

Si analizamos las relaciones entre las subescalas del LEE y curso de la enfermedad, observamos únicamente tendencias fuertes entre dos variables y subescalas del LEE: las pacientes con un mayor número de ingresos tienen familiares con mayores puntuaciones en la subescala “actitud hacia la enfermedad” y las pacientes con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad tienen padres con mayores puntuaciones en la subescala “tolerancia y afrontamiento”. Podemos decir con estos resultados que las pacientes con mayor número de ingresos tienen familiares que presentan una peor actitud hacia la enfermedad y que aquellos familiares que tienen hijas con mayor tiempo de evolución de la enfermedad, manifiestan una peor tolerancia y capacidad de afrontamiento hacia las mismas.

Tabla 43. Relaciones entre subescalas del LEE y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.

	I	H	ATI	T/A
Edad	P=-0,208, p=0,147	P=-0,014, p=0,922	P=-0,094, p=0,514	P=0,231,p=0,106
Peso	P=0,092, p=0,526	P=0,068, p=0,641	P=0,111, p=0,442	P=0,245, p=0,086
IMC	P=0,017, p=0,908	P=0,071, p=0,623	P=0,073, p=0,614	P=0,236, p=0,099
Edad diagn.	P=-0,236, p=0,098	P=0,027, p=0,850	P=-0,211, p=0,142	P=0,123, p=0,394
Tpo. Evolución	P=-0,019, p=0,895	P=-0,028, p=0,847	P=0,150, p=0,298	P=0,306, p=0,031
Nº Ingresos	P=0,265, p=0,063	P=-0,081, p=0,575	P=0,304, p=0,032	P=0,036, p=0,804
Horas Cto Fam.	P=-0,037, p=0,800	P=0,020, p=0,888	P=0,026, p=0,857	P=-0,040,p=0,783

Si analizamos estas relaciones por género de los familiares encontramos que en la muestra de padres, los que tienen hijas que han sido diagnosticadas más tardíamente, tienen una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas. En el caso de las madres, aquellas que tienen hijas con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad y una edad mayor, presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las pacientes (ver tabla 44).

Tabla 44. Relaciones entre subescalas del LEE y edad, peso, IMC y curso de la enfermedad por género de familiares.

Género Familiar			Edad paciente	Peso	IMC	Edad diag. TCA	Tiempo Evol. TCA	Nº Ingresos	Horas Cto Familia
Padre	I	P	-0,401	-0,017	-0,102	-0,405	0,002	0,334	-0,105
		p	0,064	0,939	0,652	0,062	0,993	0,128	0,643
		N	22	22	22	22	22	22	22
	H	P	0,034	0,220	0,148	0,033	0,101	-0,003	0,067
		p	0,882	0,326	0,512	0,884	0,656	0,989	0,766
		N	22	22	22	22	22	22	22
	ATI	P	-0,398	0,102	0,055	-0,43	0,003	0,333	0,179
		p	0,067	0,652	0,808	0,043	0,989	0,130	0,426
		N	22	22	22	22	22	22	22
	T/A	P	0,064	0,297	0,288	-0,031	0,221	0,118	-0,026
		p	0,778	0,179	0,194	0,892	0,322	0,602	0,908
		N	22	22	22	22	22	22	22
Madre	I	P	-0,070	0,171	0,114	-0,104	-0,037	0,204	0,013
		p	0,723	0,385	0,562	0,600	0,851	0,298	0,949
		N	28	28	28	28	28	28	28
	H	P	-0,046	-0,019	0,032	0,060	-0,189	-0,217	0,089
		p	0,815	0,922	0,871	0,763	0,335	0,268	0,653
		N	28	28	28	28	28	28	28
	ATI	P	0,202	0,162	0,117	0,028	0,310	0,278	-0,230
		p	0,303	0,411	0,554	0,888	0,109	0,152	0,239
		N	28	28	28	28	28	28	28
	T/A	P	0,411	0,239	0,203	0,296	0,408	-0,055	-0,026
		p	0,030	0,221	0,300	0,126	0,031	0,780	0,894
		N	28	28	28	28	28	28	28

2.3. Relación entre la EE y la psicopatología de los familiares (ansiedad y depresión). Análisis de la relación con las subescalas.

2.3.1. Análisis de la relación entre la EE y la psicopatología de los familiares.

Como podemos observar en la tabla 45, existen relaciones casi significativas entre los niveles de EE y los niveles de ansiedad ($p=0,012$) y entre los niveles de EE y las puntuaciones de la escala total del HADs en los familiares ($p=0,013$), aquellos padres y madres que están en la categoría de alta EE presentan mayores puntuaciones en las subescalas de ansiedad y de la escala general del HADs que los familiares con baja EE. También existe una tendencia fuerte a que los familiares de alta EE presenten mayores puntuaciones de depresión que los familiares del grupo de baja EE ($p=0,052$).

Tabla 45. Relación entre alta y baja EE y psicopatología de los familiares.

	EE	N	Media	DE	Z	P
DEP	ALTA EE	25	8,16	3,934	-1,947	0,052
	BAJA EE	25	5,96	3,953		
ANX	ALTA EE	25	11,08	3,999	-2,512	0,012
	BAJA EE	25	7,88	4,177		
HADsTotal	ALTA EE	25	19,24	7,339	-2,478	0,013
	BAJA EE	25	13,80	7,561		

Si nos acercamos a observar con más detalle qué es lo que ocurre con cada uno de los géneros de los familiares, en el grupo de los padres, podemos observar que existe la tendencia a que presenten elevadas puntuaciones en la subescala ansiedad y en la escala general del instrumento HADs (ver tabla 46.)

Tabla 46. Relación entre alta y baja EE y la psicopatología de los familiares por género de los familiares.

	EE Padres	N	Media	DE	Z	P
DEP	ALTA EE	10	6,00	3,399	-1,529	0,126
	BAJA EE	12	3,92	2,392		
ANX	ALTA EE	10	10,30	4,923	-2,153	0,031
	BAJA EE	12	6,08	3,630		
HADs Total	ALTA EE	10	16,30	7,718	-1,985	0,047
	BAJA EE	12	9,92	5,551		
	EEMadres	N	Media	DE	Z	P
DEP	ALTA EE	15	9,60	3,680	-,903	0,366
	BAJA EE	13	7,85	4,240		
ANX	ALTA EE	15	11,60	3,334	-1,366	0,172
	BAJA EE	13	9,54	4,075		
HADs Total	ALTA EE	15	21,20	6,614	-1,293	0,196
	BAJA EE	13	17,38	7,556		

Como podemos ver en la tabla 47, si analizamos las relaciones entre las subescalas del HADS por categorías (estableciendo el punto de corte propuesto en la parte de metodología) y los niveles de alta y baja EE, no encontramos diferencias significativas entre patología familiar de depresión y alta y baja EE de los familiares, ni para el grupo de padres ($\chi^2=1,257$, $p=0,262$) ni para el de madres ($\chi^2=0,007$, $p=0,934$).

Para la subescala de ansiedad tampoco observamos relaciones significativas entre grupo de alta y baja EE si analizamos la variable ansiedad por categorías (problema clínico-no clínico), no se dan entre los padres ($\chi^2=1,497$, $p=0,22$) ni en el grupo de madres ($\chi^2=1,197$, $p=0,274$). Podemos ver los resultados en la tabla 48.

Tabla 47. Frecuencia de alta y baja EE y depresión de los familiares por género de los mismos.

		EE Padres		Total	EE Madres		Total
		ALTA EE	BAJA EE		ALTA EE	BAJA EE	
DEP	problema clínico	1	0	1	6	5	11
	no clínico	9	12	21	9	8	17
Total		10	12	22	15	13	28

Tabla 48. Frecuencia de alta y baja EE y ansiedad de los familiares por género de los mismos.

		EE Padres		Total	EE Madres		Total
		ALTA EE	BAJA EE		ALTA EE	BAJA EE	
ANX	problema clínico	4	2	6	10	6	16
	no clínico	6	10	16	5	7	12
Total		22	12	22	15	13	28

2.3.2. Análisis de la relación entre las subescalas y la psicopatología de los familiares.

2.3.2.1. Comentarios críticos y sobreimplicación.

Tanto en el grupo de padres como de madres altamente críticos se da la presencia de mayores puntuaciones en las subescalas de depresión y ansiedad y de la escala general, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (ver tablas 49 y 50).

Tabla 49. Relación entre niveles de CC y puntuaciones de depresión y ansiedad de los padres

CC Padres		N	Media	DE	Z	p
DEP	AltoCC	10	5,00	2,449	-,565	0,572
	BajoCC	12	4,75	3,519		
ANX	AltoCC	10	9,10	3,929	-1,425	0,154
	BajoCC	12	7,08	5,213		
HADs Total	AltoCC	10	14,10	5,587	-1,125	0,261
	BajoCC	12	11,75	8,454		

Tabla 50. Relación entre niveles de CC y las puntuaciones de depresión y ansiedad de las madres.

	CC Madres	N	Media	DE	Z	p
DEP	AltoCC	10	9,50	4,453	-0,651	0,515
	BajoCC	18	8,39	3,760		
ANX	AltoCC	10	10,80	3,882	-0,120	0,904
	BajoCC	18	10,56	3,823		
HADs Total	AltoCC	10	20,30	7,602	-0,409	0,683
	BajoCC	18	18,94	7,141		

Como podemos observar en la tabla 51, en el caso de las madres con alta SIE, se da una tendencia fuerte a que presenten mayores puntuaciones de depresión, de ansiedad y en la escala total del HADs que las madres menos sobreimplicadas.

En el caso de los padres con alta SIE también se da esta misma dirección, aunque las relaciones son estadísticamente significativas para las puntuaciones de ansiedad y de la escala general, pero no para la subescala de depresión.

Tabla 51. Relación entre niveles de SIE y las puntuaciones de depresión y ansiedad por género de familiares (padres y madres).

	SIE Padres	N	Media	DE	Z	p
DEP	AltaSIE	8	6,50	3,586	-1,720	0,085
	BajaSIE	14	3,93	2,269		
ANX	AltaSIE	8	11,88	4,190	-3,018	0,003
	BajaSIE	14	5,79	3,378		
HADs Total	AltaSIE	8	18,38	7,110	-2,637	0,008
	BajaSIE	14	9,64	5,227		
	SIE Madres	N	Media	DE	Z	p
DEP	AltaSIE	18	10,11	3,428	-2,338	0,020
	BajaSIE	10	6,40	3,921		
ANX	AltaSIE	18	11,61	3,913	-1,952	0,051
	BajaSIE	10	8,90	2,923		
HADs Total	AltaSIE	18	21,72	6,875	-2,187	0,029
	BajaSIE	10	15,30	6,056		

2.3.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.

Según los datos de la siguiente tabla pueden apreciarse relaciones significativas entre las puntuaciones de “intrusismo” y las puntuaciones de ansiedad de los familiares ($p=0,011$). También encontramos una tendencia fuerte a que los familiares con altas puntuaciones en la escala “actitud hacia la enfermedad” presenten altas puntuaciones de ansiedad ($p=0,020$). Pueden apreciarse también relaciones entre estas dos escalas del LEE y las puntuaciones generales del HADs. Las familias más intrusivas y con una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas presentan mayores niveles de ansiedad y mayores puntuaciones de la escala HADs general.

Tabla 52. Relaciones entre las subescalas del LEE y psicopatología de los familiares.

	I	H	ATI	T/A
ANX	P=0,355, p=0,011	P=-0,004, p=0,975	P=0,327, p=0,020	P=0,228, p=0,111
DEP	P=0,171, p=0,234	P=-0,001, p=0,992	P=0,200, p=0,163	P=0,101, p=0,484
HADs Total	P=0,288 p=0,042	P=-0,003, p=0,984	P=0,287, p=0,043	P=0,179, p=0,215

Tabla 53. Relaciones entre las subescalas del LEE y patología de los familiares por género.

Género Familiares			DEP	ANX	HADs Total
Padre	I	P	0,176	0,426	0,357
		p	0,433	0,048	0,103
		N	22	22	22
	H	P	0,123	-0,006	0,049
		p	0,585	0,981	0,827
		N	22	22	22
	ATI	P	0,374	0,462	0,462
		p	0,086	0,030	0,030
		N	22	22	22
	T/A	P	0,223	0,348	0,319
		p	0,318	0,112	0,148
		N	22	22	22
Madre	I	P	0,192	0,305	0,266
		p	0,328	0,114	0,171
		N	28	28	28
	H	P	0,120	0,184	0,163
		p	0,542	0,348	0,407
		N	28	28	28
	ATI	P	0,211	0,246	0,246
		p	0,282	0,207	0,208
		N	28	28	28
	T/A	P	0,101	0,142	0,130
		p	0,609	0,472	0,509
		N	28	28	28

Si analizamos las relaciones entre psicopatología de los familiares y las escalas del LEE por género de familiares, observamos la tendencia a que los padres más intrusivos y con una peor actitud hacia la enfermedad se muestren más ansiosos que los padres menos intrusivos. La escala “actitud hacia la enfermedad” también se relaciona positivamente con la escala general del HADs: los padres con una peor actitud hacia la enfermedad de sus hijas presentan puntuaciones más elevadas en la escala total del instrumento HADs.

En el grupo de las madres no encontramos relaciones significativas con las puntuaciones de la escala de depresión ni la de ansiedad (ver tabla 53).

2.4. Relación entre la EE y grado de impacto de los síntomas de TCA.

Análisis de la relación con las subescalas.

2.4.1. Análisis de la relación entre la EE e impacto de los síntomas.

Encontramos la tendencia general de las familias con una alta EE a presentar mayores puntuaciones de las subescalas del EDSIS, y por lo tanto, a expresar un mayor impacto de la enfermedad de las hijas que los familiares con baja EE.

Si analizamos las relaciones entre EE y escalas del EDSIS observamos relaciones directas y estadísticamente significativas entre EE y las escalas de “culpabilidad” ($p=0,007$), de “disregulación comportamental” ($p<0,000$) y de la escala total del EDSIS ($p<0,000$).

En el caso de las madres encontramos relaciones significativas entre EE y la variable “disregulación comportamental” ($p=0,001$) y de la EE con la escala general del EDSIS ($p=0,011$): en el grupo de madres con una alta EE existe un mayor impacto del comportamiento de las hijas enfermas que en las madres con baja EE. También el grupo de padres con una elevada EE presentan mayores puntuaciones en la subescala “disregulación comportamental” ($p=0,004$) y de la escala total ($p=0,004$), siendo estas relaciones también significativas. En los padres también vemos que los que presentan alta EE muestran mayores sentimientos de culpabilidad que los que presentan una baja EE, siendo las relaciones casi significativas ($p=0,017$). Podemos ver estos resultados en la tabla 54.

Tabla 54. Relación entre niveles de EE y subescalas del EDSIS por género de los familiares.

	EE Padres	N	Media	DE	z	p
Aislamiento S.	ALTA EE	10	4,00	2,49	-1,391	0,164
	BAJA EE	12	2,67	1,49		
Culpabilidad	ALTA EE	10	11,60	3,68	-2,384	0,017
	BAJA EE	12	7,17	4,36		
Nutrición	ALTA EE	10	18,10	5,60	-1,057	0,290
	BAJA EE	12	14,50	8,28		
Disregulación C.	ALTA EE	10	8,70	6,58	-2,855	0,004
	BAJA EE	12	3,00	3,83		
EDSIS Total	ALTA EE	10	42,40	9,62	-2,841	0,004
	BAJA EE	12	27,33	12,13		
	EE Madres	N	Media	DE	z	P
Aislamiento S.	ALTA EE	15	6,00	2,56	-0,395	0,693
	BAJA EE	13	6,23	3,11		
Culpabilidad	ALTA EE	15	12,20	4,10	-1,340	0,180
	BAJA EE	13	9,38	5,18		
Nutrición	ALTA EE	15	20,00	7,04	-0,577	0,564
	BAJA EE	13	17,77	8,89		
Disregulación C.	ALTA EE	15	11,67	5,87	-3,210	0,001
	BAJA EE	13	4,08	3,54		
EDSIS Total	ALTA EE	15	49,87	12,14	-2,490	0,011
	BAJA EE	13	37,46	11,81		

2.4.2. Análisis de la relación entre las subescalas e impacto de los síntomas.

2.4.2.1. Comentarios críticos y sobreimplicación.

Como podemos observar en la tabla 55, existe una fuerte tendencia a que tanto los padres como las madres altamente críticos con sus hijas presenten mayores puntuaciones en la escala “disregulación del comportamiento”: los familiares más críticos manifiestan recibir un mayor impacto del comportamiento de las hijas enfermas sobre sus vidas.

Observamos la tendencia de que los padres altamente críticos se muestren más culpables con la enfermedad de sus hijas y presenten mayores puntuaciones en la escala total del EDSIS que los padres de bajo CC (ver tabla 55).

Tabla 55. Relación entre niveles de CC y subescalas del EDSIS por género de familiares.

	CC Padres	N	Media	DE	Z	p
Aislamiento S.	AltoCC	10	3,50	2,55	-,271	0,786
	BajoCC	12	3,08	1,67		
Culpabilidad	AltoCC	10	11,70	3,77	-2,450	0,014
	BajoCC	12	7,08	4,20		
Nutrición	AltoCC	10	17,60	4,55	-,925	0,355
	BajoCC	12	14,92	8,95		
Disregulación C.	AltoCC	10	8,20	6,82	-2,519	0,012
	BajoCC	12	3,42	4,10		
EDSIS Total	AltoCC	10	41,00	7,98	-2,511	0,012
	BajoCC	12	28,50	14,35		
	CC Madres	N	Media	DE	Z	p
Aislamiento S.	AltoCC	10	5,10	3,03	-1,474	0,141
	BajoCC	18	6,67	2,54		
Culpabilidad	AltoCC	10	11,40	5,81	-,553	0,580
	BajoCC	18	10,61	4,24		
Nutrición	AltoCC	10	14,20	3,17	-1,040	0,070
	BajoCC	18	16,61	2,12		
Disregulación C.	AltoCC	10	12,00	7,18	-2,139	0,032
	BajoCC	18	6,00	4,47		
EDSIS Total	AltoCC	10	42,70	17,69	-,312	0,755
	BajoCC	18	44,89	10,74		

Tanto en padres como en madres altamente sobreimplicados encontramos la tendencia general a presentar mayores puntuaciones en todas las subescalas del EDSIS que las que presentan bajas puntuaciones en SIE.

En los padres se dan relaciones significativas entre niveles de SIE y puntuaciones de la subescala “disregulación del comportamiento” ($p=0,005$) y de la subescala culpabilidad ($p=0,001$): Los padres con mayores niveles de SIE se perciben recibiendo un mayor impacto del comportamiento de las hijas y con mayores sentimientos de culpabilidad. Tanto en padres como en madres también observamos una relación significativa entre los niveles de SIE y la escala total del EDSIS: aquellos padres y madres menos sobreimplicados presentan mayores puntuaciones en la escala total del EDSIS (ver tabla 56).

Tabla 56. Relación entre niveles de SIE y subescalas del EDSIS por género de familiares.

SIE Padres		N	Media	DE	Z	p
Aislamiento S.	AltaSIE	8	4,13	2,588	-1,088	0,276
	BajaSIE	14	2,79	1,626		
Culpabilidad	AltaSIE	8	13,13	2,642	-3,222	0,001
	BajaSIE	14	6,93	3,872		
Nutrición	AltaSIE	8	18,63	6,675	-,992	0,321
	BajaSIE	14	14,71	7,436		
Disregulación C.	AltaSIE	8	9,75	6,798	-2,816	0,005
	BajaSIE	14	3,21	3,806		
EDSIS Total	AltaSIE	8	45,63	8,434	-3,454	0,001
	BajaSIE	14	27,64	10,91		
SIE Madres		N	Media	DE	Z	p
Aislamiento S.	AltaSIE	18	6,56	2,572	-1,160	0,246
	BajaSIE	10	5,30	3,093		
Culpabilidad	AltaSIE	18	11,78	4,305	-1,155	0,248
	BajaSIE	10	9,30	5,376		
Nutrición	AltaSIE	18	21,11	7,226	-1,825	0,068
	BajaSIE	10	15,10	7,880		
Disregulación C.	AltaSIE	18	9,61	6,643	-1,611	0,107
	BajaSIE	10	5,50	4,428		
EDSIS Total	AltaSIE	18	49,06	11,91	-2,544	0,011
	BajaSIE	10	35,20	11,37		

2.4.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.

Centrándonos en las subescalas del LEE, se observan algunas relaciones significativas entre estas y algunas subescalas del EDSIS que podemos ver en la tabla 57. Los familiares más intrusivos con sus hijas ($p=0,005$), que presentan menor tolerancia a la enfermedad ($p=0,007$) y una peor actitud hacia la enfermedad ($p<0,000$), son los que presentan mayores puntuaciones en la subescala “disregulación comportamental” del EDSIS.

Si tenemos en cuenta la puntuación total del EDSIS, los familiares que reciben un mayor impacto del comportamiento debido la enfermedad de sus hijas son los que presentan altas puntuaciones en la subescala de actitud hacia la enfermedad ($p<0,000$) y la de tolerancia y afrontamiento ($p=0,018$), es decir que los que tienen una peor actitud hacia la enfermedad y una menor tolerancia y capacidad de afrontamiento a la misma sufren un mayor impacto del comportamiento de sus hijas sobre sus vidas.

Aquellos familiares que presentan mayores sentimientos de culpabilidad por la enfermedad de las hijas presentan una peor actitud hacia la enfermedad ($p=0,002$) y una peor tolerancia y afrontamiento al TCA de las hijas ($p=0,018$). Aquellos familiares que se muestran más preocupados por el daño sobre la salud física de sus hijas (presentando mayores puntuaciones en la escala “nutrición”), presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas ($p=0,017$). Podemos ver estos resultados en la tabla 57.

Tabla 57. Relaciones entre las subescalas del LEE y las subescalas del EDSIS.

	Intrusismo	Hostilidad	Actitud Enferm.	Tolerancia/Afr.
Aislamiento S.	P=0,100, $p=0,489$	P=-0,125, $p=0,386$	P=0,096, $p=0,506$	P=0,018, $p=0,902$
Culpabilidad	P=0,234, $p=0,101$	P=0,182, $p=0,206$	P=0,435, $p=0,002$	P=0,332, $p=0,018$
Nutrición	P=-0,125, $p=0,386$	P=0,006, $p=0,970$	P=0,336, $p=0,017$	P=0,094, $p=0,518$
Disregulación C.	P=0,389, $p=0,005$	P=0,160, $p=0,266$	P=0,623, $p=0,000$	P=0,376, $p=0,007$
EDSIS total	P=0,200, $p=0,164$	P=0,108, $p=0,454$	P=0,620, $p=0,000$	P=0,330, $p=0,018$

En la tabla 58 podemos ver los resultados referentes a la relación entre las subescalas del EDSIS y las subescalas del LEE por género de familiares.

Observamos que existen algunas relaciones significativas entre diferentes variables: los padres que se perciben como más intrusivos muestran mayores sentimientos de culpabilidad ($p=0,007$), presentan un mayor impacto de la conducta de las hijas enfermas ($p=0,002$) y observamos la tendencia a presentar mayores puntuaciones de la escala EDSIS total ($p=0,018$). Por otra parte, en los padres con una peor actitud hacia la enfermedad, vemos la tendencia de mostrar mayores sentimientos de culpabilidad ($p=0,011$) y una mayor preocupación por las hijas en relación a los aspectos relacionados con el miedo referente al daño sobre la salud física ($p=0,048$).

Observamos relaciones significativas entre los padres con una peor actitud hacia la enfermedad, presentando un mayor impacto de las conductas de las hijas enfermas ($p=0,002$) y mayores puntuaciones de la escala EDSIS total ($p<0,000$).

Tabla 58. Relaciones entre las subescalas del LEE y las subescalas del EDSIS por género de familiares.

Género Familiar	Escala LEE		Aislamiento Social	Culpabilidad	Nutrición	Disregul. Comport.	Edsis Total
Padre	I	P	0,321	0,558	-0,033	0,617	0,499
		p	0,145	0,007	0,884	0,002	0,018
		N	22	22	22	22	22
	H	P	-0,158	0,227	0,077	0,228	0,197
		p	0,481	0,310	0,734	0,307	0,380
		N	22	22	22	22	22
	ATI	P	0,303	0,530	0,425	0,633	0,745
		p	0,170	0,011	0,048	0,002	0,000
		N	22	22	22	22	22
	T/A	P	0,076	0,333	0,134	0,404	0,380
		p	0,736	0,130	0,551	0,062	0,081
		N	22	22	22	22	22
Madre	I	P	-0,029	-0,021	-0,207	0,218	-0,035
		p	0,882	0,917	0,290	0,264	0,861
		N	28	28	28	28	28
	H	P	0,102	0,257	0,004	0,215	0,216
		p	0,605	0,186	0,982	0,271	0,270
		N	28	28	28	28	28
	ATI	P	0,051	0,398	0,304	0,699	0,657
		p	0,798	0,036	0,115	0,000	0,000
		N	28	28	28	28	28
	T/A	P	0,042	0,377	0,083	0,403	0,380
		p	0,830	0,048	0,673	0,033	0,046
		N	28	28	28	28	28

En las madres, observamos que existe una tendencia fuerte a que las que presentan mayores sentimientos de culpabilidad muestren una peor actitud hacia la enfermedad de sus hijas ($p=0,036$) y peores estrategias de tolerancia y afrontamiento de la enfermedad ($p=0,048$). Observamos relaciones significativas entre las madres que presentan altas puntuaciones en la escala “actitud hacia la enfermedad” en relación a las variable “disregulación del comportamiento” ($p=0,000$) y las puntuaciones totales del EDSIS ($p<0,000$).

Existe la tendencia a encontrar mayores puntuaciones en la escala “disregulación del comportamiento” ($p=0,033$) y mayores puntuaciones de la escala total del EDSIS ($p=0,046$) en las madres que presentan peores estrategias de tolerancia y afrontamiento de la enfermedad (ver tabla 58). Delante de estos resultados podemos decir que las madres con una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas y peores estrategias de tolerancia y afrontamiento, se ven más impactadas por el comportamiento de las mismas y de la enfermedad.

2.1. Relación entre la EE y la patología alimentaria de los pacientes. Análisis de la relación con las subescalas.

2.5.1. Análisis de la relación entre la EE y la patología alimentaria de los pacientes.

Únicamente encontramos una tendencia fuerte a que los familiares con alta EE presenten hijas con mayores puntuaciones en la subescala “Ascetismo” ($p=0,032$). Si observamos las medias y desviaciones típicas, vemos que en las familias que presentan una alta EE, las pacientes presentan más síntomas bulímicos, mayor ineficacia e impulsividad (ver tabla 59).

Tabla 59. Relación entre la patología alimentaria de las pacientes y la EE familiar.

	Alta EE Media (DE)	Baja EE Media (DE)	Z	p
Obsesión Delgadez	16,40(4,04)	16,48 (3,35)	-0,22	0,822
Bulimia	5,24 (5,05)	3,72 (4,06)	-1'03	0,303
Insatisfacción Corporal	14,36(6,62)	15,32 (4,10)	-0,31	0,755
Ineficacia	8,08(5,16)	9,68 (5,46)	-0,95	0,339
Perfeccionismo	5,72(4,50)	6,52 (4,31)	-0,67	0,500
Desconfianza Int.	6,76(3,66)	6,80 (3,22)	-0,01	0,984
Cons. Interoceptiva	11,68(5,31)	10,92 (4,16)	-0,31	0,755
Miedo Madurez	8,92(5,27)	9,36 (4,16)	-0,60	0,545
Ascetismo	6,00(3,17)	7,96 (2,54)	-2,13	0,032
Impulsividad	7,12(4,391)	5,92 (3,947)	-0,91	0,360
Inseguridad Social	7,88(3,02)	8,00 (3,476)	-0,21	0,830

Si analizamos las relaciones entre niveles de EE por género de familiares, en ninguna de las subescalas del EDI-2 encontramos relaciones estadísticamente significativas entre padres y madres (ver tablas 60 y 61).

Tabla 60. Relación entre niveles de EE y subescalas del EDI-2 en los padres.

	EE	N	Media	DE	Z	p
Padres						
Obsesión Delgadez	ALTA EE	10	15,70	4,715	-,366	0,714
	BAJA EE	12	16,58	4,274		
Bulimia	ALTA EE	10	3,90	4,701	,000	1,000
	BAJA EE	12	3,50	3,966		
Insatisfacción Corporal	ALTA EE	10	14,70	5,755	-,132	0,895
	BAJA EE	12	15,08	3,801		
Ineficacia	ALTA EE	10	7,60	6,186	-,894	0,371
	BAJA EE	12	9,67	4,658		
Perfeccionismo	ALTA EE	10	6,40	5,232	-,100	0,921
	BAJA EE	12	6,08	4,188		
Desconfianza Int.	ALTA EE	10	7,00	3,590	-,066	0,947
	BAJA EE	12	7,17	3,433		
Cons. Interoceptiva	ALTA EE	10	11,40	5,758	-,033	0,974
	BAJA EE	12	11,08	4,358		
Miedo Madurez	ALTA EE	10	10,10	5,486	-,365	0,715
	BAJA EE	12	8,83	4,345		
Ascetismo	ALTA EE	10	6,40	2,875	-1,297	0,195
	BAJA EE	12	8,08	2,712		
Impulsividad	ALTA EE	10	6,90	4,306	-,761	0,447
	BAJA EE	12	5,42	3,988		
Inseguridad Social	ALTA EE	10	7,50	2,415	-,497	0,619
	BAJA EE	12	8,25	3,621		

Tabla 61. Relación entre niveles de EE y subescalas del EDI-2 en las madres.

	EE	N	Media	DE	Z	p
Madres						
Obsesión Delgadez	ALTA EE	15	16,87	3,623	-0,723	0,470
	BAJA EE	13	16,38	2,399		
Bulimia	ALTA EE	15	6,13	5,235	-1,231	0,218
	BAJA EE	13	3,92	4,310		
Insatisfacción Corporal	ALTA EE	15	14,13	7,328	-0,462	0,644
	BAJA EE	13	15,54	4,502		
Ineficacia	ALTA EE	15	8,40	4,564	-0,416	0,677
	BAJA EE	13	9,69	6,303		
Perfeccionismo	ALTA EE	15	5,27	4,079	-1,021	0,307
	BAJA EE	13	6,92	4,555		
Desconfianza Int.	ALTA EE	15	6,60	3,832	-0,069	0,945
	BAJA EE	13	6,46	3,126		
Cons. Interoceptiva	ALTA EE	15	11,87	5,194	-0,417	0,677
	BAJA EE	13	10,77	4,146		
Miedo Madurez	ALTA EE	15	8,13	5,167	-1,277	0,202
	BAJA EE	13	9,85	4,100		
Ascetismo	ALTA EE	15	5,73	3,432	-1,668	0,095
	BAJA EE	13	7,85	2,478		
Impulsividad	ALTA EE	15	7,27	4,590	-0,485	0,628
	BAJA EE	13	6,38	4,011		
Inseguridad Social	ALTA EE	15	8,13	3,420	-0,139	0,890
	BAJA EE	13	7,77	3,468		

2.5.2. Análisis de la relación entre las subescalas y la patología alimentaria de los pacientes.

2.5.2.1. Comentarios críticos y sobreimplicación.

Si observamos con mayor detalle lo que sucede con cada una de las subescalas de la EE, podemos ver que existe una tendencia fuerte a que en el grupo de madres más críticas, los niveles de impulsividad de las hijas sean mayores ($p=0,018$).

No existen relaciones significativas entre las demás subescalas del EDI-2 y CC, ni para el grupo de padres ni para el de madres.

Tabla 62. Relación entre niveles de CC y subescalas del EDI-2. Diferencias entre padres y madres.

	CC Madres	N	Media	DE	CC Padres	N	Media	DE
Obsesión Delgadez	AltoCC	10	17,10	3,843	AltoCC	10	16,40	4,949
	BajoCC	18	16,39	2,638	BajoCC	12	16,00	4,090
Bulimia	AltoCC	10	5,10	5,567	AltoCC	10	4,10	4,557
	BajoCC	18	5,11	4,613	BajoCC	12	3,33	4,075
Insatisfacción Corporal	AltoCC	10	15,80	5,827	AltoCC	10	14,50	5,817
	BajoCC	18	14,22	6,358	BajoCC	12	15,25	3,696
Ineficacia	AltoCC	10	8,60	5,461	AltoCC	10	8,10	5,877
	BajoCC	18	9,22	5,472	BajoCC	12	9,25	5,119
Perfeccionismo	AltoCC	10	6,20	5,371	AltoCC	10	6,00	4,522
	BajoCC	18	5,94	3,765	BajoCC	12	6,42	4,814
Desconfianza Int.	AltoCC	10	7,00	4,000	AltoCC	10	7,80	3,490
	BajoCC	18	6,28	3,214	BajoCC	12	6,50	3,398
Cons. Interoceptiva	AltoCC	10	12,00	5,477	AltoCC	10	13,00	5,375
	BajoCC	18	11,00	4,311	BajoCC	12	9,75	4,159
Miedo Madurez	AltoCC	10	8,50	4,428	AltoCC	10	10,40	5,502
	BajoCC	18	9,17	4,950	BajoCC	12	8,58	4,231
Ascetismo	AltoCC	10	6,50	3,342	AltoCC	10	6,70	3,093
	BajoCC	18	6,83	3,148	BajoCC	12	7,83	2,657
Impulsividad	AltoCC	10	9,40	3,978	AltoCC	10	7,20	4,185
	BajoCC	18	5,44	3,838	BajoCC	12	5,17	3,973
Inseguridad Social	AltoCC	10	8,10	3,900	AltoCC	10	8,40	2,221
	BajoCC	18	7,89	3,179	BajoCC	12	7,50	3,705

Si nos centramos en la SIE, en ambos géneros de familiares no se encuentra ninguna relación entre sobreimplicación emocional y la patología alimentaria presente en las hijas.

Tabla 63. Relación entre niveles de SIE y subescalas del EDI-2. Diferencias entre género de los familiares.

	SIE Madres	N	Media	DE	SIE Padres	N	Media	DE
Obsesión	AltaSIE	18	16,89	2,784	AltaSIE	8	16,75	4,590
Delgadez	BajaSIE	10	16,20	3,645	BajaSIE	14	15,86	4,418
Bulimia	AltaSIE	18	5,39	5,181	AltaSIE	8	5,00	4,690
	BajaSIE	10	4,60	4,477	BajaSIE	14	2,93	3,892
Insatisfacción Corporal	AltaSIE	18	15,06	6,458	AltaSIE	8	14,00	6,047
	BajaSIE	10	14,30	5,736	BajaSIE	14	15,43	3,837
Ineficacia	AltaSIE	18	8,67	4,826	AltaSIE	8	8,88	6,105
	BajaSIE	10	9,60	6,484	BajaSIE	14	8,64	5,153
Perfeccionismo	AltaSIE	18	5,56	4,062	AltaSIE	8	6,25	5,825
	BajaSIE	10	6,90	4,818	BajaSIE	14	6,21	3,945
Desconfianza Int.	AltaSIE	18	6,33	3,447	AltaSIE	8	8,38	3,739
	BajaSIE	10	6,90	3,635	BajaSIE	14	6,36	3,128
Cons. Interoceptiva	AltaSIE	18	11,67	4,875	AltaSIE	8	13,38	6,368
	BajaSIE	10	10,80	4,517	BajaSIE	14	10,00	3,573
Miedo Madurez	AltaSIE	18	9,72	5,166	AltaSIE	8	9,50	4,000
	BajaSIE	10	7,50	3,504	BajaSIE	14	9,36	5,372
Ascetismo	AltaSIE	18	6,67	3,498	AltaSIE	8	6,13	2,997
	BajaSIE	10	6,80	2,616	BajaSIE	14	8,00	2,631
Impulsividad	AltaSIE	18	6,72	4,403	AltaSIE	8	7,38	4,241
	BajaSIE	10	7,10	4,254	BajaSIE	14	5,36	3,992
Inseguridad Social	AltaSIE	18	7,89	3,496	AltaSIE	8	8,50	2,828
	BajaSIE	10	8,10	3,348	BajaSIE	14	7,57	3,275

2.5.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.

Podemos observar en la tabla 64, que existe una relación directa y significativa entre los niveles de tolerancia y afrontamiento de los familiares y la sintomatología bulímica de las hijas: en el grupo de familiares con una peor tolerancia y capacidad de afrontamiento, la sintomatología bulímica de las hijas es mayor ($p=0,008$).

También encontramos una relación inversa y casi significativa entre la subescala “ascetismo” del EDI-2 y la actitud hacia la enfermedad de los familiares ($p=0,017$). Las pacientes que puntúan alto en esta escala, presentan familiares con una mejor actitud hacia la enfermedad.

Tabla 64. Relaciones entre la patología alimentaria de las pacientes y las subescalas del LEE.

	I	H	ATI	T/A
Obsesión Delgadez	P=0,121, p=0,402	P=0,081, p=0,575	P=-0,074, p=0,612	P=0,176, p=0,223
Bulimia	P=-0,160, p=0,268	P=0,120, p=0,407	P=-0,050, p=0,729	P=0,373, p=0,008
Insatisfacción Corporal.	P=0,156, p=0,279	P=0,102, p=0,480	P=-0,110, p=0,448	P=-0,024, p=0,868
Ineficacia	P=-0,139, p=0,336	P=-0,097, p=0,502	P=-0,160, p=0,268	P=-0,172, p=0,233
Perfeccionismo	P=0,107, p=0,460	P=0,082, p=0,571	P=-0,079, p=0,588	P=0,058, p=0,691
Desconfianza Int.	P=0,151, p=0,295	P=-0,035, p=0,807	P=-0,109, p=0,449	P=0,008, p=0,957
Cons. Interoceptiva	P=0,044, p=0,761	P=0,072, p=0,619	P=-0,044, p=0,759	P=0,035, p=0,812
Miedo Madurez	P=0,129, p=0,373	P=-0,048, p=0,738	P=-0,074, p=0,610	P=-0,188, p=0,190
Ascetismo	P=-0,154, p=0,286	P=0,024, p=0,867	P=-0,337, p=0,017	P=-0,113, p=0,436
Impulsividad	P=0,043, p=0,765	P=-0,033, p=0,820	P=0,205, p=0,154	P=0,000, p=0,999
Inseguridad Social	P=0,098, p=0,500	P=-0,025, p=0,865	P=-0,084, p=0,563	P=-0,207, p=0,148

En las tablas 65 y 66 podemos ver los resultados referentes a las relaciones entre la patología alimentaria de las pacientes y las subescalas del LEE por género de los familiares. Encontramos la tendencia a que en los padres más hostiles, las hijas presentan una mayor insatisfacción corporal ($p=0,045$).

Tabla 65. Relaciones entre la patología alimentaria de las pacientes y las subescalas del LEE en los padres.

Padres		I	H	ATI	T/A
Obsesión Delgadez	P	0,094	0,224	0,069	0,342
	p	0,678	0,315	0,760	0,119
	N	22	22	22	22
Bulimia	P	-0,191	0,038	-0,226	0,250
	p	0,394	0,867	0,312	0,261
	N	22	22	22	22
Insatisfacción Corporal	P	0,253	0,431	0,170	0,237
	p	0,256	0,045	0,448	0,288
	N	22	22	22	22
Ineficacia	P	-0,350	-0,270	-0,264	-0,118
	p	0,110	0,224	0,236	0,601
	N	22	22	22	22
Perfeccionismo	P	0,232	0,145	0,218	0,072
	p	0,299	0,519	0,329	0,752
	N	22	22	22	22
Desconfianza Int.	P	0,017	-0,143	-0,116	0,014
	p	0,939	0,526	0,608	0,952
	N	22	22	22	22
Cons. Interoceptiva	P	-0,210	-0,054	-0,052	0,204
	p	0,349	0,812	0,819	0,362
	N	22	22	22	22
Miedo Madurez	P	0,311	0,064	0,143	-0,027
	p	0,159	0,778	0,525	0,906
	N	22	22	22	22
Ascetismo	P	-0,324	0,098	-0,247	-0,209
	p	0,142	0,665	0,268	0,350
	N	22	22	22	22
Impulsividad	P	-0,217	-0,094	0,229	0,248
	p	0,333	0,678	0,306	0,266
	N	22	22	22	22
Inseguridad Social	P	-0,146	-0,118	-0,222	-0,211
	p	0,518	0,601	0,320	0,346
	N	22	22	22	22

En el grupo de las madres encontramos relaciones significativas entre las escalas de bulimia del EDI-2 y la subescala del LEE “tolerancia y afrontamiento”: aquellas hijas con mayores puntuaciones en las escalas de bulimia tienen madres con peor capacidad de tolerancia y afrontamiento a la enfermedad de las hijas. También encontramos tendencias fuertes a que en las hijas con mayores puntuaciones en la escala de “miedo a la madurez” tengan madres con mejor capacidad de tolerancia y afrontamiento a la enfermedad y aquellas hijas más perfeccionistas y con mayores puntuaciones de ascetismo, tengan madres con una mejor actitud hacia la enfermedad.

Tabla 66. Relaciones entre la patología alimentaria de las pacientes y las subescalas del LEE en las madres.

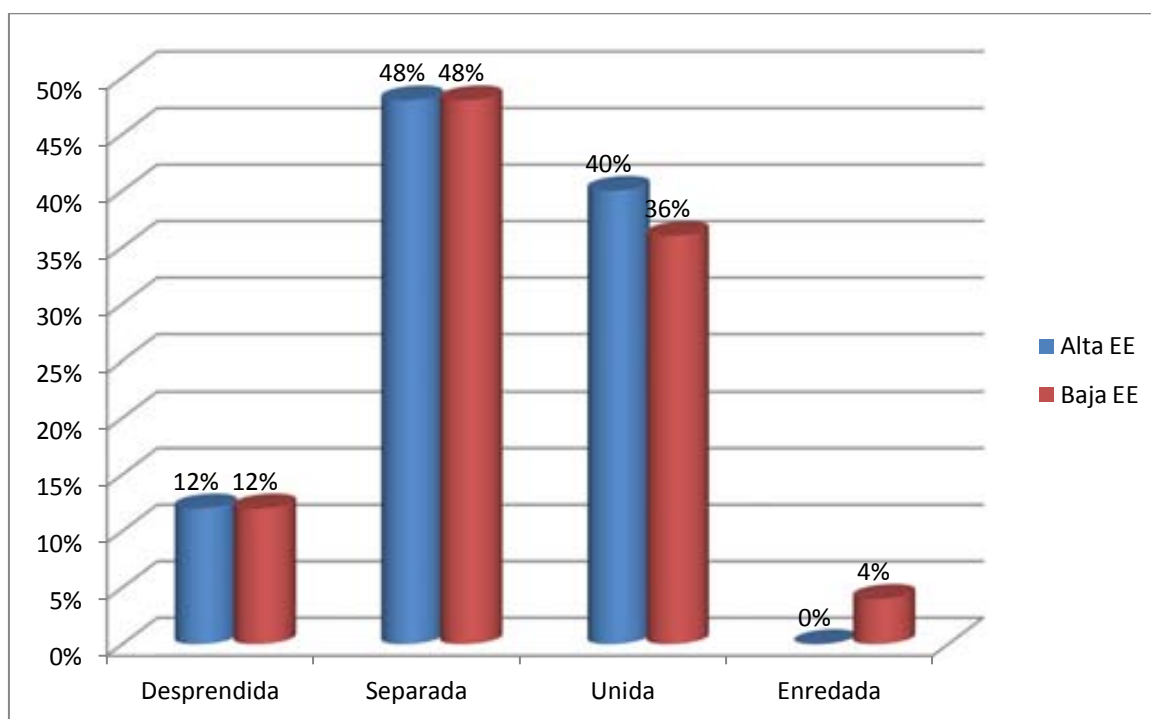
Madres		I	H	ATI	T/A
Obsesión Delgadez	P	0,154	-0,178	-0,279	-0,065
	p	0,435	0,366	0,151	0,741
	N	28	28	28	28
Bulimia	P	-0,148	0,337	0,131	0,533
	p	0,452	0,080	0,507	0,004
	N	28	28	28	28
Insatisfacción Corporal	P	0,099	-0,251	-0,347	-0,238
	p	0,617	0,197	0,070	0,223
	N	28	28	28	28
Ineficacia	P	0,034	0,159	-0,050	-0,230
	p	0,866	0,420	0,800	0,238
	N	28	28	28	28
Perfeccionismo	P	-0,002	-0,017	-0,419	0,041
	p	0,993	0,931	0,026	0,838
	N	28	28	28	28
Desconfianza Int.	P	0,264	0,074	-0,120	-0,008
	p	0,174	0,708	0,542	0,967
	N	28	28	28	28
Cons. Interoceptiva	P	0,263	0,290	-0,035	-0,151
	p	0,177	0,134	0,860	0,442
	N	28	28	28	28
Miedo Madurez	P	-0,023	-0,257	-0,321	-0,375
	p	0,909	0,186	0,096	0,049
	N	28	28	28	28
Ascetismo	P	-0,026	-0,121	-0,458	-0,038
	p	0,895	0,540	0,014	0,846
	N	28	28	28	28
Impulsividad	P	0,246	0,096	0,204	-0,240
	p	0,208	0,628	0,299	0,218
	N	28	28	28	28
Inseguridad Social	P	0,280	0,102	0,048	-0,212
	p	0,149	0,606	0,810	0,279
	N	28	28	28	28

2.6. Relación entre la EE y el funcionamiento familiar. Análisis de la relación con las subescalas.

2.6.1. Análisis de la relación entre la EE y el funcionamiento familiar (cohesión y adaptación).

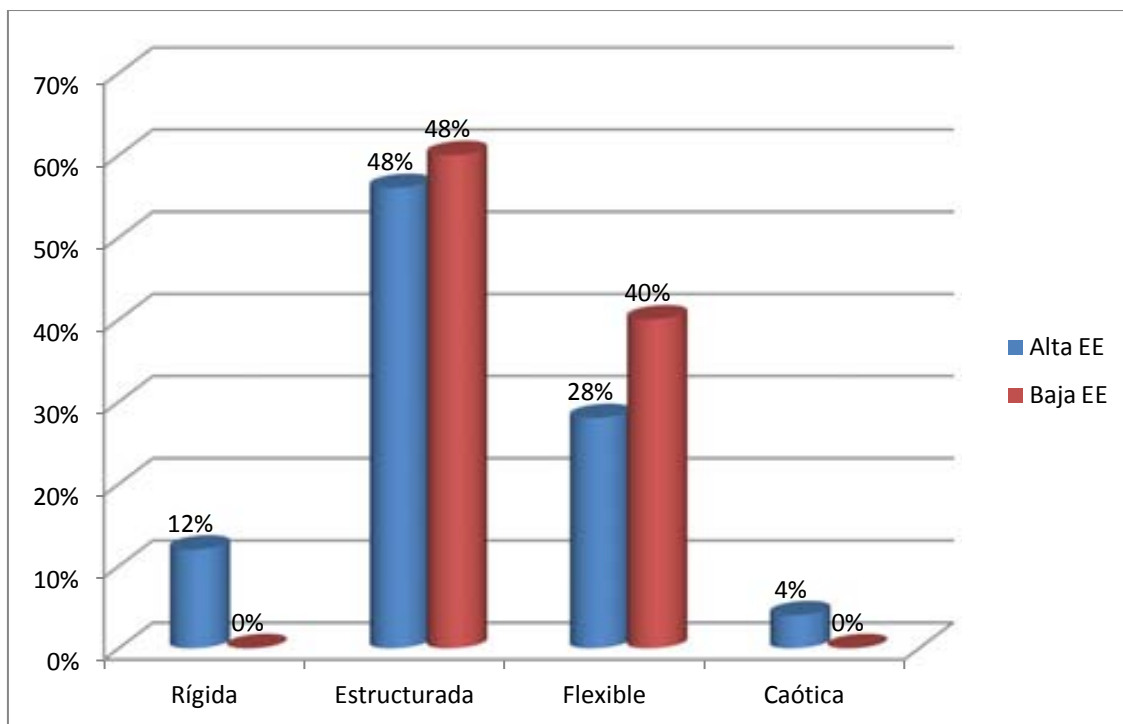
Podemos ver en la figura 24 como las distribuciones de los porcentajes de cohesión en las diferentes categorías son similares en ambos grupos de alta y baja EE, puesto que no existen diferencias significativas entre los dos grupos ($\chi^2=1,053$, $p=0,789$).

Figura 24. Relación entre niveles de cohesión familiar y alta y baja EE.



En relación a la subescala “adaptación” observamos similares porcentajes en los niveles de esta escala para las categorías de alta y baja EE, sin encontrar relaciones estadísticamente significativas ($\chi^2=0,564$, $p=0,267$).

Figura 25. Relación entre niveles de adaptación y alta y baja EE.



En relación a la tipología familiar (familias equilibradas o desequilibradas) tampoco se observan relaciones con la variable emoción expresada, ni para las madres ni para el grupo de padres (ver tabla 67.)

Tabla 67. Tipología de familia según alta o baja EE por género de familiares.

		EE Padres		Total	χ^2	p
		ALTA EE	BAJA EE			
Tipología	Equilibrada	8	10	18	0,041	0,840
	Desequilibrada	2	2	4		
Total		10	12	22		
		EE Madres		Total	χ^2	p
		ALTA EE	BAJA EE			
Tipología	Equilibrada	12	11	23	0,101	0,750
	Desequilibrada	3	2	5		
Total		15	13	28		

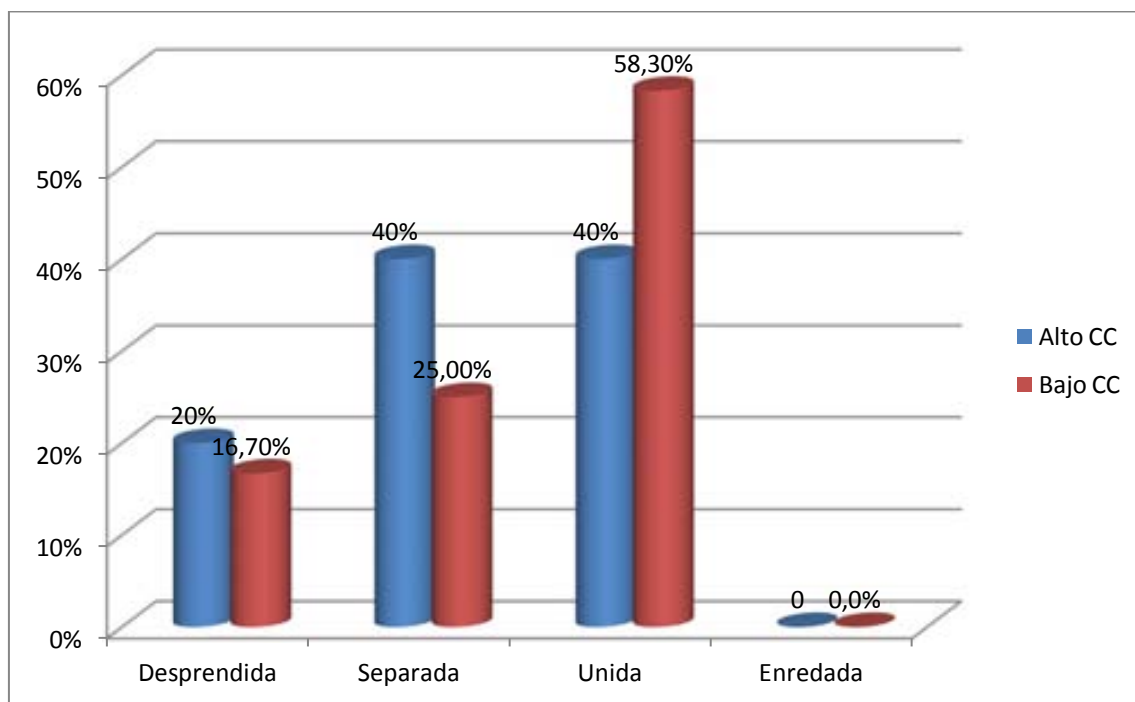
2.6.2. Análisis de la relación entre las subescalas y el funcionamiento familiar (cohesión y adaptación).

2.6.2.1. Comentarios críticos y sobreimplicación.

No aparece ningún dato que indique que existen diferencias significativas entre los niveles de CC de los familiares y las escalas del FACES III (adaptación y cohesión). Entre género de familiares, no observamos relaciones significativas entre niveles de cohesión familiar y niveles de cohesión familiar en los padres ($\chi^2=0,786$, $p=0,675$) ni en las madres ($\chi^2=2,379$, $p=0,498$).

Los padres con alto CC se distribuyen entre las categorías de cohesión percibiéndose como familias separadas (40%) y unidas (40%). El 20% de los padres con alto CC se perciben como familias desprendidas (ver figura 26).

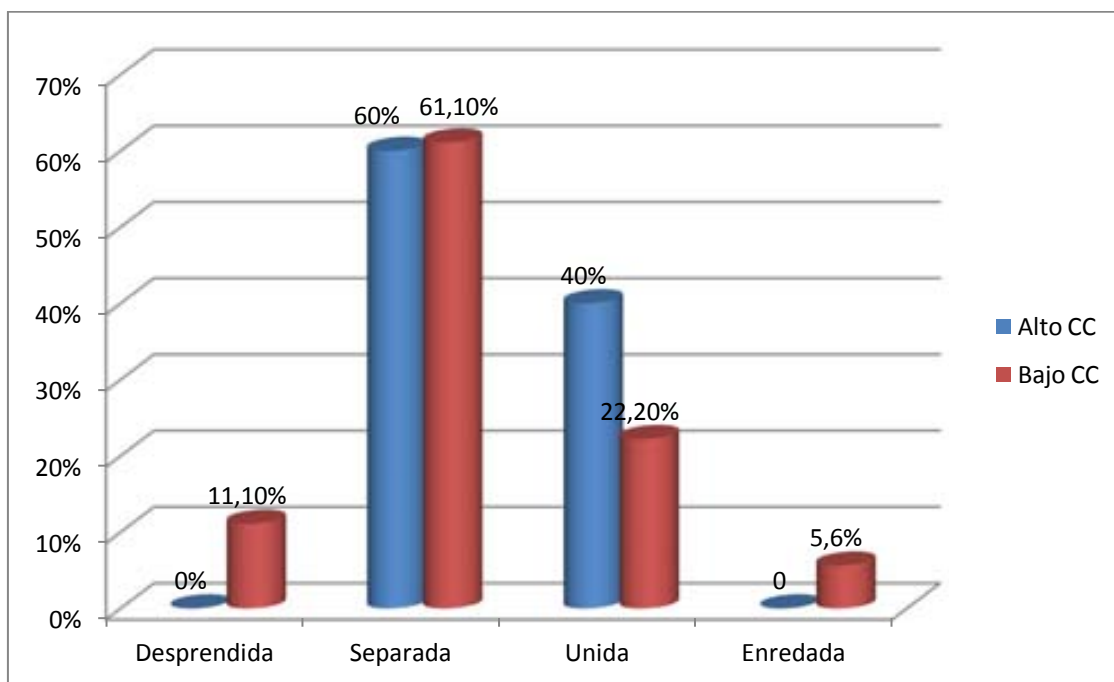
Figura 26. Relación entre niveles de cohesión y alto y bajo CC de los padres.



En relación a las categorías de cohesión familiar, el 60% y 40% de las madres con alto CC se perciben como familias separadas y unidas, respectivamente. Ninguna madre con alto CC se considera como familia extrema (desprendida o enredada).

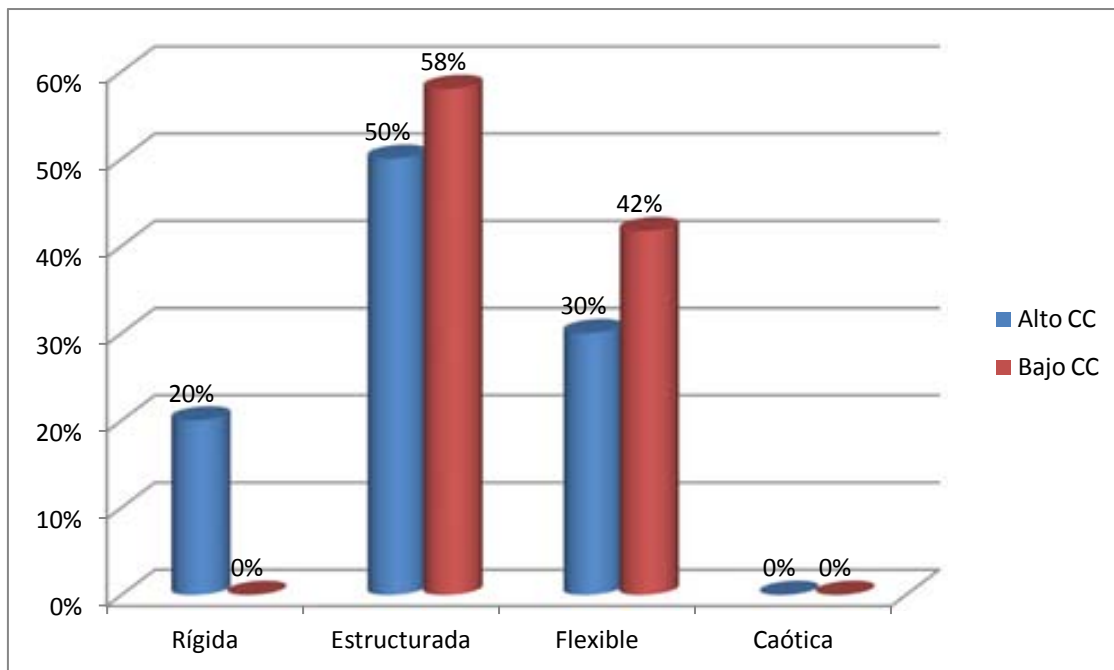
En la categoría de bajo CC, el 11,10% de las madres se perciben como familias desprendidas, el 5,6% como familias enredadas y el 61,10% y 22,20% de las madres se perciben como familias separadas y unidas, respectivamente. Podemos ver estos resultados en la figura 27.

Figura 27. Relación entre niveles de cohesión y alto y bajo CC de las madres.



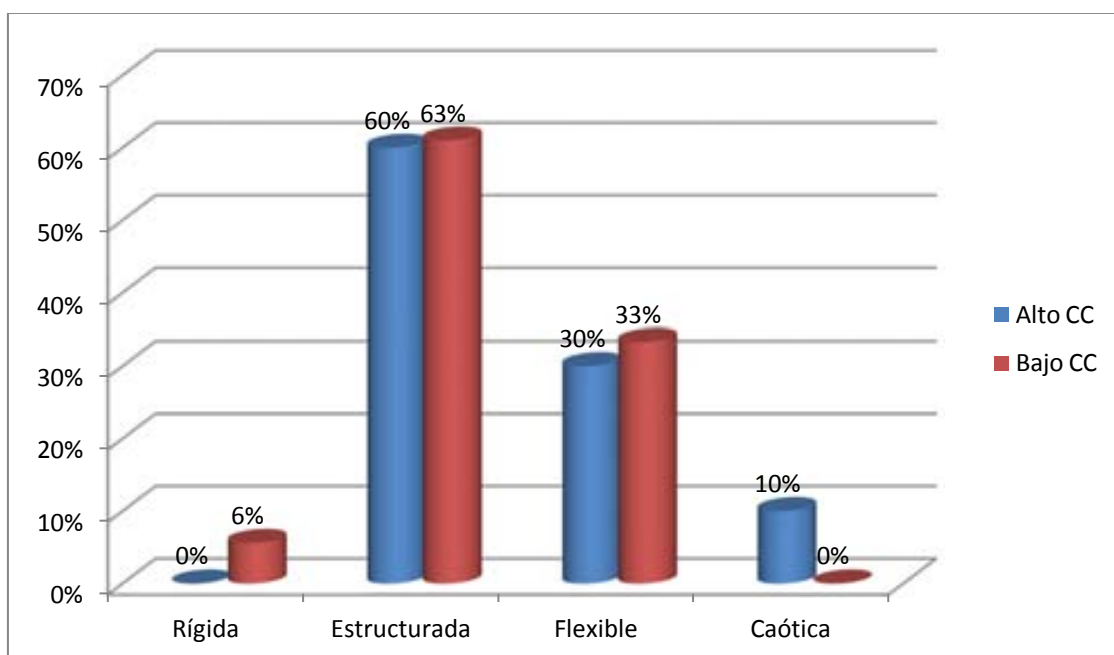
Si analizamos las relaciones entre los niveles de adaptación de los padres y alto y bajo CC, no encontramos diferencias significativas ($\chi^2=2,674$, $p=0,263$), la mayoría de los padres con alto y bajo CC se sitúan en las categorías de adaptación media (familias estructuradas y flexibles). En la categoría de alto CC observamos un 20% de padres que se perciben como pertenecientes a familias rígidas y el 50% y 30% se perciben como familias estructuradas y flexibles, respectivamente. No encontramos a ningún padre que se perciba como familia caótica en su nivel de adaptación. Podemos ver estos resultados en la figura 28.

Figura 28. Relación entre niveles de adaptación y alto y bajo CC de los padres.



En referencia a las madres tampoco se observan relaciones significativas entre niveles de adaptación y alto y bajo CC ($\chi^2=2,37$, $p=0,49$). Las madres altamente críticas se perciben mayoritariamente como familias estructuradas (60%) y flexibles (30%). Un 10% de ellas se perciben como familias caóticas. Podemos ver los resultados en la figura 29.

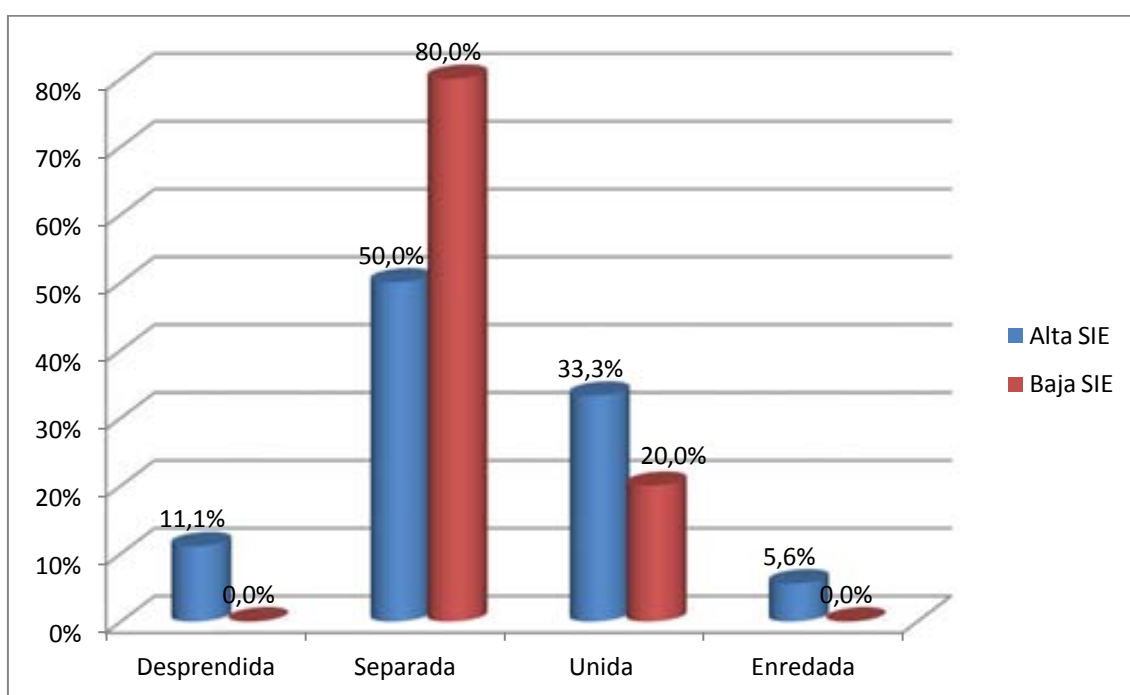
Figura 29. Relación entre niveles de adaptación familiar y alto y bajo CC de las madres.



Analizando la categoría “cohesión” del FACES III y la subescala SIE por género de familiares observamos que no existen relaciones estadísticamente significativas entre niveles de cohesión y alta y baja SIE, ni para los padres ($\chi^2=0,800$, $p= 0,670$) ni para las madres ($\chi^2=3,020$, $p=0,389$).

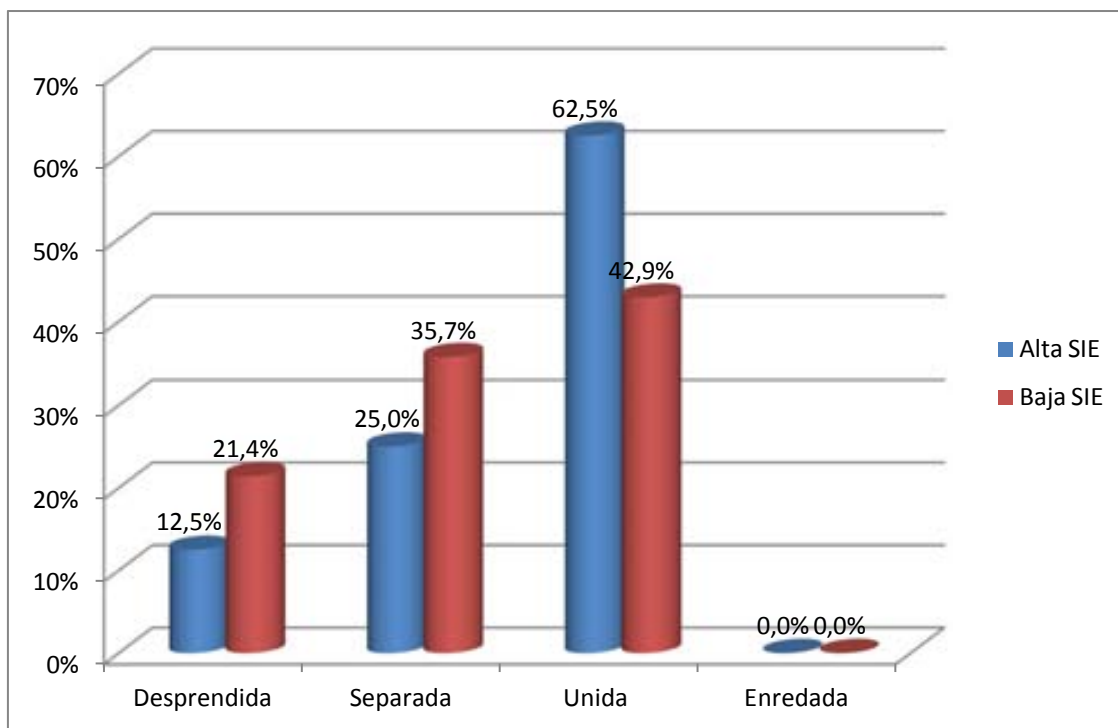
Observamos que los padres altamente sobreimplicados emocionalmente con las hijas se distribuyen en las categorías de cohesión en un 50% en la de familias separadas, el 33,3% se perciben como familias unidas y el 5,6% y 11,1% como familias enredadas, respectivamente (ver figura 30).

Figura 30. Relación entre niveles de cohesión familiar y alta y baja SIE de los padres.



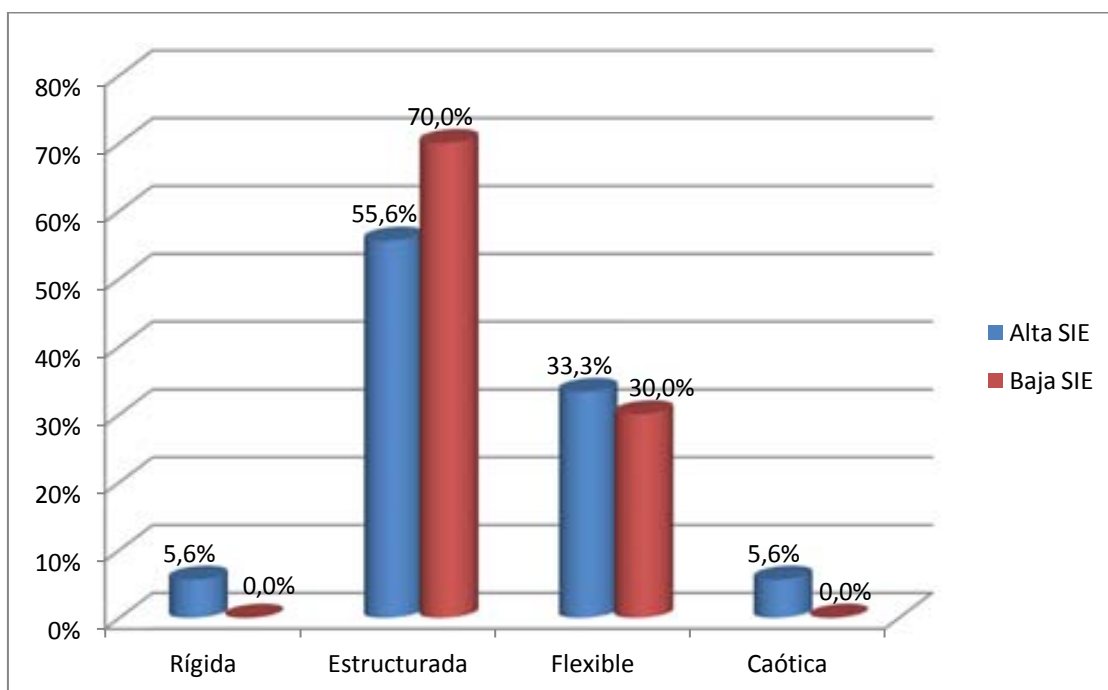
El 87,5% de madres con alta SIE presentan niveles de cohesión media (el 25% se perciben como familias separadas y el 62,5% como familias unidas). El resto se sitúan en la categoría de baja cohesión (el 12,5% de madres con alta SIE se perciben como familias desprendidas). Ninguna madre con elevada SIE presenta niveles de cohesión elevada (familia enredada). Podemos ver los resultados en la figura 31.

Figura 31. Relación entre niveles de cohesión familiar y alta y baja SIE de las madres.



Analizando estas relaciones por género de familiares, en referencia a la subescala “adaptación” del FACES III y SIE (ver figura 32), observamos que en la muestra de padres con alta SIE existe la tendencia a que presenten mayores niveles de adaptación que los padres con baja SIE ($\chi^2=0,615$ $p=0,045$).

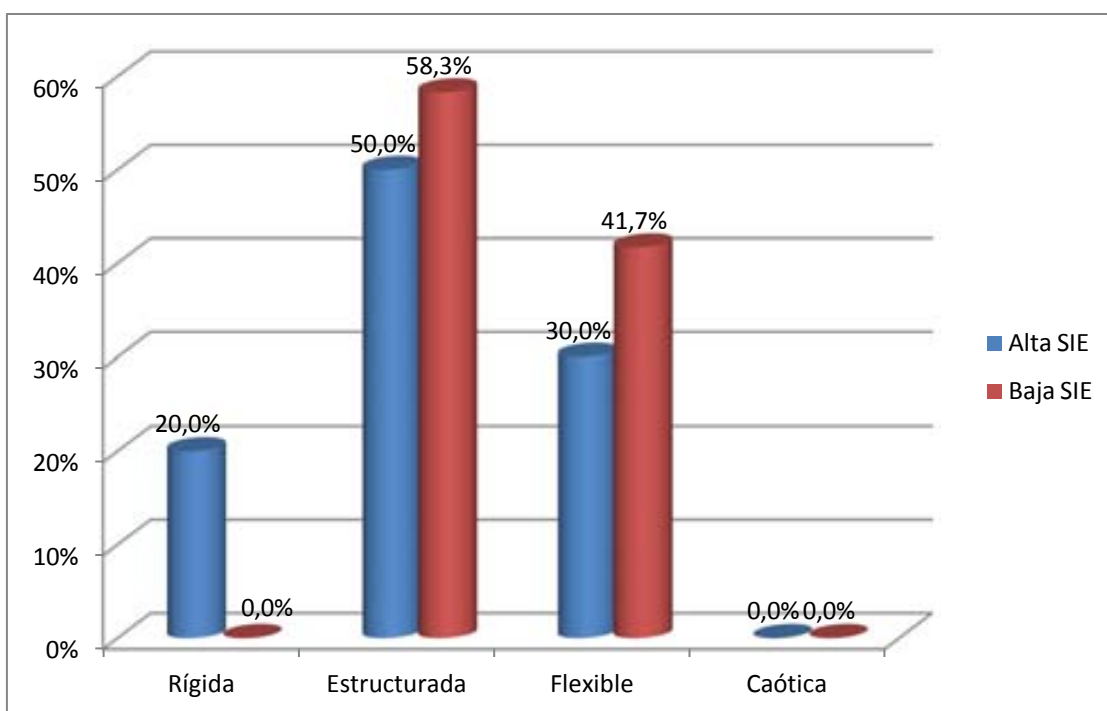
Figura 32. Relación entre niveles de adaptación familiar y alta y baja SIE de los padres.



La mayoría de los padres altamente sobreimplicados presentan valores medios de adaptación: el 33,3% se perciben como familias flexibles y el 55,6% como familias estructuradas. Solamente un 5,6% (n=1) de padres con elevada sobreimplicación se percibe como perteneciente a una familia rígida y otro 5,6% (n=1) se percibe como una familia caótica. El 70% de los padres con poca sobreimplicación se perciben como familias estructuradas y el 30% como familias flexibles.

En el caso de las madres con alta SIE, no encontramos relaciones significativas ($\chi^2=1,354$ p=0,716). El 20% de ellas presentan baja adaptación (familias rígidas), el 80% presentan adaptación media (50% estructurada y 30% flexible). Ninguna madre con alta EE pertenece a la categoría de alta adaptación o familia caótica (ver figura 33).

Figura 33. Relación entre niveles de adaptación familiar y alta y baja SIE de las madres.



Centrándonos en las tipologías familiares derivadas de la combinación de las subescalas del FACES III, no existen relaciones entre tipologías familiares entre padres y madres con alto y bajo CC ni con alta y baja SIE (ver tablas 68 y 69).

Tabla 68. Tipología de familia según alto o bajo CC por género de los familiares.

		CC Padres		Total	χ^2	p
		AltoCC	BajoCC			
Tipología	Equilibrada	7	11	18	1,721	0,190
	Desequilibrada	3	1	4		
Total		10	12	22		
		CC Madres		Total	χ^2	p
		AltoCC	BajoCC			
Tipología	Equilibrada	9	14	23	0,655	0,418
	Desequilibrada	1	4	5		
Total		10	18	28		

Observamos que el 90% de las madres con alto CC y el 77,8% de madres con baja CC se perciben como familias equilibradas y el 70% de los padres con alto CC y el 91,7% de los padres con bajo CC se perciben como familias equilibradas.

Tabla 69. Tipología de familia según alta o baja SIE por género de los familiares.

		SIE Padres		Total	χ^2	p
		AltaSIE	BajaSIE			
Tipología	Equilibrada	6	12	18	0,393	0,531
	Desequilibrada	2	2	4		
Total		8	14	22		
		SIE Madres		Total	χ^2	p
		AltaSIE	BajaSIE			
Tipología	Equilibrada	15	8	23	0,049	0,825
	Desequilibrada	3	2	5		
Total		18	10	28		

El 70% (n=6) y el 75% (n=12) de los padres con alta y baja SIE, respectivamente, pertenecen a la tipología de familia equilibrada. En las madres, el 83,4% (n=15) con alta SIE y el 80% (n=8) con baja SIE, se perciben como familias equilibradas (ver tabla 69.)

2.6.2.2. Actitudes hacia la enfermedad, Hostilidad, Tolerancia y afrontamiento e Intrusismo.

Como podemos observar en la tabla 70, únicamente encontramos la tendencia a que las familias más cohesionadas presenten menores niveles de hostilidad que las familias con bajos niveles de cohesión familiar ($p=0,047$).

Tabla 70. Relaciones entre subescalas del LEE y variables de funcionamiento familiar.

	I	H	ATI	T/A
Cohesión	P=0,091, p=0,530	P=-0,283, p=0,047	P=0,132, p=0,360	P=0,056, p=0,701
Adaptación	P=0,057, p=0,696	P=0,005, p=0,975	P=0,117, p=0,420	P=-0,072, p=0,618

Si analizamos estos resultados por género de familiares, no encontramos relaciones estadísticamente significativas entre las subescalas del LEE y variables de funcionamiento familiar tanto en los padres como en las madres (ver tabla 71).

Tabla 71. Relaciones entre subescalas del LEE y variables de funcionamiento familiar por género de los familiares.

Género Familiar			Cohesión	Adaptación
Padre	I	P	0,278	0,041
		p	0,210	0,857
		N	22	22
	H	P	-0,265	0,104
		p	0,233	0,646
		N	22	22
	ATI	P	0,190	0,014
		p	0,397	0,952
		N	22	22
	T/A	P	0,007	-0,129
		p	0,975	0,567
		N	22	22
Madre	I	P	-0,108	0,068
		p	0,585	0,732
		N	28	28
	H	P	-0,293	-0,115
		p	0,130	0,560
		N	28	28
	ATI	P	0,075	0,226
		p	0,705	0,248
		N	28	28
	T/A	P	-0,128	-0,017
		p	0,518	0,930
		N	28	28

2.7. Análisis de las posibles variables predictivas de alta EE.

Para determinar las posibles variables predictivas de alta EE se realizaron análisis de regresión logística. En el primer análisis se incluyeron las variables evolutivas y de diagnóstico relacionadas con las pacientes. Mediante este análisis aparecieron como posible variable predictivas de alta EE la presencia de conductas purgativas en las pacientes.

En un segundo análisis, se introdujeron las variables relacionadas con la sintomatología alimentaria de las pacientes. Apareció que la presencia de conductas de ascetismo podrían ser predictivas de que apareciera una alta EE.

En el tercer análisis de regresión logística se incluyeron las variables relacionadas con la psicopatología de los padres y el impacto de la sintomatología de las hijas sobre los padres, encontrando que la disregulación comportamental y el aislamiento social en las madres pueden ser variables predictivas de que haya una alta EE. En el último análisis de regresión logística se incluyeron las variables familiares (adaptación y cohesión), sin encontrar variables predictivas de alta EE.

Tabla 72. Posibles variables predictoras de alta EE.

	Exp B	I.C. 95%		p
		Inferior	Superior	
Diagnóstico Forma Purgativa	0,061	0,005	0,798	0,033
Ascetismo	1,248	1,007	1,547	0,043
Disregulación Comportamiento Madres	0,778	0,639	0,948	0,013
Aislamiento Social Madres	1,270	1,013	1,592	0,038

2.8. Resumen de los Resultados más significativos según objetivos e hipótesis planteadas.

2.8.1. Prevalencia de EE.

De las 50 familias evaluadas de la muestra de la población del presente estudio, el 50% pertenecen a la categoría de alta EE y el otro 50% a la categoría de baja EE.

Aunque no encontremos diferencias estadísticamente significativas entre EE y género de los familiares, existe la tendencia a que las madres se perciban con una mayor EE que los padres: el 54,5% de las madres se consideran del grupo de alta EE, y dentro del grupo de los padres el 45,5% se perciben de alta EE.

Si nos centramos en las subescalas de la EE, el porcentaje de familiares que perciben ser del grupo de alto CC y alta SIE en la muestra general se distribuye en el 40% y 52% de sujetos, respectivamente.

En relación al componente “comentarios críticos”, no existen diferencias significativas entre padres y madres, aunque los padres se perciben en un mayor porcentaje con alto CC (45,5%). El 35,7% de las madres se perciben con alto CC.

Encontramos una tendencia fuerte a que las figuras maternas presenten mayores puntuaciones de SIE que los padres. El 64,3% de las madres y el 36,4% de los padres presentan alta SIE.

En el resto de subescalas de EE no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del LEE y género de los familiares.

2.8.2. Variables descriptivas.

2.8.2.1. Edad, peso, IMC y curso de la enfermedad.

En la muestra de pacientes de la investigación, el trastorno más frecuente es el de AN (70,6%), mientras que el diagnóstico de BN aparece en el 29,4% de la muestra. Se observa que la forma no purgativa es la más frecuente.

No existen diferencias significativas entre los grupos de AN y BN ni entre las formas purgativa y no purgativa respecto a ninguna de las variables referentes a curso de la enfermedad, edad, peso e IMC de los pacientes.

2.8.2.2. Ansiedad y depresión en los familiares.

De la muestra general de los 50 familiares, el 24% presentan puntuaciones clínicas de depresión y el 44% presentan puntuaciones clínicas de ansiedad.

Las madres presentan mayores puntuaciones que los padres tanto para los niveles de depresión, para las puntuaciones de ansiedad como para la escala general del HADs.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones clínicas de padres y madres en la escala de depresión, el 4,5% de los padres y el 39,3% de las madres presentan puntuaciones clínicas de depresión.

En la escala de ansiedad se da una tendencia fuerte a que las madres presenten mayores puntuaciones clínicas de ansiedad que los padres: el 27,3% de los padres y el 57,1% de las madres presentan puntuaciones clínicas de ansiedad.

En relación a las puntuaciones generales de ansiedad y de depresión de los familiares, podemos observar que las madres presentan mayores puntuaciones que los padres y estas diferencias son estadísticamente significativas, tanto para los niveles de depresión como para la escala general del HADs. Para las puntuaciones de ansiedad se da una tendencia fuerte a que las madres presenten mayores puntuaciones generales de ansiedad que los padres.

2.8.2.3. Sintomatología sobre patología alimentaria.

Las puntuaciones medias de las subescalas del EDI-II para las pacientes son similares a las puntuaciones teóricas que aparecen en el manual en la mayoría de las subescalas. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la subescala "Bulimia" entre pacientes con diferente tipología de TCA, encontrando mayores puntuaciones en los pacientes con BN que en las pacientes con AN y en las pacientes con subtipo purgativo que las de tipo no purgativo.

Encontramos la tendencia a que las pacientes de forma no purgativa y con AN presenten mayores puntuaciones en la escala de ascetismo que las pacientes del grupo purgativo y del grupo de BN.

También encontramos diferencias significativas entre subtipos de TCA y puntuaciones en la subescala “miedo a la madurez”: las pacientes de subtipo no purgativo presentan mayor miedo a la madurez que las pacientes de subtipo purgativo.

2.8.2.4. Impacto de los síntomas del paciente sobre los familiares.

Las madres presentan en todas las escalas mayores puntuaciones en la escala EDSIS que los padres, pero estas diferencias solo son estadísticamente significativas para la escala “aislamiento social” y resultan ser casi significativas para la puntuación total de la escala general. Las madres con pacientes con TCA tienen una mayor tendencia a aislarse y reciben un mayor impacto que los padres en relación a los síntomas de las hijas que sufren algún TCA.

En relación a las subescalas del EDSIS y subtipos de TCA, encontramos la tendencia a que los familiares de pacientes con un TCA de forma purgativa presenten mayores puntuaciones en la escala “disregulación del comportamiento”.

2.8.2.5. Cohesión y adaptación familiar

No existen diferencias significativas en cómo perciben los padres de cohesionadas a sus familias y cómo las perciben sus madres, la mayoría de los familiares perciben a sus familias como separadas y como unidas. En relación a la adaptación, los padres perciben también a sus familias de manera similar a las madres, ambos grupos tienen la tendencia a percibirse como familias estructuradas y flexibles.

El 82% de las personas encuestadas se encuentran en una situación familiar equilibrada y el 18 % en una situación familiar extrema.

2.8.3. Hipótesis planteadas.

No se cumple la hipótesis 1: Los familiares de una hija con BN presentaran una mayor EE que los familiares de una hija con AN.

Aunque se da una mayor proporción de alta EE en los pacientes con BN (64,3%) que en los pacientes con AN (44,3%), estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

Se cumple la hipótesis 2: Los familiares con una hija que presenta conducta purgativa presentaran una mayor EE que los familiares con una hija que no presenta conducta purgativa.

Existen diferencias significativas entre los niveles de EE y los grupos de familiares de pacientes con TCA formas purgativa y no purgativa. En el grupo de familiares que presentan una alta EE hay una mayor proporción de pacientes que presentan conductas purgativas que pacientes sin conductas purgativas (76,5% vs 36,4%). Encontramos una tendencia fuerte a que las madres de pacientes con un TCA forma purgativa presenten mayores niveles de EE que las madres con una hija con un TCA forma no purgativa.

No aparece ningún dato que indique que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de CC y de SIE de los familiares entre los tipos diagnósticos y las formas purgativa-no purgativa, aunque las puntuaciones son mayores en los familiares de pacientes con BN y subtipo purgativo, tanto para la escala de CC como para la de SIE.

Si analizamos las subcalas del LEE por formas purgativa-no purgativa, hallamos una tendencia fuerte a que los familiares de pacientes con TCA forma purgativa presenten una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas. En las demás subescalas, las pacientes de forma purgativa presentan mayores puntuaciones que las de forma no purgativa, aunque las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

Se cumple parcialmente la hipótesis 3: Los pacientes de familiares con una alta EE presentaran una edad mayor, un peso e IMC menores, un mayor tiempo de evolución de la enfermedad, un mayor número de ingresos y mayor número de horas de contacto con los familiares.

Encontramos una tendencia fuerte a que las familias de alta EE presenten hijas con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Observamos que existe una tendencia fuerte a que los padres con alta EE tengan hijas que presentan un mayor tiempo de evolución del TCA que los padres con baja EE.

Podemos observar que las familias que se perciben como altamente críticas tienen pacientes con un peso e IMC mayores y un mayor tiempo de evolución del TCA, aunque estas tendencias son muy débiles. Se da también una tendencia fuerte a que las pacientes de familias que son altamente críticas con ellas presenten un mayor número de ingresos.

En relación a la SIE no parece ser que una baja o alta SIE por parte de las madres ni por parte de los padres esté relacionada con ninguna de estas variables.

En relación a las subescalas del LEE, encontramos fuertes tendencias a que las pacientes con un mayor número de ingresos tengan familiares con una peor actitud hacia la enfermedad y que los familiares de pacientes con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad manifiesten una peor tolerancia y capacidad de afrontamiento hacia la misma.

El grupo de padres que tienen hijas diagnosticadas más tardíamente de un TCA, presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas. En el grupo de las madres, aquellas que tienen hijas que presentan un mayor tiempo de evolución de la enfermedad y una edad mayor, presentan una peor actitud hacia el trastorno.

Se cumple la Hipótesis 4: *Existirán diferencias en la severidad de la sintomatología (ansiedad y depresión) en los familiares con alta y baja EE: los familiares con mayores niveles de EE percibida presentaran mayores niveles de depresión y de ansiedad.*

Existen relaciones casi significativas entre los niveles de EE y los niveles de ansiedad y puntuaciones de la escala total del HADs en los familiares, aquellos que están en la categoría de alta EE presentan mayores puntuaciones en las subescalas de ansiedad y en la escala general del HADs que los familiares de baja EE. También existe

una tendencia fuerte a que los familiares con alta EE presenten mayores puntuaciones de depresión.

En los padres, observamos la tendencia a que los que presentan alta EE muestren elevadas puntuaciones en la subescala ansiedad y en la escala general del instrumento HADs.

Tanto en el grupo de padres como de madres altamente críticos se dan mayores puntuaciones en las subescalas de depresión y ansiedad y de la escala general del HADs, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

En el caso de las madres con alta SIE, se da una tendencia fuerte a que presenten mayores puntuaciones de depresión, de ansiedad y de puntuaciones de la escala total del HADs que las madres menos sobreimplicadas. En el caso de los padres con alta SIE también se da esta misma tendencia, aunque las relaciones son estadísticamente significativas para las puntuaciones de ansiedad y de la escala general, pero no para la subescala de depresión.

Si analizamos las relaciones entre psicopatología de los familiares y las escalas del LEE, pueden apreciarse relaciones significativas entre las puntuaciones de “intrusismo” y las puntuaciones de ansiedad de los familiares. También encontramos una tendencia fuerte a que los familiares con altas puntuaciones en la escala “actitud hacia la enfermedad” presenten altas puntuaciones de ansiedad. Pueden apreciarse relaciones entre estas dos escalas del LEE y las puntuaciones generales del HADs. Las familias más intrusivas y con una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas presentan mayores niveles de ansiedad y mayores puntuaciones de la escala HADs general.

Por género de familiares, observamos la tendencia a que los padres más intrusivos y con una peor actitud hacia la enfermedad se muestren más ansiosos que los padres menos intrusivos. La escala “actitud hacia la enfermedad” también se relaciona positivamente con la escala general del HADs: los padres con una peor actitud hacia la enfermedad de sus hijas presentan puntuaciones más elevadas en la escala total del instrumento HADs. En el grupo de las madres no encontramos relaciones significativas entre las subescalas del LEE y las puntuaciones de las escalas de depresión y de ansiedad.

Se cumple la Hipótesis 5: Existirán diferencias en el grado de impacto de los síntomas de los pacientes sobre los familiares según estos presenten una alta o baja EE: Los familiares con mayores niveles de EE percibida presentaran un mayor grado de impacto de los síntomas de los pacientes sobre ellos.

Encontramos la tendencia general de las familias con alta EE a presentar mayores puntuaciones en las subescalas del EDSIS, y por lo tanto, a expresar un mayor impacto de la enfermedad de las hijas que los familiares con baja EE.

Tanto en madres como en padres encontramos relaciones significativas entre la escala “disregulación comportamental” y la escala total del EDSIS con los niveles de EE, de CC y de SIE: en el grupo de madres y padres con una alta EE y altos niveles de CC y SIE, existe un mayor impacto del comportamiento de las hijas enfermas y presentan mayores puntuaciones en la escala total del EDSIS.

Los padres que presentan alta EE o altos niveles en los componentes de la EE (CC y SIE) muestran mayores sentimientos de culpabilidad.

Para la escala de SIE, tanto en padres como en madres altamente sobreimplicados encontramos la tendencia general a presentar mayores puntuaciones en todas las subescalas del EDSIS. En el caso de los padres se dan relaciones significativas entre los niveles de SIE y las puntuaciones de la subescala “disregulación del comportamiento” y las puntuaciones de la subescala “culpabilidad”: Los padres con mayores niveles de SIE se perciben con mayor grado de impacto del comportamiento de las hijas y con mayores sentimientos de culpabilidad que los padres con baja SIE. Tanto en padres como en madres también observamos una relación significativa entre los niveles de SIE y la escala total del EDSIS: aquellos padres y madres más sobreimplicados presentan mayores puntuaciones en la escala total del EDSIS.

Centrándonos en las subescalas del LEE, se observan algunas relaciones significativas: los familiares más intrusivos con sus hijas, que presentan menor tolerancia a la enfermedad y una peor actitud hacia la enfermedad, son los que presentan mayores puntuaciones en la subescala “disregulación comportamental” del EDSIS.

Los familiares que reciben un mayor impacto del comportamiento debido a la enfermedad de sus hijas, presentan altas puntuaciones en las subescalas de “actitud hacia la enfermedad” y “tolerancia y afrontamiento”.

Se da una tendencia fuerte a que los familiares que presentan mayores sentimientos de culpabilidad por la enfermedad de las hijas presenten una peor actitud hacia la enfermedad y una peor tolerancia y afrontamiento del TCA y aquellos familiares que se muestran más preocupados por el daño sobre la salud física de sus hijas, presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas siendo esta relación estadísticamente significativa.

Si analizamos estas relaciones por géneros, observamos que los padres que se perciben como más intrusivos muestran mayores sentimientos de culpabilidad, presentan un mayor impacto de la conducta de las hijas enfermas y obtienen mayores puntuaciones de la escala EDSIS total. Por otra parte, observamos la tendencia en los padres con una peor actitud hacia la enfermedad a mostrar mayores sentimientos de culpabilidad y una mayor preocupación por las hijas en relación a los aspectos relacionados con el daño sobre la salud física.

Observamos relaciones significativas entre los padres con una peor actitud hacia la enfermedad, presentando un mayor impacto de las conductas de las hijas enfermas y mayores puntuaciones de la escala EDSIS total. En las madres, las que presentan mayores sentimientos de culpabilidad muestran una peor actitud hacia la enfermedad de sus hijas y peores estrategias de tolerancia y afrontamiento de la enfermedad.

Existen relaciones significativas entre las madres que presentan altas puntuaciones en la escala “actitud hacia la enfermedad” en relación a las variable “disregulación del comportamiento” y las puntuaciones totales del EDSIS; las que presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas y peores estrategias de tolerancia y afrontamiento, se ven más impactadas por el comportamiento de las mismas y de la enfermedad.

No se cumple la Hipótesis 6: Los familiares que presenten altos niveles de EE tendrán una hija con mayores alteraciones en las puntuaciones de las subescalas del EDI-2 que los familiares que presenten menores niveles de EE.

En relación a la EE y puntuaciones de la subescalas del EDI-2, únicamente encontramos una tendencia fuerte a que los familiares con baja EE tengan hijas con mayores puntuaciones en la subescala “ascetismo”.

Existe una tendencia fuerte a que en el grupo de madres más críticas, los niveles de impulsividad de las hijas sean mayores. No existen relaciones significativas entre las

demás subescalas del EDI-2 y CC o SIE, ni para el grupo de padres ni para el de madres.

En relación a las demás escalas del LEE, observamos que existe una relación directa y significativa entre los niveles de tolerancia y afrontamiento de los familiares y la sintomatología bulímica de las hijas: en el grupo de familiares con una peor tolerancia y capacidad de afrontamiento, la sintomatología bulímica de las hijas es mayor. También encontramos una relación inversa y casi significativa entre la subescala “ascetismo” del EDI-2 y la actitud hacia la enfermedad de los familiares. Las pacientes que puntúan alto en esta escala, presentarían familiares con una mejor actitud hacia la enfermedad.

En el grupo de madres observamos relaciones significativas entre las escalas de bulimia del EDI-2 y la subescala del LEE “tolerancia y afrontamiento”: aquellas hijas con mayores puntuaciones en las escalas de bulimia tienen madres con una peor tolerancia y afrontamiento de la enfermedad de las hijas. Encontramos tendencias fuertes a que en las hijas con mayores puntuaciones en la escala de “miedo a la madurez” tengan madres con peor capacidad de tolerancia y afrontamiento a la enfermedad. También observamos que aquellas hijas más perfeccionistas y con mayores puntuaciones en la escala de ascetismo tienen madres con una mejor actitud hacia la enfermedad y encontramos la tendencia de que en los padres más hostiles las hijas presenten una mayor insatisfacción corporal.

No se cumple la Hipótesis 7: Existirán diferencias significativas entre los niveles de cohesión y adaptación familiar en función de si los familiares presentan una alta o baja EE. Las familias con alta EE presentarán una menor cohesión y adaptación familiar que las familias con baja EE.

No aparece ningún dato que indique que existen diferencias significativas entre los niveles de EE de los familiares y las escalas de adaptación y cohesión, tampoco se dan relaciones entre estas escalas y los grupos de alta y baja CC ni para padres ni madres.

En referencia a la subescala “adaptación” del FACES III, en la muestra de padres altamente sobreimplicados emocionalmente existe la tendencia a presentar mayores niveles de adaptación que los padres de baja SIE. Encontramos también la tendencia a que las familias menos hostiles presenten mayores niveles de cohesión familiar que las familias con bajos niveles de hostilidad.

El 90% de las madres y el 70% de los padres con alto CC y el 77,8% de madres y el 91,7% de los padres con alta SIE pertenecen a la categoría de familias equilibradas.

2.8.4. Variables predictoras de alta EE.

Las posibles variables predictoras de alta EE que encontramos en la presente investigación son: en las pacientes la presencia de conductas purgativas y las conductas de ascetismo, y en las familias el aislamiento social de las madres y la variable “disregulación comportamental” en las madres (entendida como aquellos aspectos referentes al impacto directo de los síntomas del TCA o a los comportamientos del paciente en la vida familiar).

CAPÍTULO 5. Discusión.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar el nivel de EE en una muestra de familiares de pacientes con TCA y analizar si los perfiles de EE percibida en los familiares se asocian a características de los pacientes, a curso de la enfermedad, a variables clínicas y de funcionamiento familiar en familiares de pacientes con un TCA. Los resultados encontrados han confirmado algunas hipótesis iniciales del trabajo en las que se esperaba encontrar relaciones positivas y significativas entre la EE y algunas variables.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

1.1. Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra, tanto de pacientes (n=34) como de familiares (n=50), es comparable con las de otros estudios sobre emoción expresada en los trastornos alimentarios de pacientes con AN y BN (Eisler et al., 2000, 2007; Hedlund et al., 2003; Sepúlveda et al., 2010). En la revisión de Duclos, Vibert, Mattar & Godart (2012), 8 de los 27 estudios sobre EE y TCA incluían menos de 30 familiares en la muestra de pacientes (ver tabla 4, capítulo 1). Estudios como el de Hoste & Le Grange (2008) y de Kyriacou et al. (2008) han utilizado muestras amplias de más de 100 pacientes. Las muestras de familiares oscilan entre las 18 y 189 familias (Uehara et al., 2001; van Furth et al., 1996) y algunos estudios incorporan a otros miembros familiares en la evaluación, (Hoste & Le Grange, 2008; Santanostaso, Saccon y Favaro, 1997; Sepúlveda et al., 2010; Uehara et al., 2001; Winn et al., 2007).

1.2. Características de los pacientes: Edad, Sexo, Peso e IMC.

Nos hemos centrado en analizar las variables referentes únicamente a padres y madres de pacientes con AN y BN en sus primeros meses de hospitalización. Las edades de los pacientes oscilan entre los 12,10 y los 21,50 años, con una media de

16,59 años, edades similares a otros estudios realizados con muestras de pacientes jóvenes (ver tabla 4, capítulo 1). Según el estudio de revisión de Duclos et al. (2012), de los 27 estudios revisados, 16 incluyen solamente a adolescentes y los 11 restantes incluyen únicamente a pacientes adultos, 24 estudios del total de los 27 analizados incluyen a pacientes de 14,7 a 54,4 años.

Respecto al sexo de los pacientes, en nuestro estudio hemos seleccionado únicamente a mujeres mientras que en la mayoría de los trabajos realizados sobre emoción expresada y trastornos alimentarios trabajan con pacientes de ambos sexos, aunque también encontramos estudios que como el nuestro, solamente incluyen pacientes femeninas en su muestra (Di Paola et al., 2010; Duclos et al., 2013; Kyriacou et al., 2008; Moulds et al., 2000; Rein et al., 2011).

El peso medio (49,70 kilos) y el IMC medio (18,85) que presentan las pacientes en esta muestra es mayor que el de las muestras de otros estudios (Blair et al., 1995; Moulds et al., 2000). En estos estudios las muestras están formadas únicamente por familiares de pacientes con AN, hecho que explicaría las diferencias con los resultados de nuestro estudio, ya que el peso medio de las pacientes anoréxicas acostumbra a ser inferior que el de las pacientes con BN.

Se encuentran diferencias significativas entre las pacientes con AN y BN y las formas no purgativa y purgativa, tanto en el peso como en el IMC, coincidiendo con los estudios que muestran que las pacientes con BN y forma no purgativa presentan un peso y un IMC mayor que las pacientes con AN y las de forma purgativa.

1.3. CURSO DE LA ENFERMEDAD: Edad de inicio de la enfermedad, tiempo de evolución, número de ingresos y horas de contacto familiar.

La **edad de inicio de la enfermedad** (15,64 años) es similar a la presentada por las pacientes de otros estudios sobre emoción expresada en trastornos alimentarios, que oscilan entre los 14,5 y 16,9 años (Di Paola et al., 2010; Duclos et al., 2013; Kyriacou et al., 2008; Rein et al., 2011; Szmukler et al., 1987; Uehara et al., 2001; Winn et al., 2007) e inferior a la encontrada por Szmukler y colaboradores en 1985 (con una media de 18,7 años). Este estudio fue realizado hace más de 20 años, en las últimas décadas la edad de inicio de los TCA ha disminuido, describiendo casos de inicio precoz (Lahortiga-Ramos et al., 2005) y habiéndose producido un aumento en la población adolescente de los TCA de edades cada vez más tempranas (Plan de Salud de Cataluña, 1999-2001). Podemos observar este hecho en nuestro estudio, en el que el

44% de las pacientes de la muestra presentan edades comprendidas entre los 12,10 y 16 años de edad.

Aunque no existan relaciones estadísticamente significativas, las pacientes con BN y forma purgativa presentan una edad de inicio de la enfermedad ligeramente mayor que las pacientes con AN y forma no purgativa, coincidiendo con la idea comúnmente aceptada de que la edad de inicio de las pacientes con BN suele ser mayor (Turón, 1997).

La media de edad de diagnóstico de TCA de la muestra total de pacientes de nuestro estudio es de 15,64 años, donde la edad mínima es de 12 años y la máxima es de 19,3 años. Disponemos de pocos estudios que registren el dato de edad de diagnóstico de la enfermedad, en ellos, los resultados coinciden con la media hallada en nuestro estudio, con edades que van desde los 14,5 a los 16,3 años de edad (Di Paola et al., 2010; Eisler et al., 2000, 2007; Kyriacou et al., 2008; Uehara et al., 2001; Winn et al., 2007).

La media del **tiempo de evolución de la enfermedad** es de 11,26 meses, muy baja respecto a otros estudios que presentan una duración media de 42 a 51 meses (Santanostaso et al., 1997; Szmukler et al., 1985, 1987). Este hecho puede ser debido a que uno de los criterios de inclusión de nuestra muestra sea que los pacientes lleven menos de tres meses hospitalizados y por lo tanto es posible que debido a su corta edad (Un 75% de los pacientes presentan menos de 18 años) lleven poco tiempo desde que se les diagnosticó el trastorno. Otros estudios observan resultados similares en relación al tiempo de evolución de la enfermedad, mostrando edades comprendidas entre los 11,3 y los 18,2 meses de duración (Duclos et al., 2013; Eisler et al., 2000, 2007; Le Grange et al., 1992; Perkins et al., 2005; Uehara et al., 2001; Winn et al., 2007). En estos estudios vemos que las muestras están formadas por pacientes donde la edad media es similar a la de nuestro estudio y ponen como condición que la paciente lleve menos de tres años de evolución de la enfermedad. Esta condición podría explicar por qué estos estudios presentan las medias más bajas de duración de la enfermedad.

Aunque no observamos diferencias estadísticamente significativas respecto a la duración de la enfermedad entre las pacientes con AN y BN y respecto a pacientes forma purgativa y no purgativa, observamos que las pacientes purgativas y bulímicas presentan un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Las pacientes con conductas de purga suelen presentar una mayor comorbilidad en general con los

trastornos de la personalidad y esto hace empeorar el curso de la enfermedad (Díaz, Carrasco, Prieto et al., 1999) influyendo así en la duración de la enfermedad.

La media del **número de ingresos** de los pacientes es de 2,12, respecto a esta variable no se encuentran diferencias entre las pacientes con AN y BN y las formas purgativa-no purgativa, aunque observamos una media de ingresos superior en las pacientes purgativas que en las no purgativas. Probablemente el hecho de que estas pacientes ingresen más sea explicado por las complicaciones físicas que conllevan los vómitos, el uso de laxantes, diuréticos o enemas y la comorbilidad de las pacientes purgativas con los trastornos de la personalidad y de la afectividad, asociadas a unas mayores probabilidades de hospitalización.

El 84% de los familiares pasan más de 21 **horas de contacto semanales** con las pacientes, por lo tanto podemos decir que nuestra muestra mayoritariamente está constituida por cuidadores primarios. La media de horas de contacto es de 49,12 horas/semana y existe una tendencia fuerte a que las madres sean quienes pasan más horas con las hijas, con una media de 53,50 horas/semana. La media de horas/semana que pasan los padres con los pacientes es de 40,82 horas.

Tampoco existen diferencias significativas entre los grupos de AN y BN ni entre las formas purgativa y no purgativa respecto número de horas de contacto semanales de los pacientes con los familiares aunque en el estudio observamos que las pacientes bulímicas y purgativas presentan un mayor tiempo de contacto familiar que las anoréxicas y las no purgativas.

1.4. Subtipos y diagnósticos de TCA.

En nuestra muestra de pacientes, el trastorno más frecuente es el de AN (70,6%), mientras que el diagnóstico de BN aparece en el 29,4% de la muestra. Estos porcentajes son similares a los de la mayoría de los estudios sobre emoción expresada en los trastornos alimentarios (Dare et al., 1994; Sepúlveda et al., 2010; Szmukler et al., 1985; Uehara et al., 2001), exceptuando algunos estudios como el de Hodes et al. (1999) en el que aparece un porcentaje mayor de pacientes con AN (87,5%), o como el de van Furth y colaboradores (1996) y el de Di Paola et al., 2010, en el que aparecen en similar proporción las pacientes con AN y BN. En los demás estudios únicamente se han estudiado pacientes con diagnóstico de AN (Blair et al., 1995; Duclos & Perdereau, 2011; Hoste & Le Grange, 2008; Kyriacou et al., 2008; Moulds et al., 2000; Rein et al.,

1992; Szmukler et al., 1987) o de BN (Hedlund et al., 2003; Perkins et al., 2005; Santanostaso et al., 1997; Winn et al., 2007).

Un 61,8% de la muestra está compuesta por pacientes con AN restrictiva, un 8,8% son pacientes con AN purgativa y las formas purgativa y no purgativa de BN representan un 2,9% y 26,5% de la muestra, respectivamente. Según estos resultados se observa que la forma no purgativa es la más frecuente (64,7% vs 35,3%) y se presenta en la muestra en una mayor proporción debido al alto número de pacientes con AN restrictiva existente en la población.

2. PREVALENCIA DE EMOCIÓN EXPRESADA.

La prevalencia de la emoción expresada en la muestra de pacientes de nuestra investigación es similar a la encontrada en los estudios sobre EE en los trastornos de la conducta alimentaria. De las 50 familias evaluadas, el 50% corresponden a la categoría de alta emoción expresada.

Se han recogido los resultados de diferentes estudios analizados des del año 1985 al 2014 en relación a los niveles de emoción expresada en familiares de pacientes con TCA, 10 de los 28 estudios analizados encuentran puntuaciones de elevada EE en más del 40% de los familiares (ver tabla 4 del capítulo 1).

Otros estudios encuentran niveles inferiores de EE: Le Grange et al. (1992) hallan niveles del 36,5% de alta EE (evaluando la EE con la SCFI), en el estudio de Le Grange et al. (2011) también evaluando a los familiares con la SCFI hallan el 32,9% de familiares con alta EE o el estudio de Blair et al. (1995), en el que el 42% de los familiares de pacientes con AN presentan alta EE (entrevistados con la CFI).

En el estudio de Winn et al. (2007), realizado con una muestra de cuidadores de pacientes con BN, se encuentran niveles relativamente bajos de emoción expresada. En este estudio se utilizó la LEE como medida de autoinforme, que evalúa la percepción que tienen los familiares sobre su EE. La percepción subjetiva de la EE familiar evaluada con el LEE reduciría la sensibilidad del instrumento, hecho que explicaría las bajas puntuaciones halladas en el estudio. En nuestro estudio, aunque también utilizamos el LEE para la evaluación de los componentes de la EE, nos basamos en las puntuaciones del FQ para evaluar la EE global, este instrumento también se trata de

una medida de autoinforme. Otras investigaciones utilizan la CFI u otras entrevistas que evitan el sesgo de la deseabilidad social en las respuestas de los padres que dan en los instrumentos de evaluación basados en el autoinforme y que según algunos autores explicarían las bajas puntuaciones de EE (Winn et al., 2007).

Aunque los datos aportados por estas investigaciones sostienen la idea de que en los trastornos alimentarios se presentan niveles bajos de EE, encontramos algunos estudios donde la EE se aproxima a los datos obtenidos en nuestra investigación. En el estudio de Sepúlveda et al. (2012b), en la que también utilizan la FQ para la evaluación de la EE, tanto los comentarios críticos como la sobreimplicación emocional están por encima del punto de corte. También en el estudio de Sepúlveda et al. (2010), utilizando el FMSS, han hallado que el 55% de los familiares presentan alta EE. Este nivel de emoción expresada es consistente con la encontrada por Kyriacou, Treasure & Schmidt (2008), que hallaron un porcentaje del 60% de familiares de pacientes con TCA que presentaban alta EE. Estos resultados también van en la línea del estudio de Zabala et al., (2009), que hallaron altos niveles de puntuaciones en comentarios críticos y de sobreimplicación emocional para cuidadores de pacientes con un trastorno alimentario.

También son altas las puntuaciones encontradas en el estudio de Medina et al. (2011a), que hallan niveles del 49,4% de alta EE utilizando la CFI. Según un estudio más reciente realizado en España, evaluando los niveles de EE con el LEE se han observado altas puntuaciones del 49% de EE (Pérez-Pareja et al., 2014.). Los resultados de estas investigaciones concuerdan con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

2.1. EE y Género de los familiares

Aunque no encontremos diferencias estadísticamente significativas entre EE global y género de los familiares (al igual que en el estudio de van Furth y colaboradores, 1996), existe la tendencia a que las madres se perciban con una mayor emoción expresada que los padres: el 54,5% de las madres se consideran de alta EE, y dentro del grupo de los padres el 45,5% se perciben con alta EE. Quizá esto sea debido al mayor tiempo que pasan las madres con sus hijas, ya que tanto en nuestro estudio como en otras investigaciones, el tiempo de contacto con el familiar está directamente relacionado con las puntuaciones de EE y con la mayor implicación en el cuidado de las hijas. Son numerosos los estudios que encuentran que las madres están más implicadas que los padres en el cuidado de una hija enferma (Besharat & Eisler, 1996; Dare et al., 1994; Szmuckler et al., 1985; van Furth et al., 1996).

Si analizamos los niveles de EE por género de familiares, encontramos una tendencia fuerte a que las madres de pacientes con un TCA forma purgativa presenten mayores niveles de EE que las madres con una hija con un TCA forma no purgativa. Las altas puntuaciones en este grupo de madres podrían ser debidas a que estas pasan un mayor tiempo de contacto con las hijas. Son numerosos los estudios que hablan sobre las dificultades de trato con una paciente con BN, donde el descontrol y el ambiente cargado de críticas serían características de la BN (Espina et al., 1995; Humphey, 1989; Steiger, Leung & Houle, 1992).

2.2. Componentes de la EE.

Es difícil comparar los resultados de nuestro estudio con otros de trabajos similares, ya que muchos de ellos evalúan la EE únicamente a través de las puntuaciones medias de las subescalas. En nuestro estudio, además de evaluar las puntuaciones de la EE global también evaluamos los otros componentes de la EE mediante las subescalas de dos instrumentos diferentes: evaluamos los niveles de CC y SIE a través del FQ (con el que también obtenemos las puntuaciones de EE) y el componente Hostilidad lo obtenemos a partir del LEE. Ambos instrumentos son de tipo autoinforme.

El porcentaje de familiares que perciben ser de alto CC es del 40%, resultado similar al que encuentran en el estudio de Kyriacou et al. (2008), encontrando un porcentaje del 47% en el grupo de cuidadores de pacientes con AN. Szmukler y colaboradores (1985), usando los CC para clasificar a los familiares de alta y baja EE han observado un 41,3% de alta EE, y Blair y colaboradores (1995) han encontrado un 42% de CC utilizando los puntos de corte tradicionales, puntuaciones similares a las halladas en nuestro estudio.

Otros autores han encontrado que el nivel de los comentarios críticos de los cuidadores de pacientes con TCA es relativamente bajo, en el caso de pacientes con anorexia nerviosa (Hodes & Le Grange, 1992) y en los TCA en general (Le Grange et al., 2011; van Furth et al., 1996; Winn et al., 2007).

Le Grange y colaboradores (1992) encontraron un 36,5% de CC (utilizando la CFI) y Uehara y colaboradores (2001) observaron un 28,6% de alta EE (con la FMSS). En diferentes estudios (Dare et al., 1994; van Furth et al., 1996) aparecieron bajos niveles de puntuación en todas las subescalas que componen la EE. Estas diferencias podrían ser debidas a los diferentes instrumentos utilizados para evaluar la EE, ya que

se ha observado que cuando se utiliza la entrevista SCFI los niveles de EE familiar son más bajos, en especial aparecen menos comentarios críticos (Hodes & Le Grange, 1993). Esto puede deberse a que al tratarse de un formato de entrevista en el que están presentes todos los miembros de la familia, el tiempo para hablar de cada uno es menor, existiendo menos tiempo para que aparezcan comentarios críticos.

Otros autores señalan que las bajas puntuaciones en EE reflejarían un estilo de respuesta específico en los familiares de pacientes con AN que presentan un estilo comunicativo propio basado en la evitación del conflicto (Dare et al., 1994; Szmukler et al., 1985; van Furth et al., 1996), se trataría de un estilo de comunicación basado en evitar la confrontación con los hijos que padecen un TCA y que provocaría en ellos bajas puntuaciones en los niveles de EE, hecho que explicaría que las familias de pacientes con AN presentaran una menor emoción expresada que las de pacientes con BN. Muchos estudios solamente se basan en puntuaciones de pacientes con AN, lo que explicaría el hecho de que en los estudios en los que únicamente participan pacientes con AN apareciese una menor proporción de alta EE, pero esto no ocurre siempre, ya que algunos estudios que solamente trabajan en base a muestras de pacientes con AN han encontrado niveles altos de EE con la CFI (Blair et al., 1995; Szmukler et al., 1987).

En relación a alto CC, a pesar de que no encontramos diferencias significativas entre padres y madres, los padres se perciben en mayor porcentaje con mayores niveles de CC que las madres (45,5% vs 35,7%). Encontramos resultados parecidos en el estudio de Kyriacou et al. (2008). Otros estudios, como el de van Furth y colaboradores (1996), encuentran que los padres son poco críticos en comparación con las madres.

Si nos centramos en el porcentaje de familiares que perciben ser de alta SIE, en la muestra general se distribuye en el 52% de sujetos. Estos porcentajes son similares a los que se encuentran en el estudio de Kyriacou et al. (2008). Estos autores observaron niveles más altos de sobreimplicación emocional (60%) en el grupo de cuidadores de pacientes con AN que los del grupo control. Sepulveda et al. (2010), obtienen en su estudio resultados similares, el 61,5% de los familiares de pacientes con TCA presentan alta SIE (evaluado con la FMSS).

En la muestra de nuestro estudio encontramos una tendencia fuerte a que las figuras maternas presenten mayores puntuaciones de SIE que los padres. El 64,3% de las madres y el 36,4% de los padres presentan alta SIE. Estos resultados están en consonancia con numerosos estudios que muestran como las madres son más

propensas a demostrar altos niveles de sobreimplicación emocional que los padres (Blair et al., 1995; Dare et al., 1987; Kog et al., 1987; Kyriacou et al., 2008; Szmukler et al., 1987; Whitney et al., 2005).

Observamos que la mayoría de las madres son las que más tiempo pasan en casa y con la paciente. Esto puede provocar que estas madres estén más “quemadas” por la situación y eso les lleve a realizar más comentarios críticos y a expresar más hostilidad hacia la paciente y al mismo tiempo puede provocar que estén más sobreimplicadas que los padres. Van Furth y colaboradores (1996) han encontrado que las madres que son críticas también presentan más sobreimplicación, mientras que los padres son poco críticos y presentan una baja sobreimplicación. Autores como Blair et al. (1995) y Kyriacou et al. (2008), apuntan que esta sobreimplicación podría ser debida a una reacción natural por parte de la madre hacia un hijo que experimenta una grave enfermedad. Whitney et al. (2005) también destacan en su estudio las altas puntuaciones de SIE en las madres, acompañadas de altos niveles de estrés y sentimientos de culpa y desamparo en respuesta al dolor producido por la enfermedad de las hijas.

2.3. Subtipos de TCA, formas purgativa-no purgativa y relación con la EE.

Encontramos diferencias significativas entre subtipos purgativo y no purgativo y EE: en el grupo de familiares que se perciben con una alta EE observamos una mayor proporción de pacientes que presentan conductas purgativas que pacientes sin ellas (76,5% vs 36,4%) y aunque no existen diferencias entre los grupos de familiares de pacientes con AN y BN, observamos que una mayor proporción de familiares de pacientes con Bulimia (64,3%) presentan alta emoción expresada vs el 44,4% en los familiares de pacientes anoréxicas. Estos resultados van en la línea de otros estudios que encuentran mayores puntuaciones de alta EE en los familiares de pacientes con BN que en los de AN (Hoste & Le Grange, 2008; Szmuckler et al., 1985, 1987)

La literatura ha hallado diferencias entre las pacientes anoréxicas y bulímicas en la manera como se relacionan con los familiares: las familias con un miembro con AN aparecen con mayor organización, mayor rigidez familiar y con la tendencia a evitar los conflictos (North et al., 1997), en definitiva, son menos conflictivas que las pacientes con BN, hecho que explicaría que los familiares de pacientes con BN presentasen mayor EE expresada que los familiares de pacientes anoréxicas. Espina et al. (1995) también han mostrado que las familias de bulímicas son más patológicas, apareciendo hostilidad,

impulsividad, déficit en las funciones parentales y falta de empatía en los padres, lo que propiciaría la presencia de altos niveles de EE familiar.

Respecto al componente CC, no existen diferencias entre los grupos con AN y BN y forma purgativa-no purgativa, ni en los padres ni en las madres, aunque encontramos una proporción más alta de pacientes con BN en el grupo de familiares que son altamente críticos que de pacientes con AN. Otros estudios coinciden con el nuestro en el sentido de que los familiares de pacientes con BN suelen realizar más CC que los de las pacientes con AN (Dare et al., 1994; Smucker et al., 1985). Para esos padres, las relaciones familiares acostumbran a ser tensas delante de las conductas disruptivas de las pacientes, ya que las pacientes bulímicas acostumbran a mostrar una mayor impulsividad que las que padecen una AN.

Hodes & Le Grange, en el año 1993 hallaron que los niveles de CC de los pacientes con TCA eran relativamente bajos, no obstante, cuando se analizaban por subtipos de TCA se encontraba niveles altos de CC en pacientes con BN. Delante del hecho de que los familiares hicieran más comentarios críticos hacia las pacientes con BN, los autores explicaban los resultados en base a la naturaleza antisocial del comportamiento alimentario de los pacientes con BN (con atracones, vómitos autoinducidos) y a otras formas de comportamiento relacionados con la personalidad antisocial de estos pacientes, como el abuso de alcohol, robos, etc., que haría que los padres fuesen más críticos con este tipo de pacientes (Szmuckler et al., 1985). Los altos niveles de CC en los pacientes con BN también serían explicados por la relación con los rasgos de impulsividad y las dificultades de relación social que presentan estos pacientes, a diferencia del comportamiento de los pacientes con AN que acostumbra a ser rígido y previsible con evidentes signos de fragilidad (Hodes & Le Grange, 1993). Por lo tanto, existen mayores probabilidades de que la presencia de CC en estos familiares sea una reacción negativa a las personas con BN, debido a una mayor prevalencia de conductas difíciles en estos pacientes. De esta manera nos encontraríamos delante de una relación causal circular: las pacientes con BN volverían más críticos a sus familiares, la cual cosa haría que las pacientes presentaran más conductas bulímicas delante de las actitudes negativas de críticas y de rechazo de los padres hacia ellas y hacia el trastorno alimentario de sus hijas.

En nuestro estudio no encontramos relaciones significativas entre SIE en los familiares y subtipos de TCA, aunque observamos mayores puntuaciones en los familiares de pacientes con BN y forma purgativa, a diferencia de algunos estudios que

apuntan a que las pacientes con AN acostumbran a presentar familias con mayores niveles de SIE que las familias de pacientes con BN (Santanostaso et al., 1997).

Si analizamos las subcalas del LEE por formas purgativa-no purgativa, hallamos una tendencia fuerte a que los familiares de pacientes con TCA de forma purgativa presenten una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas que los familiares con hijas con un TCA de forma no purgativa, hecho explicable por lo anteriormente comentado respecto a las dificultades de relación y a la conflictividad asociada a un paciente que presenta un TCA de forma purgativa. Al analizar la media de las puntuaciones de cada uno de los grupos, observamos mayores puntuaciones en la escala hostilidad en familiares de pacientes con conductas purgativas y bulímicas, aunque las relaciones no son significativas. Otros estudios han destacado la dificultad de los padres de pacientes con AN en la expresión de agresión y hostilidad (Shugar & Krueger, 1995), mostrando menores puntuaciones de hostilidad que los familiares de pacientes con BN, ya que no presentarían tantas dificultades para expresar su hostilidad.

2.4. EE y características de los pacientes y curso de la enfermedad.

La relación entre la EE y otras variables ha sido estudiada en diferentes investigaciones sobre emoción expresada familiar en TCA habiendo obtenido resultados contradictorios. En nuestro estudio encontramos una tendencia fuerte a que las familias de alta EE presenten hijas con un mayor **tiempo de evolución de la enfermedad**. Estos resultados van en la misma línea que otras investigaciones realizadas por otros autores que han propuesto que el nivel de EE puede estar relacionado con la duración del trastorno (Hooley & Richters, 1995; Hoste et al., 2012; Le Grange et al., 1992; Medina et al., 2011a; Sepúlveda et al., 2010; Szmuckler et al., 1985; Zabala et al., 2009). Así por ejemplo, en el estudio de Le Grange et al. (1992), realizado con adolescentes con AN, se observó que cuando el trastorno tenía menos de un año de evolución, solo un 6% de los padres presentaban una elevada EE, observándose un aumento en el nivel de EE en el grupo con una peor y más larga evolución del problema.

Observamos que los familiares de pacientes con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad manifiestan peor tolerancia y capacidad de afrontamiento hacia la misma. En el estudio de Pérez-Pareja et al. (2014) también se observa esta relación, a mayor tiempo de evolución, la actitud hacia la enfermedad resulta ser más negativa, la hostilidad es mayor y la EE obtiene puntuaciones más elevadas. Este resultado es similar al obtenido en el estudio reciente de Hoste et al. (2012), realizado con una

muestra de 344 cuidadores de pacientes con un TCA, en el que también se observa que los cuidadores de pacientes con mayor tiempo de evolución del trastorno presentan mayores puntuaciones de EE.

En nuestro estudio también observamos que los padres que tienen hijas que presentan un mayor tiempo de evolución de la enfermedad y una edad mayor, presentan una peor actitud hacia el trastorno de las hijas. Estos resultados se pueden explicar si tenemos en cuenta que la severidad y dificultad que suponen los TCA provoca que muchos cuidadores que están expuestos diariamente al problema, desarrollen problemas de salud, y a su vez puede favorecer el desarrollo de una alta EE y de una peor actitud hacia el trastorno (Treasure et al., 2001).

Disponemos de pocos estudios que investiguen la variabilidad de las emociones familiares a lo largo de la evolución del trastorno (van Furth, van Strien, Martina et al., 1996), la escasa literatura sobre el tema señala resultados contradictorios, ya que algunas investigaciones no asocian el nivel de EE con el tiempo de evolución en el TCA (Medina, Grau, Navarro et al., 2009a), mientras otros estudios como el de Le Grange, Eisler et al. (1992) señalan que los cuidadores de pacientes con mayor evolución del problema presentan mayores puntuaciones en EE.

En el estudio de revisión realizado por Zabala et al. (2009), realizado con 20 estudios que analizan las variables EE y malestar psicológico en familiares de pacientes con TCA, también se ha hallado la tendencia a que los pacientes de mayor edad presenten mayores niveles de EE.

En relación a la **edad** y su relación con la EE, en nuestro estudio no observamos relaciones significativas. Si analizamos las diferentes investigaciones sobre EE en familiares de pacientes con TCA, hallamos que en los estudios realizados con muestras de pacientes adultos los niveles de EE son más elevados, a diferencia de los estudios que utilizan muestras de adolescentes (Uehara et al., 2001; van Furth et al., 1993), lo que indica que una edad mayor del individuo y una mayor duración de la enfermedad están relacionadas con niveles altos de EE (Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley, 2007). En nuestro estudio encontramos tres grupos de edad diferentes: pacientes en edad preadolescente (de 12 a 14 años), adolescentes (de 15 a 18 años) y jóvenes (de 19 a 21 años), podríamos esperar que según lo que apuntan otros estudios se observaran relaciones significativas entre EE y edad, cosa que no sucede. Actualmente la edad de presentación de los TCA ha disminuido y la gravedad de los síntomas afecta también en

edades más tempranas, hecho que explicaría la falta de relaciones entre edad y EE en nuestro estudio.

En relación al **peso e IMC de las pacientes** observamos que las familias altamente críticas tienen pacientes con un peso e IMC mayores y un mayor tiempo de evolución del TCA, aunque estas tendencias son muy débiles. Si tenemos en cuenta que las pacientes bulímicas presentan mayor IMC y peso que las anoréxicas y que los familiares de las bulímicas presentan mayores niveles de CC, no es de extrañar que los familiares de las pacientes más críticas presenten un mayor peso e IMC, aunque esta relación no llega a ser significativa. En diferentes estudios (Hooley & Richters, 1995; Szmukler y colaboradores (1987) también observaron como los comentarios críticos de los padres se incrementaban cuando la duración de la enfermedad era mayor. Szmukler y colaboradores (1985) encontraron que los padres presentaban un mayor número de comentarios críticos hacia la paciente con una mayor edad. Se puede pensar que los padres de pacientes jóvenes tienen la tendencia a ver el problema como una enfermedad sobre la que la paciente no tiene control; a diferencia de los pacientes adultos, que podrían recibir más comentarios críticos debido al mayor rechazo por parte de los familiares, quienes pueden pensar que el paciente adulto ya tiene una personalidad formada y por lo tanto tiene un mayor control sobre la enfermedad. También en las madres de nuestra muestra de la población, observamos que las que tienen hijas con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad y una mayor edad presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas.

Para la variable “**número de ingresos**” se da también una tendencia fuerte a que las pacientes de familias que son altamente críticas con ellas presenten un mayor número de ingresos. Si exploramos las relaciones entre subescalas del LEE y variables evolutivas encontramos fuertes tendencias a que las pacientes con mayor número de ingresos tengan familiares con una peor actitud hacia la enfermedad. Estos resultados podrían explicarse por el mayor estrés y el mayor malestar emocional en los padres provocados por el hecho de tener que ingresar repetidamente a una hija, lo que provocaría una actitud más crítica y desfavorable hacia la enfermedad. La alta EE sería menos evidente en aquellas familias que experimentan el primer contacto que aquellas que presentan hijas con un mayor número de ingresos.

El grupo de padres que tienen hijas diagnosticadas más tardíamente de un TCA presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas. Si tenemos en cuenta que las formas de inicio precoz del TCA son menos graves (Kreipe, Churchill & Strauss, 1998), si sabemos según la literatura que la Bulimia es un trastorno de inicio más tardío

que la AN (Stein, Chalhoub & Hodes 1998) y hemos observado que las familias de pacientes bulímicas presentan una peor actitud hacia la enfermedad, no es de extrañar encontrar esta relación entre **edad de diagnóstico** y actitud hacia la enfermedad.

Winn et al. (2007) encuentran otros factores que aumentan el estrés familiar, como el mayor número de **horas de contacto con el paciente** y altas puntuaciones en la emoción expresada. Aunque no hemos encontrado esta relación de forma significativa en nuestra población, sí hemos observado que en el grupo de familiares que pasan más tiempo con los pacientes, presentan una mayor EE. En relación a la convivencia con el paciente con TCA, en un reciente estudio realizado con una muestra de familiares de la población española (Pérez-Pareja et al., 2014) observaron que aquellos cuidadores que convivían directamente con la paciente eran menos tolerantes y presentaban una peor actitud hacia la enfermedad que los cuidadores que no convivían o pasaban menos horas con la paciente. Estos últimos no están presentes en el día a día de las pacientes y puede que sean más tolerantes con ellas por no compartir la totalidad de los síntomas que implica su enfermedad, presentando una actitud más positiva hacia ellas. Sin embargo, el cuidador que sí convive y pasa mayor tiempo con la paciente, podría disminuir su tolerancia a la enfermedad y tener una actitud más negativa por tener que compartir mayor número de síntomas y mayor tiempo de relación con ella.

3. PSICOPATOLOGÍA DE LOS FAMILIARES.

3.1. Ansiedad y depresión en los familiares de pacientes con TCA.

De la muestra general de los 50 familiares de pacientes con TCA, el 24% presentan puntuaciones clínicas de depresión y el 44% presentan puntuaciones clínicas de ansiedad. Las madres presentan mayores puntuaciones que los padres tanto para los niveles de depresión, para las puntuaciones de ansiedad como para la escala general del HADs, siendo estas relaciones estadísticamente significativas para la escala de depresión y para la escala general del HADs y hallándose una tendencia fuerte a que las madres presenten mayores puntuaciones generales de ansiedad que los padres. Los resultados de nuestro estudio van en la misma dirección que la bibliografía existente, son numerosos los estudios que encuentran que los cuidadores de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa presentan niveles importantes de estrés psicológico (Sepulveda et al., 2008a; Whitney et al., 2007; Winn et al., 2007) y se ha observado que muchos cuidadores de pacientes con TCA han experimentado síntomas

de ansiedad y de depresión (Kyriacou et al., 2007; Sepúlveda et al., 2012b; Strober & Humphrey, 1987; Treasure et al., 2001; Vandereyken, 1994).

En diferentes investigaciones, al igual que en nuestro estudio, se han encontrado mayores niveles de ansiedad y de depresión en madres y cuidadores primarios de pacientes, experimentando una mayor experiencia negativa de cuidado, tanto en familiares de pacientes con TCA (Sepúlveda et al., 2008b, 2011, 2012b; Whitney et al., 2007; Winn et al., 2007) al igual que en otras muestras de familiares de pacientes psiquiátricos (Treasure et al., 2001; Sepúlveda et al., 2011).

En nuestro estudio no encontramos relaciones significativas entre puntuaciones de la escala HADs y subtipos de TCA y formas purgativa-no purgativa, las investigaciones no se ponen de acuerdo en determinar esta relación entre subtipos de TCA y psicopatología en los familiares, mientras autores como Garfinkel et al. (1983) tampoco encuentran relaciones, otros autores (Strober, 1981) observan en su estudio que los padres de los pacientes con AN no restrictiva presentan mayor patología psiquiátrica que los padres de pacientes con AN restrictiva.

3.2. Ansiedad y depresión en los familiares y relación con la EE.

Existen fuertes tendencias a que aquellos padres y madres que están en la categoría de alta EE presenten mayores puntuaciones en las subescalas de ansiedad, depresión y de la escala general del HADs.

Observamos que los padres con alta EE presentan mayores puntuaciones en la subescala ansiedad y en la escala general del HADs. Estos resultados van en la misma línea que otros estudios, la literatura sobre el tema muestra que altos niveles de EE pueden provocar problemas del estado de ánimo en los cuidadores y se relacionan con una peor salud mental y mayor tensión en el cuidador (Sczufca & Kuipers, 1996; Tarrier et al., 1988; Wearden et al., 2000). El trabajo de Sepúlveda et al. (2011), realizado con una muestra española de cuidadores de pacientes con TCA, mostró una relación positiva entre el nivel de EE y el malestar psicológico en los cuidadores de estas pacientes.

Tanto en el grupo de padres como de madres altamente críticos se da una presencia de mayores puntuaciones en las subescalas de depresión y ansiedad y de la escala general, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

Sepúlveda et al. (2010) comprobaron que altos niveles de comentarios críticos predecían el estrés psicológico en familiares después de la intervención familiar. Según el estudio de Kyriacou et al. (2007), realizado con familiares de un grupo de 142 pacientes con Anorexia Nerviosa, unos mayores niveles de CC en las familias estaban relacionados con pobres percepciones (de dificultad y de negativismo) de la conducta de los pacientes y estaban relacionados también con una mayor tendencia a no querer recibir ayuda.

En el caso de las madres de alta SIE se da una tendencia fuerte a que presenten mayores puntuaciones de depresión, de ansiedad y de puntuaciones de la escala total del HADs que las madres menos sobreimplicadas. En el caso de los padres con alta SIE también se da esta misma tendencia, aunque las relaciones son estadísticamente significativas para las puntuaciones de ansiedad y de la escala general, pero no para la subescala de depresión. En el estudio de Kyriacou et al. (2007), realizado con familiares de un grupo de 142 pacientes con Anorexia Nerviosa, observaron que el componente sobreimplicación emocional también estaba asociado con depresión y ansiedad en la familia.

En nuestro estudio, las familias más intrusivas y con una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas muestran más ansiedad, presentando también mayores puntuaciones en la escala general del HADs. En el caso de los padres, los más intrusivos y con una peor actitud hacia la enfermedad se muestran más ansiosos y también aquellos que muestran una peor actitud hacia la enfermedad de sus hijas, presentan puntuaciones más elevadas en la escala total del instrumento HADs.

También en el estudio de Pérez-Pareja et al. (2014), realizado en una muestra española de la población en el que también se utilizó la LEE para evaluar la EE, se ha encontrado una relación positiva y significativa entre la EE, el malestar psicológico y la ansiedad; aquellos cuidadores con una actitud más negativa hacia la enfermedad han presentado mayores niveles de ansiedad (evaluada también con la HADs). También según el estudio de Sepúlveda et al. (2010), realizado en familiares con altas puntuaciones en EE de pacientes con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa, se han hallado mayores puntuaciones en los aspectos negativos de cuidado familiar que los que presentaban bajas puntuaciones en EE. De la misma forma, Whitney et al. (2005), han encontrado que madres con niveles elevados de estrés (con sentimientos de culpa y desamparo en respuesta al dolor) presentaban altas puntuaciones de EE.

En el estudio de Pérez-Pareja et al. (2014), se ha observado que la tolerancia hacia el paciente era la dimensión de la EE que tenía una mayor relación con los niveles de ansiedad y depresión en el cuidador. Una posible explicación que daban estos autores a este hallazgo era que la menor tolerancia entendida como el descontrol emocional en situaciones estresantes se podía relacionar con los mayores niveles de ansiedad y depresión manifestados en el cuidador (Pérez-Pareja et al., 2014). En nuestra investigación, a pesar de encontrar altas puntuaciones de EE en sujetos con elevados niveles de ansiedad, no se encuentran relaciones entre esta escala del LEE (Tolerancia/afrentamiento) y las puntuaciones de ansiedad.

Según los resultados obtenidos, se puede llegar a la conclusión de que los familiares que están a cargo del cuidado de una paciente con un trastorno alimentario presentan un alto riesgo de padecer problemas de ansiedad y depresión. Estos datos nos muestran como es de necesario crear un trabajo específico con los familiares de pacientes con TCA a través de programas de intervención familiar en los que se de una atención específica a posibles cuadros de ansiedad o depresión de los cuidadores (especialmente en los cuidadores primarios) en los que se puedan generar estrategias que mejoren las habilidades y competencias de los familiares en su autocuidado.

4. SINTOMATOLOGÍA SOBRE PATOLOGÍA ALIMENTARIA.

4.1. Sintomatología sobre patología alimentaria en los pacientes con TCA.

Las puntuaciones medias de las subescalas del EDI-II para las pacientes en la población estudiada son similares a las puntuaciones teóricas que aparecen en el manual en la mayoría de las subescalas, excepto en las subescalas de miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad, en las que encontramos unas puntuaciones ligeramente más altas que las presentadas en los datos normativos del manual (Garner, 1990).

Coincidiendo con los datos normativos y otros estudios (Bussolotti et al., 2002; Sunday, Halmi, Werdann & Levey, 1992), encontramos diferencias estadísticamente significativas en la subescala “Bulimia” entre pacientes con diferente tipología de TCA, encontrando mayores puntuaciones en los pacientes con BN y en las pacientes de subtipo purgativo que en las pacientes con AN y de tipo no purgativo. Encontramos que las pacientes de forma no purgativa y con AN presentan mayores puntuaciones en las

escalas de ascetismo y de miedo a la madurez (presentando relaciones significativas en las dos escalas para subtipo purgativo-no purgativo). El ascetismo es una característica que se ha relacionado tradicionalmente con las pacientes anoréxicas, al igual que el miedo a la madurez (Fairburn, Cooper & Doll 1999).

Aunque no encontremos una relación significativa, las pacientes purgativas presentan mayores puntuaciones que las no purgativas en la escala impulsividad, coincidiendo con los datos normativos y otros estudios (Bussolotti et al., 2002; Sunday et al., 1992). La impulsividad se ha relacionado con los pacientes que presentan una personalidad o trastorno límite, histriónico y antisocial (Vaz-Leal, Peñas-Lledó, Guisado-Macías, Ramos-Fuentes & López-Ibor, 2001).

4.2. Sintomatología sobre patología alimentaria en los pacientes con TCA y relación con la emoción expresada.

Aunque en nuestro estudio únicamente encontremos una tendencia fuerte a que los familiares de baja EE presenten hijas con mayores puntuaciones en la subescala “ascetismo”, en el grupo de familiares con alta EE las pacientes puntúan más alto en las subescalas de “bulimia”, “conciencia introceptiva” e “impulsividad”. Teniendo en cuenta que los familiares de pacientes con BN muestran mayores niveles de EE y las pacientes bulímicas se ha observado que presentan más rasgos de impulsividad, no es de extrañar encontrar estas relaciones.

En cuanto a la relación entre ascetismo y baja EE, la literatura muestra como uno de los rasgos característicos de las pacientes con AN es el ascetismo (Fairburn et al., 1999). Si tenemos en cuenta que las pacientes anoréxicas son menos problemáticas que las que presentan BN y observando en nuestro estudio que los familiares de pacientes con un TCA forma no purgativa presentan menores puntuaciones de EE que las purgativas, entenderemos que las familias de estas pacientes que presentan mayores puntuaciones en la escala ascetismo, se incluyan mayoritariamente en la categoría de baja EE. Esto también explica la relación inversa y casi significativa hallada en nuestro estudio entre la subescala “ascetismo” del EDI-2 y la actitud hacia la enfermedad de los familiares: las pacientes que puntúan alto en la escala de ascetismo también presentan familiares con una mejor actitud hacia la enfermedad, al ser menos problemáticas las pacientes anoréxicas, las familias mostrarían una actitud más favorable hacia ellas.

En cuanto a los niveles de CC, existe una tendencia fuerte a que en el grupo de madres más críticas, los niveles de impulsividad de las hijas sean mayores, resultados diferentes a los de Blair et al. (1995), que no encuentran ninguna relación entre la severidad de los síntomas y la frecuencia de los comentarios críticos, hallando bajos niveles de CC en las familias con AN.

En nuestro estudio, las madres más críticas presentarían hijas más impulsivas, posiblemente debido al rechazo que el comportamiento impulsivo de las hijas, relacionado con una mayor conflictividad que provocaría en estas madres. Aunque también podría darse la dirección contraria: las madres más críticas crearían mayores sentimientos de rechazo de las hijas con TCA que las llevarían a actuar impulsivamente como reacción al malestar de las mismas delante de la actitud crítica de las madres. Sea cual sea la dirección en la relación entre estas dos variables, lo que sí se ha observado en otras investigaciones es que la variable CC en las madres de hijos adolescentes con TCA es el factor pronóstico más poderoso para predecir los resultados del tratamiento en el caso de un TCA (Uehara et al., 2001; van Furth et al., 1996).

Si nos centramos en la SIE, ni en los padres ni en las madres se encuentran relaciones entre sobreimplicación emocional y patología alimentaria presente en las hijas, aunque podemos observar mayores puntuaciones en las subescalas del EDI-2 en familiares que presentan alta SIE. En el estudio de Kyriacou et al. (2008) también se hallaron relaciones entre la SIE y el nivel de gravedad de los síntomas, las puntuaciones más altas de sintomatología de TCA estaban asociadas a alta SIE. Podríamos pensar que aquellas pacientes más graves inspiran en los padres mayores sentimientos y actitudes de implicación emocional, por los riesgos que implica la gravedad de los síntomas en la salud de las hijas.

En relación a las demás escalas del LEE, observamos que existe una relación directa y significativa entre los niveles de tolerancia y afrontamiento de los familiares y la sintomatología bulímica de las hijas: en el grupo de familiares con una peor tolerancia y capacidad de afrontamiento, la sintomatología bulímica de las hijas es mayor. También encontramos tendencias fuertes a que en las hijas con mayores puntuaciones en la escala de “miedo a la madurez” tengan madres con una mejor capacidad de tolerancia y afrontamiento a la enfermedad. El miedo a la madurez es una característica propia del TCA subtipo no purgativo (Fairburn et al., 1999) y en nuestro estudio vemos esta escala relacionada con la forma no purgativa, así pues, podemos pensar que las pacientes con AN restrictiva o BN no purgativa son las que presentan madres con mejores estrategias

de afrontamiento de la enfermedad, a diferencia de las familias con hijas de subtipo purgativo, por las dificultades de relación que presentan. De la misma manera, en nuestro estudio encontramos que aquellas hijas más perfeccionistas y con mayores puntuaciones en ascetismo tienen madres con una mejor actitud hacia la enfermedad. El perfeccionismo y el ascetismo están considerados también como características temperamentales propias de la AN (Davis, Claridge & Fox, 2000; Fairburn et al., 1999). Estos resultados reafirman de nuevo que las pacientes con un TCA de forma purgativa de nuestro estudio tienen madres con una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas.

En los padres, encontramos la tendencia a que los que presentan mayor hostilidad, tengan hijas con una mayor insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal es un problema que remite a las pautas de crianza y las relaciones familiares actuales y que podría actuar para ocultar o denunciar otros problemas familiares (Espina et al., 1995). En nuestro estudio vemos que las pacientes podrían manifestar mayor insatisfacción corporal como reacción a la hostilidad de los padres hacia ellas y hacia la enfermedad.

5. GRADO DE IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE SOBRE LOS FAMILIARES.

5.1. Grado de impacto de los síntomas del paciente sobre los familiares y TCA.

Las madres presentan en todas las escalas mayores puntuaciones en la escala EDSIS que los padres, estas diferencias llegan a ser estadísticamente significativas para la escala “aislamiento social”. Las madres de pacientes con TCA tienen una mayor tendencia a aislarse que los padres. Uno de los impactos del TCA es que los familiares se sienten aislados de sus amigos y parientes, lo que incrementa su carga. Los padres se sienten excluidos y desanimados de cuidar a sus hijos, se sienten distanciados de sus amigos, familia extensa y profesionales sanitarios (Treasure et al., 2001; Treasure et al., 1995).

Observamos que las madres reciben un mayor impacto que los padres en relación a los síntomas de las hijas que sufren algún TCA. Ya como comentábamos anteriormente, las madres se verían más afectadas que los padres por la enfermedad de sus hijas y su comportamiento patológico (Whitney et al., 2007). El cuidado de una persona con un TCA puede tener un impacto negativo sobre el cuidador y en la muestra de nuestro estudio, las madres son las que más tiempo pasan en casa y con la

paciente, por lo tanto, esto puede provocar que estas madres estén más “quemadas” por la situación y puede hacer que el cuidado de una persona con un TCA tenga un mayor impacto negativo sobre ellas que en los padres, que pasan menos tiempo en casa, esto explicaría las altas puntuaciones del EDSIS en las madres.

En nuestro estudio encontramos la tendencia a que los familiares de pacientes con un TCA de forma purgativa presenten mayores puntuaciones en la escala “disregulación del comportamiento”. Se apuntaban anteriormente las dificultades que implica estar al cuidado de un paciente con BN o subtipo purgativo por las dos problemas de relación con los padres que presentan debido a sus rasgos de personalidad, impulsivos y tendiendo a manifestar conductas disruptivas. Muchos cuidadores de pacientes con BN sienten que la persona a la que cuidan es dependiente de ellos y que la enfermedad les hacen perder oportunidades, tanto a ellos como a la persona a la que cuidan (Winn et al., 2007), hecho que incrementaría el malestar y el mayor grado de impacto de la conducta de estos pacientes sobre la vida de sus familiares.

5.2. Grado de impacto de los síntomas de los pacientes sobre los familiares y relación con la emoción expresada.

Encontramos la tendencia general a que las familias con alta EE y altas puntuaciones en los componentes de la EE (SIE y CC) presenten mayores puntuaciones en las subescalas del EDSIS, y por lo tanto, a que expresen un mayor grado de impacto de la enfermedad de sus hijas.

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que la variable “disregulación comportamental”, entendida como los aspectos referentes al impacto directo de los síntomas del TCA o a los comportamientos del paciente en la vida familiar, es el factor o la dimensión de la escala EDSIS que tiene una mayor relación con la alta EE y las altas puntuaciones en CC, SIE y en algunas escalas del LEE (intrusismo, tolerancia y afrontamiento y actitud hacia la enfermedad). En ambos grupos de padres y madres encontramos relaciones significativas entre la variable disregulación comportamental y los niveles de EE. En el grupo de madres con una alta EE también observamos un mayor impacto del comportamiento de las hijas enfermas que en las madres con baja EE.

Acorde con estos resultados, también en el estudio de Sepúlveda et al. (2010), realizado en familiares de pacientes con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa se

hallaron mayores puntuaciones en los aspectos negativos de cuidado familiar y también sensación de pérdida de dependencia asociadas a altos niveles de EE (Sepúlveda et al., 2010). También según el estudio de Winn et al. (2007), realizado en familiares de pacientes con BN, la EE percibida por el paciente resultaba ser un factor predictivo significativo de la experiencia de cuidado negativa.

En nuestro estudio observamos que los familiares que presentan mayores sentimientos de culpabilidad por la enfermedad de las hijas presentan una peor actitud hacia la enfermedad, una peor tolerancia y afrontamiento del TCA y se muestran más intrusivos con sus hijas. En los padres también vemos que tanto los que presentan alta EE, alto CC como alta SIE, muestran mayores sentimientos de culpabilidad. También los padres que presentan mayor intrusismo y una peor actitud hacia la enfermedad se muestran más culpables. En las madres, las que presentan mayores sentimientos de culpabilidad son las que muestran una peor tolerancia y afrontamiento de la enfermedad y una actitud más negativa.

Otros autores también encuentran resultados similares. En el caso de los TCA, los cuidadores con alta EE a menudo presentan sentimientos de culpa con respecto a la enfermedad (Besharat et al., 2001; Whitney et al., 2005). Sepúlveda et al. (2012b) también consideran las escalas culpabilidad y aislamiento social predictoras de ansiedad y depresión en las familias de pacientes con TCA.

Existe una fuerte tendencia a que tanto padres como madres altamente críticos con sus hijas presenten un mayor impacto del comportamiento de las hijas sobre sus vidas. Observamos una tendencia fuerte a que los padres que presentan altos niveles de CC presenten mayores puntuaciones de la escala total del EDSIS.

En otros estudios también encontramos en los padres con elevados niveles de CC un peor ajuste social (Szmuckler et al., 1985) y el CC en las madres, para algunos autores, resulta ser la variable predictora más potente de recuperación (Uehara et al., 2001). Según el estudio de Kyriacou et al. (2007), realizado con familiares de un grupo de 142 pacientes con Anorexia Nerviosa, unos mayores niveles de CC en las familias estaban relacionados con pobres percepciones (de dificultad y de negativismo) de la conducta de los pacientes y estaban relacionados también con una mayor tendencia a no querer recibir ayuda de ellos. Los autores comprobaron como los altos niveles de comentarios críticos predecían el estrés psicológico en familiares después de la intervención familiar.

Una de las dificultades que tienen que afrontar las familias de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria es su papel como posibles causantes o favorecedores de los trastornos de sus hijas, algo que puede resultar culpabilizante y traumático. La mayoría de las familias a menudo sienten vergüenza, dolor y miedo de ser culpados, los padres se sienten excluidos y desanimados de cuidar a sus hijos (Treasure et al., 2001). Las interacciones negativas con los profesionales y una visión estereotipada de los padres todavía prevalecen (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004), hechos que contribuyen a que las familias se sientan culpables de los problemas de sus hijos. En nuestro estudio observamos que los padres con alta SIE presentan un mayor grado de impacto del comportamiento de las hijas y mayores sentimientos de culpabilidad que los padres con baja SIE.

En nuestro estudio observamos también que aquellos familiares que se muestran más preocupados por el daño sobre la salud física de sus hijas, presentan una peor actitud hacia la enfermedad de las mismas. También en los padres vemos la tendencia a que aquellos que tienen una peor actitud hacia la enfermedad muestren mayores sentimientos de culpabilidad y una mayor preocupación por las hijas en relación al miedo referente al daño sobre la salud física. Este resultado coincide con el estudio de Sepúlveda et al. (2012b), que observan como la escala nutrición resulta ser el mayor predictor de ansiedad y de depresión en cuidadores primarios.

Si nos centramos en las subescalas del LEE, se observan algunas relaciones significativas: los familiares más intrusivos con sus hijas, que presentan menor tolerancia a la enfermedad y una peor actitud hacia la misma son los que presentan mayores puntuaciones en la subescala “disregulación comportamental”.

También los que tienen una peor actitud hacia la enfermedad y una menor tolerancia y capacidad de afrontamiento, presentan mayores puntuaciones en la escala total del EDSIS. Las madres con una peor actitud hacia la enfermedad de las hijas y peores estrategias de tolerancia y afrontamiento, se ven mayormente impactadas por el comportamiento de las mismas y de la enfermedad.

Las dificultades por parte de los padres para afrontar la situación y la sensación recurrente de no poder más, de venirse abajo contribuyen a acrecentar la carga familiar, que a la vez contribuye a minar la capacidad de afrontamiento de los padres. Los comportamientos enfermizos de las hijas y el impacto que producen en las familias en nuestro estudio están relacionados con la falta de estrategias efectivas de afrontamiento de los padres y la actitud negativa de los mismos hacia las hijas.

Los padres que se perciben como más intrusivos muestran mayores sentimientos de culpabilidad, presentan un mayor impacto de la conducta de las hijas enfermas y presentan mayores puntuaciones de la escala EDSIS total. Por otra parte, observamos relaciones directas y significativas entre los padres con una peor actitud hacia la enfermedad y mayor impacto de las conductas de las hijas enfermas y las puntuaciones de la escala EDSIS total. Autores como Eisler et al. (2000) y Sepúlveda et al. (2010) también observan que una mayor EE está relacionada con el estrés y una valoración más negativa del cuidado de los pacientes por parte de los familiares.

Los resultados que acabamos de comentar, apoyarían el modelo de estrés en familiares de TCA (McMaster et al., 2004). Según este modelo, las relaciones interpersonales contribuyen al mantenimiento de la enfermedad si están caracterizadas por un esfuerzo excesivo o insuficiente como respuesta a la enfermedad. Sepúlveda et al. (2010) muestran que una intervención familiar estructurada puede reducir significativamente los valores de ansiedad y depresión de los cuidadores, mejorando además la sobreimplicación emocional y los aspectos negativos de la experiencia de cuidado. En nuestro estudio vemos como las estrategias de tolerancia y afrontamiento de la enfermedad son factores relacionados directamente con el grado de impacto de la enfermedad sobre la familia, también la actitud de los padres hacia el enfermo y la mirada hacia el paciente que condicionan el grado de malestar del cuidador. Si entendemos que las relaciones familiares y la actitud de los mismos hacia el paciente pueden tener un efecto importante sobre la propia evolución de los enfermos, se hace necesario incluir a los cuidadores en el tratamiento de los TCA e incidir sobre estos componentes, así lo consideran diferentes autores que han investigado sobre estos factores en pacientes y familiares con TCA, observando que la inclusión de las familias en el abordaje terapéutico favorece la recuperación de la enfermedad y reduce el riesgo a sufrir una recaída (Haigh & Treasure, 2003; Hodes & Le Grange, 1993; Holtkamp, Herpertz-Dahlmann & Vloet, 2005; Muscari, 2002; Treasure et al., 2008b; Uehara et al., 2001; van Furth et al., 1996).

6. COHESIÓN Y ADAPTACIÓN FAMILIAR.

6.1. Cohesión y adaptación familiar en los familiares de pacientes con TCA.

En nuestro estudio no observamos diferencias significativas en cómo perciben los padres de cohesionadas a sus familias y cómo las perciben sus madres, la mayoría de los familiares perciben a sus familias como separadas y como unidas. En relación a la adaptación, los padres perciben también a sus familias de manera similar a las madres, ambos grupos tienen la tendencia a percibirse como familias estructuradas y flexibles.

El 82% de las personas encuestadas se encuentran en una situación familiar equilibrada y el 18% en una situación familiar extrema. Estos resultados no coinciden con el grueso de investigaciones que exploran las relaciones entre funcionamiento familiar y TCA, mostrando como la psicopatología alimentaria se asocia con la presencia de ambientes familiares desfavorecedores para el desarrollo óptimo del individuo (Davis, Shuster, Blackmore y Fox, 2004).

En las familias de pacientes con TCA se ha observado una menor adaptación, una menor cohesión y un mayor conflicto familiar (Kog & Vaderecken, 1989; Selvinni-Palazolli, 1978) así como la presencia de una menor cohesión y flexibilidad (Vázquez et al., 2001; Vidovic et al., 2005). En relación a la cohesión familiar, Rausch & Bay (1997) constataron que las jóvenes cuyas familias manifestaban una alta cohesión, presentaban menor riesgo de padecer un desorden alimentario. Las familias en las cuales se presentan trastornos de alimentación se percibían a sí mismas como más vulnerables a las relaciones conflictivas y con menos disposición a la expresión de emociones que las familias en las que no existía este tipo de trastornos (Wisotsky et al., 2003).

No observamos relaciones significativas entre las pacientes con AN y BN y los subtipos purgativo-no purgativo en relación a niveles de adaptación y cohesión en los familiares, resultados contradictorios a los de otras investigaciones sobre funcionamiento familiar y TCA que señalan diferencias entre las familias con AN y BN, hallando que las familias de personas con BN se sienten poco cohesionadas con la

familia (Vázquez et al., 2001). Evaluando a las pacientes con la *Family Environment Scale* (Moos & Moos, 1986), Strober (1981) halló que el nivel de interacción conflictiva y de expresión negativa era significativamente mayor en las anoréxicas purgativas que en las restrictivas. Casper & Troiani (2001) encontraron un mayor nivel de conflicto no resuelto, malestar y afecto negativo en las familias de bulímicas que en las familias de anoréxicas y en las de controles sanos. Otros investigadores también han observado que las familias bulímicas son más conflictivas que las familias con un miembro familiar con AN (Strober, 1981; Szmukler et al., 1985) y las familias de pacientes anoréxicas son más cerradas que las familias de pacientes con BN (Kog & Vandereyken, 1989; Strober, 1981).

De acuerdo con el modelo de familia psicossomática de Minuchin, las familias con trastornos alimentarios y más específicamente las pacientes con anorexia nerviosa presentan una manera específica de relacionarse con los familiares. El *Modelo Circumplejo* podría predecir en estas familias la tipología de funcionamiento familiar, que generalmente presenta puntuaciones extremas las cuales se encuadran en patrones de rigidez. En nuestro estudio no hemos podido ver estas relaciones, ya que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de cohesión y adaptación familiar entre BN y AN ni entre subtipos (purgativo-no purgativo) y hemos encontrado la mayoría de los familiares situados en la categoría de familias equilibradas.

Según el estudio de Dare et al. (1994) en el que exploran las percepciones de funcionamiento familiar de padres e hijos, vemos que mientras los hijos ven a las familias como menos cohesionadas, los padres tienen tendencia a ver a las familias como equilibradas (flexiblemente separadas). La mayoría de los autores indican que las hijas consideran que su ambiente familiar está más deteriorado que sus padres (Dancyger et al., 2005; Emmanuelli et al., 2003; Sánchez et al., 2003; Vázquez et al., 2001; Vidovic et al., 2005), hecho que demuestra las divergencias entre padres e hijas a la hora de valorar el funcionamiento familiar percibido. Según el estudio de Dancyger et al. (2005), al comparar la percepción del funcionamiento familiar que tienen las hijas con trastornos de la alimentación con la percepción de sus padres, encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes y sus padres. Las madres consideraron que el funcionamiento familiar era significativamente saludable y poco caótico, en cambio sus hijas no coincidieron con la opinión de las madres (Dancyger et al., 2005). Esta diferencia en la percepción de madres e hijos podría explicar la ausencia de relaciones entre EE y funcionamiento familiar percibido por los padres que han participado en nuestra investigación.

6.2. Cohesión y adaptación familiar en los familiares de pacientes con TCA y relación con la emoción expresada.

En nuestro estudio no hemos encontrado relaciones estadísticamente significativas entre EE y niveles de cohesión y adaptación familiar, a diferencia de otros estudios que si que encuentran diferencias entre los familiares con alta y baja EE (Dare et al., 1994; Le Grange et al., 1992). La mayoría de estudios muestran un funcionamiento familiar más deteriorado en las familias con algún miembro con TCA (Ordman & Kirschenbaum, 1986). En cuanto a cohesión familiar, según el estudio de Dare y colaboradores (1994), las familias que presentaban una alta EE percibían a sus familias como menos cohesionadas que las familias con baja EE.

Aunque no observemos relaciones entre EE y cohesión familiar, si analizamos las subescalas del EE, en nuestro estudio observamos que las familias que presentan mayor hostilidad perciben la estructura familiar como poco cohesionada (desvinculadas). Por otra parte, en la muestra de padres con alta sobreimplicación emocional observamos la tendencia a que presenten mayores niveles de adaptación familiar.

Como ya se ha comentado anteriormente, el efecto de deseabilidad social podría explicar porque no se dan relaciones entre los diferentes grupos de padres y madres con EE y las variables de funcionamiento familiar, ya que se ha observado que cuando son los familiares los que opinan sobre su propia percepción de funcionamiento familiar y cuando el instrumento de evaluación es de tipo autoinforme, se produce un sesgo. Según estudios de diferentes autores que exploran las percepciones de funcionamiento familiar de padres e hijos (Cook-Darzens et al., 2005; Dare et al., 1994;), vemos que mientras los hijos ven a las familias como menos cohesionadas, los padres tienen tendencia a ver a las familias como a equilibradas (flexiblemente separadas), resultados que coinciden con los de nuestro estudio.

En el caso de los pacientes con AN, algunos estudios indican una falta de correlación entre la gravedad de la enfermedad y la conflictividad familiar (al igual que en nuestro estudio tampoco se encuentran relaciones), de forma que la mejoría de los pacientes tampoco coincidiría con una mejoría de la interacción en la familia (Gowers & North, 1999). Otros investigadores consideran que las familias equilibradas son más funcionales para el desarrollo individual y familiar (Olson et al, 1978), por lo que podría

considerarse la participación en el tratamiento de estas familias beneficiosa. Según Olson y colaboradores (1978), los tipos equilibrados de familia según su cohesión y adaptación son más capaces de cambiar su modo de funcionamiento y por ello su participación en el tratamiento de la conducta alimentaria de sus hijas. Las familias extremas, por el contrario, se resistirán a este cambio, por lo que su participación en el tratamiento será menos beneficiosa.

En nuestro estudio, la mayoría de los familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria coinciden en percibirse dentro de los tipos equilibrados de familias según el modelo circumplejo. Estos datos se refieren a familias caracterizadas por la habilidad de sus miembros de experimentar y poner en equilibrio los extremos de independencia y unión respecto a su familia y donde los individuos tienen libertad para estar más unidos o aislados según su deseo.

Es importante reconocer que este estudio toma en cuenta únicamente la percepción de los padres sobre el funcionamiento familiar, por lo que ofrece un enfoque unilateral. Sería interesante haber podido conocer además de la opinión de la familia la percepción de los propios pacientes sobre como aprecian ellos la cohesión y la adaptación de sus familias, ya que existen diferencias importantes entre la percepción de hijas y padres, por lo que en futuras investigaciones habrá que agregar la perspectiva de los pacientes a fin de evaluar si estas relaciones entre el TCA y el funcionamiento familiar se mantienen o si se presentan variaciones de acuerdo con diferentes integrantes de su familia.

7. Posibles variables predictoras

El análisis de regresión realizado *a posteriori*, nos ha permitido conocer cuáles son las variables que podrían predecir una alta EE. Se ha encontrado que la presencia de conductas purgativas y de conductas de ascetismo en las pacientes podría predecir una alta EE.

El impacto debido a la disregulación comportamental de las hijas sobre las madres y el aislamiento social son factores que también podrían influir en el hecho de que las madres se percibieran como del grupo de alta EE.

8. Limitaciones

Una de las mayores limitaciones que presenta este estudio y otras investigaciones sobre EE en trastornos de la conducta alimentaria es que son estudios de tipo transversal, hecho que dificulta determinar las relaciones causales entre variables. En cuanto a la causalidad del funcionamiento familiar en los TCA, no queda claro si los procesos implicados en el funcionamiento familiar son de importancia etiológica o son una respuesta a la misma enfermedad. No sabemos si existe una relación causal en las asociaciones entre la EE y las distintas variables que se han encontrado relacionadas, ya que la existencia de una alta EE puede ser la que agrave los síntomas en un TCA o provoque una recaída, pero también son las conductas disruptivas asociadas a la recaída y a la sintomatología de un TCA las que provocarían en los familiares mayores niveles de EE.

En nuestro estudio analizamos únicamente los resultados de la EE percibida por los familiares de los pacientes con TCA. Creemos que la inclusión de ambas medidas de niveles de EE percibida tanto por los pacientes como por los padres, más allá de la única perspectiva del paciente o cuidador puede enriquecer nuestra comprensión del papel de los procesos de la familia y de la evolución y el tratamiento de los TCA.

Otra limitación importante a destacar en referencia a la muestra de la población evaluada es que en nuestro estudio no se han incluido familias controles, lo que impide identificar si los patrones de variabilidad pueden ser considerados normativos en dichos contextos o son específicos de estas familias.

9. Puntos fuertes.

Es extensa la bibliografía sobre EE y esquizofrenia, pero en otro tipo de trastornos mentales, las investigaciones orientadas a explorar las relaciones entre esta variable de ambiente familiar y las variables tanto de curso clínico como referentes a la psicopatología de los familiares, de los pacientes y al funcionamiento familiar, son relativamente recientes. Este estudio aporta un análisis en profundidad de la EE y otros aspectos relevantes de interacción familiar y psicopatología en los familiares de pacientes que padecen un TCA, del que se extraen unos resultados que aportan

información relevante tanto para el tratamiento de estos trastornos como para la intervención en los familiares de estos pacientes.

El estudio se ha realizado en una muestra importante de pacientes ingresadas en régimen de hospitalización y de sus familiares. Se trata de una muestra de chicas en sus primeros meses de hospitalización. Otros estudios utilizan muestras de pacientes ambulatorios o muestras mixtas y con diferentes rangos de edad (adolescentes o adultos) o de diferentes géneros, hechos que dificultan la comparabilidad entre las muestras de las diferentes investigaciones. En algunos estudios se evalúan muestras de adultos con TCA, lo que puede modificar el patrón de interacción familiar con respecto a cuándo es un adolescente quien presenta el trastorno (Woodside, Wolfson, Garfinkel & Olmsted, 1995). En nuestro estudio la muestra estudiada es bastante homogénea en relación al momento de evolución de problema con un rango de edades que pertenecen a las etapas de la preadolescencia, adolescencia y juventud.

En nuestro estudio hemos encontrado necesario categorizar en subtipo purgativo-no purgativo los pacientes objeto de estudio, lo que puede considerarse como un punto fuerte a destacar de esta investigación. Existe cierta dificultad para establecer comparaciones entre estudios realizados en diferentes años debido a los diferentes criterios para establecer el diagnóstico de los TCA, algunos estudios no diferencian entre subtipos y purgativo, los estudios utilizan diferentes criterios diagnósticos para establecer el diagnóstico de TCA y otros ni siquiera mencionan el criterio utilizado para diagnosticar el TCA. Categorizar los TCA en los subtipos restrictivo o purgativo es de especial importancia, puesto son muchos los investigadores que han encontrado que esta diferenciación hace variar los niveles de EE halladas entre los pacientes (Dare et al., 1994; Hoste & Le Grange, 2008; Santonaso et al., 1997; Szmukler et al., 1985, 1987; van Furth et al., 1996).

10. Aportaciones y líneas futuras de investigación.

A la vista de los resultados encontrados en este estudio, consideramos que la intervención en los familiares de un paciente con un TCA es muy importante. Mejorar en la atención a los cuidadores de un paciente con un TCA podría ser un aspecto a destacar en futuras intervenciones, ya que como han mostrado estudios previos, los niveles de EE pueden repercutir en la recuperación de éstas pacientes (Butzlaff & Hooley, 1998; Schmidt & Treasure, 2006). Aumentar el asesoramiento y apoyo

psicológico de los cuidadores de un paciente con un TCA sería de gran interés dentro de esta patología para ayudar de cara a su recuperación y salida del trastorno alimentario, sobretodo es necesario incidir en aquellos aspectos de la intervención familiar que en nuestro estudio hemos encontrado de especial relevancia: la importancia de crear programas de intervención que incidan directamente sobre los niveles de ansiedad y de depresión de los familiares (especialmente en las madres), que incidan en aspectos psicológicos como los sentimientos de culpabilidad de los familiares, dirigidos a aminorar el impacto del comportamiento de las hijas sobre los familiares (especialmente de los familiares de pacientes de subtipo purgativo), que aporten estrategias de afrontamiento y tolerancia a la enfermedad y que mejoren la actitud de los padres hacia el trastorno alimentario.

Un objetivo importante de las estrategias familiares es mejorar el funcionamiento familiar y reducir la sobrecarga, especialmente de las personas más directamente involucradas en los cuidados del paciente, para ello es necesario diseñar intervenciones dirigidas a la reducción de la crítica por parte de los familiares y proporcionar estrategias y recursos a nivel psicológico para poder sobrellevar la sobrecarga que sufren los familiares. Junto a las mejoras clínicas, sociales y familiares, otro efecto beneficioso derivado de la integración de programas de intervención en los familiares de pacientes con TCA en el sistema asistencial, es el ahorro que supondría en el coste económico de los servicios.

Cómo líneas de trabajo futuras consideramos de gran importancia continuar investigando la relación que se encuentra entre la EE en los cuidadores de los pacientes de un TCA y la aparición de malestar psicológico en el cuidador, para poder elaborar terapias e intervenciones que ayuden al cuidador y al mismo tiempo refuercen y ayuden en la recuperación del paciente con TCA.

Asimismo, sería deseable la realización de estudios longitudinales con grupos más amplios y más específicos que permitan contrastar con una mayor fiabilidad las diferencias entre el tipo de patología, su evolución y la organización familiar y que permitan señalar cómo cambia la percepción del funcionamiento familiar a través de la evolución de la enfermedad y del tratamiento.

Por último, es necesario destacar la importancia de evaluar también las percepciones de EE de los pacientes, ya que este estudio se centra únicamente en la percepción de la EE y el funcionamiento familiar de los padres. En futuras investigaciones habrá que agregar la perspectiva de los pacientes, a fin de evaluar si

estas relaciones entre el TCA y el funcionamiento familiar se mantienen o si se presentan variaciones de acuerdo con diferentes integrantes de su familia.

CAPÍTULO 6. Conclusiones.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.

1. Las pacientes subtipo purgativo presentan mayores puntuaciones en todos los componentes de la EE y mayores puntuaciones en la EE global.
2. Observamos una mayor puntuación de EE en los familiares de pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad y mayor edad.
3. Los familiares más críticos, con una peor actitud hacia la enfermedad y con una menor tolerancia hacia la enfermedad y peores estrategias de afrontamiento tienen hijas que han presentado un mayor número de ingresos.
4. Encontramos relaciones positivas y significativas entre la emoción expresada y los niveles de psicopatología de las familias.
5. Las madres más sobreimplicadas presentan mayores niveles de depresión, mientras los padres con mayores puntuaciones de sobreimplicación emocional presentan mayores niveles de ansiedad.
6. Encontramos relaciones positivas y significativas entre la emoción expresada y el grado de impacto del TCA en los familiares.
7. Las madres más críticas tienen hijas más impulsivas.
8. Las familias que presentan más sentimientos de culpabilidad son las que presentan una peor actitud y peores estrategias de tolerancia y afrontamiento de la enfermedad de las hijas.
9. Observamos que la escala del EDSIS que mayor explica la EE es la de “disregulación del comportamiento”. Esta escala se relaciona con la forma purgativa de las pacientes: los familiares de pacientes con TCA forma purgativa perciben un mayor grado de impacto del comportamiento patológico de las hijas enfermas.
10. Los familiares con mayores puntuaciones de EE, CC, SIE, más intrusivos, con una peor actitud y peores estrategias de tolerancia y afrontamiento hacia la enfermedad, presentan mayores puntuaciones en la escala disregulación comportamental y mayores puntuaciones totales del EDSIS.

11. Las madres presentan en todas las escalas mayores puntuaciones que los padres, tanto en la escala HADs como en la escala EDSIS. Para la escala EDSIS, estas diferencias llegan a ser estadísticamente significativas para la escala "aislamiento social". Las madres con pacientes con TCA tienen una mayor tendencia a aislarse que los padres y reciben un mayor impacto que los padres en relación a los síntomas de las hijas que sufren algún TCA.
12. En relación a las escalas del EDI-2, la única escala que guarda relación con la EE es la de ascetismo: las pacientes con mayores puntuaciones en esta escala presentan baja EE.
13. Los familiares con hijas que presentan altas puntuaciones en ascetismo presentan una mejor actitud hacia la enfermedad.
14. Las madres con hijas con altas puntuaciones en ascetismo y perfeccionismo presentan una mejor tolerancia y afrontamiento de la enfermedad.
15. Los familiares que presentan hijas con altas puntuaciones en la escala bulimia, presentan una peor tolerancia y peores estrategias de afrontamiento de la enfermedad.
16. No encontramos relaciones entre funcionamiento familiar (cohesión y adaptación) y EE.
17. Encontramos relaciones entre hostilidad y cohesión familiar: las familias más hostiles son las que se perciben como las menos cohesionadas entre sus miembros familiares.
18. Encontramos relaciones entre sobreimplicación emocional y adaptación, las familias más sobreimplicadas se perciben con una mayor adaptación familiar.
19. La mayoría de los familiares de la muestra de nuestro estudio de perciben como familias equilibradas.

CAPÍTULO 7. Bibliografía.

CAPÍTULO 7. BIBLIOGRAFIA

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto-juvenil*. Madrid: Avatar.
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T. & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Alvárez-Moya, E. M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., Bulik, C. M., & Fernández-Aranda, F. (2007). Comparison of personality risk factors in Bulimia nervosa and Pathological gambling. *Comprehensive psychiatry*, 48, 452-457.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242-247.
- Arrufat, F. (2006). *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Aylard, P. R., Gooding, J. H., McKenna, P. J. & Snaith, R. P. (1987). A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 261-268.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clin Psychol Rev*, 27, 384-405.
- Baker, B., Helmes, E. & Kazarian, S. S. (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relations to rehospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 263-269.

- Barrowclough, C. & Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 23, 849-880.
- Barrowclough, C., Johnston, M. & Tarrier, N. (1994). Attributions, expressed emotion and patient relapse: an attributional model of relatives response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy*, 25, 67- 88.
- Barrowclough, C., Tarrier, N. & Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 691-702.
- Bebbington, P. & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia. An aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707–718.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for beck depression inventory II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychology Corporation.
- Berbel-Serrano, E., Sepúlveda, A. R., Graell-Bernal, M., Carrobbles, J. A. y Morandé, G. (2010). Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 179-192.
- Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G. & Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99, 9486- 491.
- Besharat, M. A., Eisler, I. & Dare, C. (2001). The self- and other- blame scale (SOBS). The background and presentation of a new instrument for measuring blame in families. *American Journal of Family Therapy*, 23, 208-223.
- Biegel, D. E., Milligan, S. E., Putnam, P. L. & Song, L.Y. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30, 473-494.
- Birmingham, C., Su, J., Hlynsky, J., Goldner, E. & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 38, 6-143.
- Blair, C., Freeman, C. & Cull, A. (1995). The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychol Med*, 25, 985-993.
- Brewin, C. R., Mc Carthy, B., Duda, K. & Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 546- 554.
- Brown, G. W., Carstairs, G. M. & Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic patients. *The Lancet*, 2, 685-689.
- Brown, M., Monck, E., Carstairs, G. & Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-67.

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *American Journal Psychiatry*, 139, 1531-8.
- Bulik, C., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 305-312.
- Bussolotti, D., Fernández-Aranda F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V. y Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders. An analysis of its relevance. *J Psychosom Res.*, 53(6), 1139-45.
- Butzlaff, R. L. & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Carral-Fernandez, Sepulveda, Gomez del Barrio, Graell and Treasure (2013). The Spanish Validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS). *Psychiatry Res.*, 30, 209(3), 626-31.
- Casper, R. E. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52, 156-170.
- Casper, R. E. & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chambless, D. & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- Cole, J. D. & Kazarian, S. S. (1988). The Level of Emotion Expressed Scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 392-397.
- Cook Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. & Mouren, M. C. (2005). Self perceived family functioning in 40 french families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorder Review*, 13, 223-236.
- Crisp, A. H. (1965). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: Study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 67-78.
- Crisp, A. H. (1980). Anorexia nervosa. New York: Grune y Stratton. En D. M. Garner (1998), *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Cummings, M.M., Johnson, C., Bradley, K., Leatherwood, D. & Guzzetta, C. (2001). Developing and implementing a comprehensive program for children and adolescents with eating disorders. *Journal of Child and Adolescents Psychiatry Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescents Psychiatry Nurses*, 14, 167-178.

- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W. & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.
- Dare, C. (1993). Aetiological models and the psychotherapy of psychosomatic disorders. En Hodes, M. y Morey, S. (Eds.), *Psychological treatments in disease and illness*. London: Gaskell.
- Dare, C. & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment program for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 4-18.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F. M. & Szumkler, G. I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 39-57.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I. & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *Int J Eat Disord*, 16, 211-226.
- Davis, C., Claridge, G. & Fox, J. (2000). Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *Int J Eat Disord*, 27(1), 67-73.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. & Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and the risk for eating disorders. *Int J Eat Disord*, 35(2), 136-44.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (2003). *Pla de Salut de Catalunya (2002-2005)*. Recuperado de: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc5216.html>
- Díaz, M., Carrasco, J. L., Prieto, R. y Sáiz, J. (1999). El rol de la personalidad en los trastornos del comportamiento alimentario. *Actas Esp Psiquiatr*, 27, 43-50.
- Di Paola, F., Faravelli, C. & Ricca, V. (2010). Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 401-405.
- Docherty, N. M. & Serper, M. R. (1990). Development and preliminary validation of a questionnaire assessment of expressed emotion. *Psychological Reports*, 67, 279-287.
- Duclos, J., Maria, A. S., Dorard, G., Curt, F., Apfel, A., Vibert, S., ... Godart, N. (2013). Bonding and expressed emotion: two interlinked concepts? *Psychopathology*, 46, 404-12.
- Duclos, J., Vibert, S., Mattar, L. & Godart, N. (2012). Expressed Emotion in Families of Patients with Eating Disorders: A Review of the Literature. *Current Psychiatry Reviews*, 3, 183-202.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy, Special Issue - Multi-family therapy in anorexia nervosa*, 27, 104-131.

- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. & Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 552-60.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E. & Le Grange, D. (2000). Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Watkins, B., Lask, B. & Waller, G. (2003). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mother's perceptions. *Eating behaviors*, 4, 27-39.
- Epstein, N., Baldwin, L. & Bishop, S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Espina, A., y Ortego, A. (2000). Terapia multifamiliar en los trastornos alimentarios. *Sistémica*, 8, 61-74.
- Espina, A., Pumar, B., García, E. y Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 5-17.
- Espina, A., Pumar, B., Santos, A., Gonzalez, P., García, E. y Ayerbe, A. (1999). Correlación entre la Emoción Expresada por los padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 19, 71, 394-406.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness of the patient family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Fairburn C. G. & Harrison, P. J. (2000). Eating disorders. *The Lancet*, 360, 407-416.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Tozzi, F., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Halmi, K. A.,...Bulik, C. M. (2007). Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 24-31.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M.,... Bulik, C.M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157, 147-57.
- Fisher, C. A., Hetrick, S. E. & Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*, 14(4). doi: CD004780.
- Forjaz, M.J., Martinez-Cano, P. & Cervera-Enguix, S. (2002). Confirmatory factor Analysis, Reliability, and Validity of a Spanish Version of FACES III. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 439-49.

- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. & Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 434-441.
- Freudenberger H. J. (1974). Staff burnout. *J Soc Issues*, 30, 159-65.
- Friedmann, M. S. & Goldstein, M. J. (1993). Relative's awareness of their own expressed emotion as measured by a self-report adjective checklist. *Family Process*, 32, 459-471.
- Friedmann, M. S. & Goldstein, M. J. (1994). Relatives perceptions of their interactional behavior with a schizophrenic family member. *Family Process*, 33, 377-387.
- García Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspectiva*. New York: Brunnel/Mazel.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P., Brandes, J. S., O'Hanlon, J. & Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13, 821-828.
- Garner, D.M. (1998). *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Garner, D. M. & Bemis, K. M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 1-27.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 484-491.
- Garner, D.M., Vitousek, K. & Pike, K. (1997). Cognitive-behavioural therapy for anorexia nervosa. En Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (2ª Ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Gilbert, A. A., Shaw, S. M. & Notar, M. K. (2000). The impact of eating disorders on family relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 331-345.
- Goddard, E., McDonald, P., Naumann, U., Landau, S., Sepulveda, A. R., Schmidt, U. & Treasure, J. (2011). A randomised controlled trial examining the effects of a skills training programme for carers of people with eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199, 225-231.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. y Venegas, M. (2011). Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. *Revista De Psicología*, 11(1). Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewArticle/17211/17928>.

- Gottschalk, L., Falloon, I., Marder, S., Lebell, M., Gift, T. & Wynne, L. (1988). The prediction of relapse of schizophrenic patients using emotional data obtained from their relatives. *Psychiatry Research*, 25, 261-276.
- Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J., & de Zwaan, M. (2008). The needs of carers of patients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16, 21-29.
- Grigg, N. D., Friedsen, J. D. y Sheppy, M. I. (1989). *J Marital and Family Therapy*, 15, 29-42.
- Haigh, R. & Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Careers Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11, 125-141.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hedlund, S., Fichter, M., Quadflieg, N., Brandl, C. (2003). Expressed emotion, family environment and parental bonding in bulimia nervosa: a six year investigation. *Eat Weight Disord*, 8, 26-35.
- Hight, N., Thompson, M. & King, R. M. (2005). The experience of living with a person with an eating disorder: The impact on the careers. *European Eating Disorders Review*, 13, 327-344.
- Hodes, M., Dare, C., Dodge, E. & Eisler, I. (1999). The assessment of expressed emotion in a standardised family interview. *J Child Psychol Psychiatry*, 40, 617-25.
- Hodes, M. & Le Grange, D. (1993). Expressed emotion in the investigation of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 279-288.
- Hoek, H .W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 389-94.
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B. & Vloet, T. (2005). Group psychoeducation for parent of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 13, 381-190.
- Hooley, J. M. & Richters, J. E. (1995). Expressed Emotion: A developmental perspective. En Cicchetti, D. y Toth, S. L. (Eds.). *Emotion, cognition, and representation*, 6, 133-166. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed Emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Hooley, J. M. & Campbell, C. (2002). Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine*, 32, 1091-9.
- Hoste, R. R., Labuschagne, Z., Lock, J. & Le Grange, D. (2012). Cultural variability in expressed emotion among families of adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 142-145.

- Hoste, R. R. & Le Grange, D. (2008). Expressed emotion among white and ethnic minority families of adolescents with bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 16, 395-400.
- Hooley, J. M., Orley, J. & Teasdale, J. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Hooley, J. M. & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 205-214.
- Humphrey, L. L & Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: a theoretical integration. *Journal of marital and family therapy*, 14, 337-50.
- Johnson, C. & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiatry*, 142, 1321-1324.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiat.*, 59, 545-52.
- Kaslow, F. W. (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. USA: John Wiley & Sons Inc.
- Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C. & Rosen, A. (1997). The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, 70, 185-195.
- Kazarian, S., Malla, A., Cole, J. & Baker, B. (1990). Comparisons of two expressed emotion scales with the camberwell family interview. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 306-309.
- King, S., Richard, N., Rochon, V., Steiger, H. & Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 117, 211-222.
- Klump, K. L., Burt, A., McGue, M. & Lacono, W. G. (2007). Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 641, 409-415.
- Klump, K. L., McGue, M. & Lacono, W.G. (2003). Differential heredability of eating attitudes and behaviors in prepubertal versus pubertal twins. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 287-292.
- Kog, E., Vertommen, H. & Vandereycken, W. (1987). Minuchin's Psychosomatic Family Model Revised: A Concept-Validation Study Using a Multitrait-Multimethod Approach. *Family Process*, 26, 235-253.

- Kreisman, D., Blumenthal, R., Borenstein, M., Woerner, M., Kane, J., Rifkin, A. & Reardon, G. (1988). Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low dose neuroleptics: the family's view. *Psychiatry*, 51, 3-13.
- Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: Implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 207-210.
- Kyriacou, M., Treasure, J. & Schmidt, U. (2008). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: An examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 37-46.
- Lahortiga-Ramos, F., De Irala-Estévez, J., Cano-Prous, A., Gual-García, P., Martínez-González, M. A. & Cervera-Enguix, S. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *Eur Psychiatry*, 20, 179-85.
- Lapid, M., Prom, M., Burton, M., McAlpine, D., Sutor, B. & Rummans, T. (2010). Eating disorders in the elderly International. *Psychogeriatrics*, 22, 523-536.
- Laségue, C. (1873). "La Anorexia Histórica". *Vertex*, 1, 58-64.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. & Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. London, New York: The Guildford Press.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two-year follow up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- Le Grange, D., Binford, R. & Loeb, K. (2005). Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 41-46.
- Le Grange, D. y Eisler, I. (2009). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 159-173.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. & Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: A study of expressed emotion. *American Journal of Family Therapy*, 14, 177-192.
- Le Grange, D., Hoste, R. R., Lock, J., & Bryson, S. (2011). Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: Outcome in family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 731-734.

- Le Grange, D., Lock, D., Loeb, K. & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1-5.
- Le Grange, D., Rienecke, R., Lock, J. & Bryson, S. (2011). Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: Outcome in family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 731-734.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. & Dare, C. (2001). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: The Guildford Press.
- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Neipp, M. C.,...Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HADS en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12, 76-87.
- Macdonald, P., Murray, J., Goddard, E. & Treasure, J. (2011). Skills training for carers of people with eating disorders: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 19, 475-486.
- Magana, A., Goldstein, J., Karno, M., Miklowitz, D., Jenkins, J. & Falloon, I. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.
- McMaster, R., Beale, B., Hillege, S. & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal Mental Health Nursing*, 13, 67-73.
- Medina, C., Grau, A., Navarro, J. B., Sánchez-Ostiz, M. P., Gago, M., Hernández, G.,... Sánchez, M. (2009a). Influencia de la evolución del Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Emoción Expresada Familiar. *Newsletter*, 2, 54-67.
- Medina, C., Grau, A., Navarro, J. B., Sanchez-Ostiz, M. P., Gago, M., Hernandez, G.,...Sanchez, M. (2009b). *Percepción de pacientes con TCA de la EE por sus familiares y nivel de estrés ante los mismos*. VII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Palma de Mallorca, 20-22 mayo (paper).
- Medina, C., Navarro, J.B., López, S. R., Grau, A. & Obiols, J. (2011a). Dyadic view of expressed emotion, stress and eating disorder psychopathology. *Appetite*, 57, 743-748.
- Medina, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A. & Obiols, J. (2011b). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 30, 291-296.
- Méndez, A., Orta, E. y Peñate, W. (2004). Primeros datos de validación de una escala para evaluar la emoción expresada (EEE). *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 591-621.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S. & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-31.

- Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. C. (1975). A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., *et al.* (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255 -259.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral*, 3, 243-60.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health*, 24, 212-9.
- Moulds, M. L., Touyz, S. W., Schotte, D., Beaumont, P. J. V., Griffiths, R., Russell, J. & Charles, M. (2000). Perceived expressed emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 288-296.
- Muscari, M. (2002). Effective management of adolescents with anorexia and bulimia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40, 23-31.
- Mykletun A., Stordal E. & Dahl A. A. (2001). Hospital anxiety and depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M, Haines, J. I., Story, M.T., Sherwood, N. E. & van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*, 33, 359-369.
- NICE (2004). *National Clinical Practice Guideline: Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence.
- Nielsen, S. y Bara-Carril, N. (2003). Family burden of care, and social consequences. En Treasure, J., Schmidt, U. y van Furth, E. (Eds.), *Handbook of eating Disorders* (pp.207-217). Chichester: John Wiley & Sons.
- Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S. & Mintz, J. (1992). Paths to relapse: possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion, and psychotic relapse. *Br J Psychiatry Suppl.*, 18, 88-96.

- North, C., Gowers, S. & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171, 545-549.
- Ochoa, I., Espina, A. y Ortego, M. A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17, 151-170.
- Okon, D., Greene, A. & Smith, J. E. (2003). Family interaction predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal Eating Disorders*, 34, 450-457.
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., De la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. M. y Ricomà, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr (Bar)*, 68, 18-23.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D., Portner, J. & Bell, R. Q. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Minnesota: Family Social Science Department, University of Minnesota.
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III)*. Minnesota: Family Social Science Department, University of Minnesota.
- Olson, D., Sprenkle, D. H. & Russell, C. R. (1979). Circumplex Model of marital and family systems. I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Onnis, L. (2004). *Il tempo Sospeso. Anoressia e Bulimia tra Individuo, famiglia e società*. Milano, Italia: Franco Angeli.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffei, C., Carlin, J. B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*, 62, 681-90.
- Perez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Bar)*, 114, 481-486.

- Pérez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat y Quiles, M. J. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de psicología*, 30, 37-45.
- Perkins, S., Schmidt, U., Eisler, I., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., ...Berelowitz, M. (2005). Why do adolescents with bulimia nervosa choose not to involve their parents in treatment? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 376–385.
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R. & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 256-68.
- Peterson, E. C. & Doherty N. M. (2004). Expressed Emotion, attribution and control in parents of schizophrenic patients. *Psychiatry*, 67, 197- 207.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden in psychiatric illness on the family: an avaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 382-394.
- Polaino-Lorente, A. y Martínez-Cano, P. (1995). La Validez Factorial de la Familia *Functioning Style Scale*, en una Muestra de Población Española. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 25, 15-30.
- Quiles, Y. y Terol, M. C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 259-280.
- Quiles, Y., Terol, M. C. y Marzo, J. C. (2009). Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste en los trastornos alimentarios. *Clínica y Salud*, 20, 159-175.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Aróstegui, I., Bilbao, A. y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta de Psiquiatría Escandinava*, 107, 216-21.
- Rauch, C. & Bay, L. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía. Terapia familiar* (pp.21-136). Argentina: Paidós.
- Rein, Z., Duclos J., Perdereau, F., Curt, F., Apfel, A., Wallier, J.,...Godart, N. T. (2011). Expressed emotion measure adaptation into a foreign language. *European Eating Disorders Review*, 19, 64–74.
- Ricciardelli, L., McCabe, M., Holt, K. & Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24, 475–495.
- Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L. & Treasure, J. (2007). A systematic review and metaanalysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med.*, 37, 1075-84.
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L. y Belmonte-Llario, A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur Psychiatry*, 20, 173-8.

- Rojo, L., Barriguete, A. y Livianos, L. (2006). Factores de riesgo socioculturales de los trastornos alimentarios. *Monografías de psiquiatría*, 18, 65-70.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., ...Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-91.
- Rodríguez, L. y Vaz, F. J. (2005). Assessment of expressed emotion in families of patients with eating disorders: using the Camberwell Family Interview on a Spanish sample. *Actas Esp Psiquiatr.*, 33, 359-65.
- Ruiz, P., Alonso, J., Velilla, J., Lobo, A., Martín, A.,...Calvo, A. L., (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatría Infanto Juvenil*, 3, 148-62.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Alvarez, G. y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9, 447-455.
- Sánchez, C. E., Serna, R. C., Seoana, P. G. y Páramo, F. F. (2003). Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Thomson Psicología*, 1, 177-188.
- Santanostaso, P., Saccon, D. & Favaro, A. (1997). Burden and Psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders: a preliminary study. *Eat Weight Disord*, 2, 44-8.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 25, 580-587.
- Schene, A. H., Van Wijngaarden, B. & Maarten, W. J. K. (1998). Family caregiving in schizophrenia: Domains and distress. *Schizophr Bull*, 24, 609-618.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Schnur, D. B., Friedman, S., Dorman, M., Redford, H. R., Kesselman, M. (1986). Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hosp Commun Psychiatr*, 37, 249-52.
- Selvini- Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation*. London: Chaucer Publishing.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. NY: Jason Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1979). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.

- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M. & Viaro, M. (1988). The anorectic Process in the Family: A Six Stage Model as a Guide for Individual Therapy. *Family Process*, 27, 129-148.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., del Río, A. M. & Graell, M. (2011). The Spanish Validation of Level of Expressed Emotion for Families of People with Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 825-839.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodriguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Graell, M. (2012a). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families in Eating Disorders: Differences in Expressed Emotion by gender. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Manuscrito.
- Sepúlveda, A. R., Graell, A. M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J. & Morande. (2012b). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20, 78-84.
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W. & Treasure, J. (2008a). An examination of the impact of the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops on the well being of carers. A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 584–591.
- Sepúlveda, A. R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D. & Treasure, J. (2010). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 603-10.
- Sepúlveda, A. R., Whitney, J., Hankins, M. & Treasure, J (2008b). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health Quality Life Outcomes*, 21, 6-28.
- Shisslak, C. M., Mckeon, R. T., & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *Journal and Clinical Psychology*, 46, 185-189.
- Shugar, G. & Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 23-31.
- Silverman, I. L. & Verman, J. A. (1995). History of Anorexia Nervosa. En Fairburn, F. C. y Brownel, K. D. (eds). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive handbook* (pp.141-150). New York: The Guilford Press.
- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J. & Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 147-157.
- Strober, M. (2004). Managing the chronic treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 36, 245-255.

- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., & Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders, 40 (Supl)*, S46-S51.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry, 157*, 393-401.
- Strober, M. & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 654-659.
- Strober, M. & Yager J. (1985). A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents. En Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (eds). *Anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 353-359.
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 28-43.
- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J. y Morrell, W. (1982). Validity of the bulimic restrictor distinction in anorexia nervosa; parental personality characteristics and family psychiatry morbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 170*, 345-351.
- Sunday, S. R., Halmi, K. A., Werdann, L., Levey, C. (1992). Comparison of body size estimation and eating disorder inventory scores in anorexia and bulimia patients with obese, and restrained and unrestrained controls. *International Journal Eating Disorders, 11(2)*, 133-149.
- Szmukler, G.I., Eisler, I., Russell, G. F. & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry, 147*, 265-271.
- Szmukler, G. I., Berkowitz, R., Eisler, I., Leff, J. & Dare, C. (1987). *Expressed emotion in individual and family settings: a comparative study*. *Br J Psychiatry, 151*, 174-178.
- Tachi, T. (1999). Family environment in eating disorders: a study of the familial factors influencing the onset and course of eating disorders. *Psichiatria et Neurologia Japonica, 101*, 427-445.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J., Porceddu, K., Watts, S. & Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry, 153*, 532-542.

- Tarrier, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C., Burns, A. & Gregg, L. (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease: The effect on carers burden. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 340-349.
- TEA (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. EDI-2*. Versión española adaptada. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y estrés*, 13, 163-176.
- Tompson, M. C., Goldstein, M. J., Lebell, M. B., Mintz, L. I., Marder, S. R. & Mintz, J. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, 57, 155-167.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G. & Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11, 25-37.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K. & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M.,...Todd, G. (2008a). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 247-255.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M.,...Todd, G. (2008b). Interpersonal maintaining factors in eating disorder: skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 1, 331-338.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., Whitaker, W., Todd, G., et al. (2007). Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: A description of workshops focussed on interpersonal maintaining factors. *European Eating Disorders Review*, 15, 24-34.
- Treasure, J., Smith, G. D. & Crane, A. M. (2007). *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder*. Hampshire: Routledge: Taylor and Francis Group.
- Treasure, J., Todd, G. & Szmukler, G. (1995). *The Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa, Handbook of Eating Disorders, Theory, Treatment and Research* (pp.274-275). Chichester: John Wiley & Sons.
- Turón V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.

- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S. & Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: *A preliminary study. Comprehensive Psychiatry*, 42, 132-138.
- Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behavior and eating disorders. En C. Perris, W.A. Arrindel y M. Eisemann (eds.), *Parenting and Psychopathology* (pp. 218-234). Chichester: John Wiley.
- Vandereycken W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1995). *Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vandereycken, W., Kog, E. & Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, London: PMA Publishing Corporation.
- Van Furth, E. F., van Strien, D. C., Martina, L. M., van Son, M. J., Hendrickx, J. J. & van Engeland, H. (1996). Expressed Emotion and the prediction of outcome in adolescent Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 19-31.
- Van Furth, E. F., van Strien, D. C., van Son, M. J. & van Engeland, H. (1993). The validity of the Five-Minute Speech Sample as an index of Expressed Emotion in parents of eating disorder patients. *J Child Psychol Psychiatry*, 34, 1253-60.
- Van Humbeeck, G., van Audenhove, C., de Hert, M., Pieters, G. & Storms, G. (2002). Expressed emotion: A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22, 321-341.
- Van Os J., Hanssen, M., Bijl, R. V. & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry* 58, 663-668.
- Vaughn, C. & Leff, J. (1976). The measurement of Expressed Emotion in the families of psychiatric patients. *The British Journal of Psychiatry*, 15, 157-165.
- Vaz-Leal, F. J., Peñas-Lledó, E. M., Guisado-Macías, J.A., Ramos-Fuentes, M. I., López-Ibor, J. J. (2001). Psicopatología de la bulimia nerviosa: un modelo multidimensional. *Actas Esp Psiquiatr*, 29(6), 374-9.
- Vázquez, A. R. y Raich, R. M., (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología conductual*, 5, 391-407.
- Vázquez, A. R., Raich, R. M., Viladrich, S. M. C., Alvarez, R. G. y Mancilla, D. J. M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 325-335.
- Vázquez, A. R., Ruíz, M. A. O., Álvarez, R. G. L., Mancilla, D. J. M. y Tena, S. A. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastorno del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 18, 105-117.

- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M. & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 13, 19-28.
- Vostanis, P. & Nicholls, J. (1992). Expressed emotion in parents of non-referred children aged 6 to 11 years from two school populations: a pilot study. *Child: care, health and development*. 18, 249-257.
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Waller, G., Calam, R. & Slade, P. (1988). Family interaction and eating disorders: Do family members agree? *British Review of Bulimia and Anorexia*, 3, 33-40.
- Waller, G., Calam, R. & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal Psychology*, 28, 285-286.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Wearden, A., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R. & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20, 633-666.
- Weisman, A. G., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J. & Snyder, K. S. (2000). Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: a within-family comparison of relatives with high and low Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 167-171.
- White, M. (1983). Anorexia nervosa: A transgeneracional systems perspective. *Family Process*, 22, 255-73.
- White, J. D., Strong, J. E. & Chambless, D. L. (1998). Validity of the perceived criticism measure in an undergraduate sample. *Psychological Reports*, 83, 83-97.
- Whitney, J. B., Haigh, R., Weinman, J. & Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 46, 413-428.
- Whitney, J. B., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 444-449.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. & Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265-279.
- Winn, S., Perkins, S., Murray, J., Murphy, R. & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience for caring of a person with bulimia nervosa. Part 2: Carer's needs and experience of services and other support. *International Journal of Eating Disorder*, 36, 269-279.

- Winn, S., Perkins, S., Walwyn, R., Schmidt, U., Eisler, I., Treasure, J., ...Yi, I. (2007). Predictors of mental health problems and negative caregiving experiences in carers of adolescents with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 40, 171-178.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotzky, W. L. & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *The Journal of Treatment and Prevention*, 11, 89-99.
- Zabala, M. A., Macdonald, P. & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17, 338-349.
- Zaider, T. I., Johnson, J.G. & Cockell, S. J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 58-67.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.*, 67, 361-370.
- Zucker, N. L., Marcus, M. & Bulik, C. (2006). A group parent-training program: A novel approach for eating disorders management. *Eating and Weight Disorders*, 36, 343-353.

CAPÍTULO 8. Anexos.

Propuesta de colaboración para proyecto de investigación.

Des del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autònoma de Barcelona estamos realizando un estudio de investigación: ***Emociòn Expresada en los familiares de una muestra de pacientes hospitalizados con Trastornos de la conducta alimentaria.***

La *Emociòn Expresada* es el conjunto de actitudes de los familiares frente a la persona afectada por el trastorno de la alimentaciòn. Esta investigación nos aportará informaciòn para poder diseñar programas de intervenciòn eficaces dirigidos a los familiares que ayuden a reducir el nivel de expresividad emocional.

¿Quién puede participar en el estudio?:

Pueden participar en el estudio todos aquellos familiares de personas que presenten algùn Trastorno de la conducta alimentaria. La colaboraciòn consiste en responder a una serie de cuestionarios. La aplicaciòn de los mismos no excede la media hora de duraciòn.

Consentimiento informado

Al **firmar esta página** usted está de acuerdo con lo siguiente:

- Ha leído y comprendido toda la informaciòn que figura en este impreso y ha tenido tiempo para reflexionar sobre ello.
- Todas sus preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria por la persona que le ha informado de los objetivos de este estudio.
- Accede a que su hijo/a participe en este estudio.

Nombre del padre/madre/tutor/a _____

DNI _____ Fecha _____

Firma

Direcciòn de correo electrònico _____

Muchas gracias por su inestimable colaboraciòn.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

**Proyecto de investigación:
"La emoción expresada en familiares de pacientes con TCA"**

Fecha de nacimiento..... Fecha entrevista.....

1. Persona que rellena el cuestionario:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Hermana/o |
| <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Pareja del paciente |
| <input type="radio"/> Pareja de padres | <input type="radio"/> Otros (especificar)..... |

2. Género:

- Hombre
 Mujer

3. Nº de hijos.....

4.Cuál es la persona que más tiempo pasa con el paciente, su cuidador más habitual:

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Otros
(especificar)..... |
| <input type="radio"/> Padre | |
| <input type="radio"/> Pareja | |
| <input type="radio"/> Hermana/o | |
| <input type="radio"/> Pareja | |

5. ¿Convive habitualmente el paciente con el cuidador habitual?

- NO Especificar con quién vive entonces.....
 SI (Estimación horas semanales de contacto entre ambos).....

6. Cuantas personas viven en esta casa de manera habitual contándose usted y el paciente (marque con una cruz la numeración que corresponda):

2 3 4 5 o mas

7. Indique su nivel de estudios - indique la numeración correspondiente (PADRE Y MADRE DEL PACIENTE)

1. Sin estudios, primer grado o E.G.B. sin acabar
2. Enseñanza primaria acabada
3. Bachillerato Superior incompleto o FP de 1r grado terminado
4. Formación de tipo universitario incompleta
5. Titulo de grado medio terminado (diplomaturas)
6. Titulo de grado superior terminado (licenciados, técnicos superiores)

PADRE.....

MADRE.....

8. Indique su PROFESIÓN- indique la numeración correspondiente (PADRE Y MADRE DEL PACIENTE)

1. Ocupaciones humildes, en paro, amas de casa, jubilados
2. Trabajadores no especializados
3. Operarios. Obreros semiespecializados
4. Obreros especializados
5. Administrativos y ventas
6. Técnicos semiprofesionales, propietarios
7. Propietarios de pequeños negocios, gerentes, profesiones menores
8. Administradores, profesionales medios, propietarios de negocios medios
9. Altos ejecutivos, propietarios de grandes negocios, profesionales superiores

PADRE.....

MADRE.....

Además del número, especificar la profesión:

PADRE.....

MADRE.....

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Proyecto de investigación: “La emoción expresada en familiares de pacientes con TCA”

Fecha de nacimiento.....Fecha entrevista.....

Ciudad de nacimiento.....

Peso..... altura..... IMC.....

Género:

Hombre

Mujer

1. DIAGNÓSTICO:

1. Fecha en la que fue diagnosticado por primera vez.....y de qué.....
2. Otros diagnósticos actuales (con fecha en la que fue el diagnóstico).....

2. INGRESOS (en los dos últimos años):

1. Nº Ingresos.....(en los dos últimos años, ya sea en hospital, centro u hospital de día).
2. Días de hospitalización (en los dos últimos años):
 - a) Agudos (psiquiatría general).....
 - b) Unidad de Trastornos alimentarios)-ingreso completo.....
 - c) Hospital de Día.....

3. ABORDAJES TERAPÉUTICOS:

FARMACOLÓGICO

1. Fármaco (nombre comercial).....Dosis (mg).....
.....Dosis (mg).....
2. Suele tomar bien la medicación?

SI

NO

PSICOLÓGICO (no se refiere a tratamiento psiquiátrico)

1. Especificar número de días/meses recibiendo cada tratamiento:

Individual

Grupal

Familiar

Multifamiliar

Centro de Día

Más de 1

1. Indica tu relación con la persona que cuidas con TCA (rodea con un círculo uno):
Madre, Padre, Hermano, Hermana, Esposo/a, Otro pariente (ie. Abuela, tía), Amigo/a,
Otro
2. ¿Has estado conviviendo con la persona con TCA durante estos últimos tres meses? (rodea uno) Sí No
3. ¿Cuántas horas diarias compartes con la persona con TCA en un día laboral típico durante estos últimos tres meses? horas al día entre semana.
4. ¿Cuántas horas diarias compartes con la persona con TCA en un día de fin de semana típico durante estos últimos tres meses? horas al día/fin de semana.

LEE (Level of Expressed Emotion)

(Kazarian, Cole, Malla and Baker, 1990; adaptación española Sepúlveda et al., 2010)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones que se pueden aplicar comúnmente a las personas que cuidan de un familiar o amigo. Por favor lee cada afirmación e indica sinceramente rodeando con un círculo V (Verdadero) o F (Falso) si has actuado o no de esta manera hacia la persona que estas cuidando durante estos tres últimos meses.

	Verdadero	Falso
1. Cuando está molesta/o le calmo.	V	F
2. Le digo que no tiene control sobre sí misma/o.	V	F
3. Soy comprensiva/o con ella/él incluso cuando no cumple mis expectativas.	V	F
4. No le pongo nerviosa/o.	V	F
5. Le digo que sólo quiere atención cuando no se encuentra bien.	V	F
6. Le hago sentirse culpable por no cumplir mis expectativas.	V	F
7. No me considero demasiado protector con ella/él.	V	F
8. Me enfado perdiendo los estribos.	V	F
9. Soy comprensivo con ella/él cuando no se encuentra bien.	V	F
10. Puedo ver su punto de vista.	V	F
11. Siempre estoy entrometiéndome.	V	F
12. No pierdo el control cuando las cosas empiezan a ir mal.	V	F
13. No le ayudo cuando está disgustada/o o no se encuentra bien.	V	F
14. Le crítico si no cumple mis expectativas.	V	F
15. Le culpo por las cosas que no van bien.	V	F
16. Le hago sentirse valiosa/o como persona.	V	F
17. No sé cómo manejar sus sentimientos cuando no se encuentra bien.	V	F

18. Le digo que ella/él crea estos problemas para vengarse de mí.	V	F
19. Comprendo sus limitaciones.	V	F
20. Puedo mantener el control en situaciones estresantes.	V	F
21. Intento que se sienta mejor cuando está disgustada/o o enferma/o.	V	F
22. Soy realista acerca de lo que puede hacer y de lo que no puede hacer.	V	F
23. Estoy siempre husmeando en sus asuntos.	V	F
24. Escucho todo lo que me tiene que decir.	V	F
25. Expreso que no está bien buscar ayuda profesional.	V	F
26. Me enfado con ella/él cuando las cosas no van bien.	V	F
27. Tengo que saberlo todo acerca de lo que hace o le pasa.	V	F
28. Mi presencia le relaja.	V	F
29. Le acuso de estar exagerando cuando se encuentra mal.	V	F
30. Insisto en saber dónde va.	V	F
31. Me enfado con ella/él sin motivo.	V	F
32. Soy una persona considerada cuando está disgustada.	V	F
33. Cuenta con mi apoyo cuando lo necesita.	V	F
34. Me entrometo en sus asuntos privados.	V	F
35. Puedo manejar bien el estrés.	V	F
36. Soy comprensiva/o si comete un fallo.	V	F
37. No hurgo en su vida.	V	F
38. Me vuelvo impaciente con ella/él cuando se encuentra mal.	V	F
39. Tengo expectativas demasiado altas para ella/él.	V	F
40. No hago muchas preguntas personales.	V	F
41. Hago que las cosas empeoren cuando no van bien.	V	F
42. Le acuso a menudo de inventarse cosas cuando no se encuentra bien.	V	F
43. Pierdo los estribos* cuando no hace algo bien.	V	F
44. Me desespero cuando las cosas no van bien.	V	F
45. Intento tranquilizarle cuando no se encuentra bien.	V	F

FACES III
Family adaptability and cohesion evaluation scales

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que elija según el número indicado, y en cuanto a lo que considere que su familia hace de forma habitual.

NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- | | | |
|-----|--|---|
| 1. | | Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí. |
| 2. | | En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas. |
| 3. | | Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia. |
| 4. | | Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina. |
| 5. | | Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos. |
| 6. | | Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad. |
| 7. | | Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia. |
| 8. | | Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas. |
| 9. | | Nos gusta pasar el tiempo libre en familia. |
| 10. | | Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos. |
| 11. | | Nos sentimos muy unidos. |
| 12. | | En nuestra familia los hijos toman las decisiones. |
| 13. | | Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente. |
| 14. | | En nuestra familia las reglas cambian. |
| 15. | | Con facilidad podemos planear actividades en familia. |
| 16. | | Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. |
| 17. | | Consultamos unos con otros para tomar decisiones. |
| 18. | | En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad. |
| 19. | | La unión familiar es muy importante. |
| 20. | | Es difícil decir quien hace las labores del hogar. |

ESCALA DEL IMPACTO DE SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDSIS-S)

El siguiente cuestionario contiene distintas afirmaciones que frecuentemente describen la situación de las personas que cuidan de un familiar con un trastorno de la conducta alimentaria. Después de leer cada frase, decida con que frecuencia ha pensado o sentido lo descrito en este **último mes** y rodea con un círculo la alternativa que mas se sienta identificado. No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas". Normalmente la primera reacción es la mejor respuesta.

Items	Nunca	Infrecuente	A veces	A menudo	Casi siempre
- Durante el <u>pasado mes</u> con cuanta frecuencia has pensado o sentido:					
1. que tus amigos/parientes han dejado de visitarte	0	1	2	3	4
2. que he perdido a mis amigos	0	1	2	3	4
3. incapaz de salir por las noches, fines de semana o vacaciones	0	1	2	3	4
4. cancelar o rechazar planes para ver amigos o parientes..	0	1	2	3	4
5. que deberías haberte dado cuenta antes de que llegara a ser tan grave	0	1	2	3	4
6. que le/la he fallado	0	1	2	3	4
7. sintiendo que podría haber hecho algo que no hice y que debería haber hecho	0	1	2	3	4
8. que quizás no fui lo suficientemente estricta/o	0	1	2	3	4
9. en que me equivoqué respecto a ella/él	0	1	2	3	4
10. agresivo física o verbalmente	0	1	2	3	4
11. controlador/manipulativa/o	0	1	2	3	4
12. mintiendo y/o robando	0	1	2	3	4
13. que su temperamento esta fuera de control	0	1	2	3	4
- Durante el <u>pasado mes</u>, con cuanta frecuencia has tenido los siguientes problemas: (si el paciente no está viviendo en casa durante este último mes, por favor refiérete a la última vez que ella/él estaban viviendo en casa)					
14. tuviste dificultades para preparar comidas? (Ej. Preparar comidas por separado de otros miembros familiares, no tener los ingredientes correctos).	0	1	2	3	4
15. hubo discusiones con otros miembros de la familia en cómo organizar las comidas?	0	1	2	3	4
16. hubo discusiones o tensiones durante las comidas?...	0	1	2	3	4
17. ha desaparecido la comida de los armarios	0	1	2	3	4
18. pasar mucho tiempo comprando comida?	0	1	2	3	4
19. tuviste dificultades con tuberías o desagües atascado?..	0	1	2	3	4
20. la existencia de malos olores e higiene en el baño?....	0	1	2	3	4
21. tuviste que encender la calefacción porque ella/el sentía frío?	0	1	2	3	4
22. asegurarte de que ella/él estaba bien?	0	1	2	3	4
23. notaste o pensaste que la enfermedad estaba afectándola/le físicamente? (Ej. verla caer, desmayarse, agotada al subir las escaleras).....	0	1	2	3	4
24. notar o pensar como la enfermedad esta afectándola mentalmente?.....	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO HADS

Lea cada pregunta y marque con una flecha o una "x" la casilla que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana:

Sexo: FEMENINO (F)/ MASCULINO (M)

1._ Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

2._ Sigo disfrutando con las mismas cosas como siempre:

- Ciertamente, igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

3._ Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Si y muy intenso
- Si pero no muy intenso
- Si pero no me preocupó
- No siento nada de eso

4._ Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente, algo menos
- Actualmente, mucho menos
- Actualmente en absoluto

5._ Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

6._ Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

7._ Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

8._ Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

9._ Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estomago:

- Nunca
- Solo en algunas situaciones
- A menudo
- Muy a menudo

10._ He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debería
- Me cuido como siempre lo he hecho

11._ Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

12._ Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

13._ Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

14._.Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión.

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

Cuestionario a responder por el hijo/a:

Caso n° _____ Fecha _____ Peso _____ Altura _____

0 Nunca	1 Pocas Veces	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 siempre
------------	---------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	
2. Creo que mi estómago es demasiado grande	
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	
5. Suelo hartarme de comida	
6. Me gustaría ser más joven	
7. Pienso en ponerme a dieta	
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10. Me considero una persona poco eficaz	
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes	
14. La infancia es la época más feliz de la vida	
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16. Me aterroriza la idea de engordar	
17. Confío en los demás	
18. Me siento solo en el mundo	
19. Me siento satisfecho con mi figura	
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	
22. Preferiría ser adulto a ser niño	
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24. Me gustaría ser otra persona	
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27. Me siento incapaz	
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30. Tengo amigos íntimos	
31. Me gusta la forma de mi trasero	
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior	
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	
37. Me siento seguro de mí mismo	
38. Suelo pensar en darme un atracón	
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	
41. Tengo mala opinión de mí	
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	
44. Temo no poder controlar mis sentimientos	

0 Nunca	1 Pocas Veces	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 siempre
------------	---------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------

45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	
47. Me siento hinchado después de una comida normal	
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50. Me considero una persona valiosa	
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no harélas	
53. Pienso en vomitar para perder peso	
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61. Como o bebo a escondidas	
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas	
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente	
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85. Tengo cambios de humor bruscos	
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89. Sé que la gente me aprecia	
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo	
91. Creo que realmente sé quién soy	

FQ: Cuestionario Familiar

Este cuestionario muestra diferentes formas en las que las familias intentan hacer frente cada día a los problemas. Por favor, indique para cada pregunta, con qué frecuencia actualmente ha reaccionado ante su hijo/a enfermo/a de esta manera. Por favor, conteste a las preguntas siguientes con la mayor sinceridad posible, teniendo en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Tanto las respuestas como los resultados se mantendrán en estricta confidencialidad. Lo mejor es marcar la primera respuesta que le venga a la cabeza, y señalar solamente una respuesta por cada pregunta.

Nunca/

		Nunca/ Muy raramente	Raramente	A Menudo	Frecuente -mente
1	Tiendo a descuidarme a mi mismo/a por él/ella.				
2	Tengo que pedir continuamente que haga las cosas.				
3	Pienso a menudo qué va a ser de él/ella.				
4	Él/ella me molesta.				
5	Sigo pensando en las razones por las que enfermó.				
6	Tengo que intentar no criticarle/la.				
7	No puedo dormir a causa de él/ella.				
8	Es difícil para nosotros estar de acuerdo en cosas.				
9	Cuando algo me molesta de él/ella, yo me lo guardo para mí mismo/a.				
10	No aprecia lo que hago por él/ella.				
11	Percibo mis propias necesidades como menos importantes.				
12	En ocasiones, él/ella me pone de los nervios.				
13	Estoy muy preocupado por él/ella.				
14	Él/ella hace algunas cosas por rencor.				
15	Pensé que yo podría llegar a enfermar.				
16	Cuando él/ella quiere constantemente algo de mí, me molesta.				
17	Es una parte importante de mi vida.				
18	Tengo que insistir que él/ella se comporte de forma diferente.				
19	He renunciado a cosas importantes con la finalidad de poder ayudarle/la.				
20	Estoy a menudo enfado con él/ella.				

