



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**EMOCIÓN EXPRESADA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES  
DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA**

Autora: Inés María Romero Barrio  
Tutor profesional: Elena Gállegos de las Heras  
Tutora metodológica: Mónica Terrazo Felipe

Madrid

Mayo, 2018

Inés María  
Romero  
Barrio

**EMOCIÓN EXPRESADA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE  
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**



## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

AN: Anorexia Nerviosa

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck

BN: Bulimia Nerviosa

C: Calidez

CC: Comentarios Críticos

CP: Comentarios Positivos

EDI: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

EE: Emoción Expresada

EOI: Sobreimplicación Emocional

FQ: Family Questionnaire

H: Hostilidad

TA: Trastorno por Atracón

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre cierta psicopatología de los padres de niñas que padecen Trastorno de la Conducta Alimentaria (en concreto, Emoción Expresada, depresión y ansiedad) y la sintomatología de sus hijas. Para ello, se realizó un estudio ex post facto retrospectivo correlacional. Se trabajó con una muestra de 86 mujeres entre 13 y 37 años diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), según los criterios del DSM-5, y sus respectivos padres. Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron: The Family Questionnaire para evaluar la Emoción Expresada, BDI-II para la evaluación de la depresión, SCL-90 para medir de la ansiedad y el EDI-2 para evaluar la sintomatología del TCA. En general, existe una relación clínicamente significativa entre la psicopatología presentada por los padres y la sintomatología alimentaria de sus hijas. Además, se encontró que eran las madres de las personas que padecen TCA quienes sufrían una ansiedad y depresión mayor que los padres. Parece que existe una relación significativa entre la psicopatología de los padres y la sintomatología alimentaria de sus hijas, siendo lo más plausible que el ambiente familiar pueda ser tanto uno de los factores de riesgo para que se desencadene un TCA como un mantenedor de la situación, por lo que resulta muy importante incluir a los familiares de las personas con TCA en el tratamiento.

*Palabras clave:* Trastorno de la Conducta Alimentaria, Emoción Expresada, depresión, ansiedad, familia.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to investigate the relationship between some psychopathology of parents of girls suffering from Eating Disorder (ED) (specially, Expressed Emotion, depression and anxiety) and the symptoms of their daughters. To achieve this, a correlational retrospective ex post facto study was carried out. The sample consisted of a total of 86 women between 13 and 37 years old, diagnosed of an ED, according to the DSM-5, and her parents. The instruments used during the present study were: The Family Questionnaire to rate Expressed Emotion, the BDI-II for the evaluation of depression, SCL-90 to measure anxiety and the EDI-2 to evaluate the symptomatology of Eating Disorder. In general, it was found that there is a clinical significant relationship between the symptomatology of the girls diagnosed of an ED and their parents' psychopathology. In addition, it was found that the mothers of the girls with ED suffered more from depression and anxiety than fathers. Due to the significant relationship between parents' psychopathology and their daughters' alimentary symptomatology and supporting that familiar environmental acts as a risk factor or maintainer of ED, it is very important to include relatives in the treatment.

*Keywords:* Eating Disorder, Expressed Emotion, depression, anxiety, family.

## **Relevancia del estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos caracterizados por presentar una alteración en la forma de comer, ya sea por exceso o defecto. Los distintos TCA tienen en común la persistente preocupación o inexorable angustia por el peso, imagen, forma o figura del cuerpo (del Barrio, 2009). El DSM-5 recoge los siguientes trastornos como TCA: Pica, Trastorno de Rumiación, Trastorno de restricción de alimentos y, los más comunes y prevalentes: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracones (TA) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) (APA, 2013).

### Etiología

Aunque la etiopatogenia de los TCA es aún no completamente conocida, sí se admite que son enfermedades multifactoriales, sólo se puede entender su génesis por la interacción de diversos factores (médicos, psicológicos, fisiológicos, sociales, familiares...) interrelacionados entre sí (Baldares, 2013). Striegel-Moore y Cachelin apuntan que se han propuesto muchos modelos teóricos para intentar explicar la etiología de los TCA, y éstos están de acuerdo en que los factores de riesgo más comunes son: el contexto sociocultural (ideal de belleza actual, rol de géneros...), el contexto familiar (como la dinámica y comunicación familiar), factores de vulnerabilidad específicos de cada persona (factores genéticos, rasgos de personalidad, historia de aprendizaje...) y eventos de la vida traumáticos (como puede ser un abuso sexual). Aunque es cierto que cada modelo le da una importancia diferente a cada factor de riesgo, todos ellos están de acuerdo en que sólo se pueden entender los TCA desde una etiología multifactorial (Striegel-Moore, R.H., y Cachelin, F.M., 2001).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria representan uno de los problemas más importantes y preocupantes de nuestra sociedad por su gran relevancia. Esto es debido a diversos factores; aquí se van a mencionar los más importantes. Los TCA son enfermedades que tienen un curso clínico largo, tendiendo a la cronicidad, necesitan un tratamiento muy especializado, poseen un alto grado de hospitalización, son la tercera enfermedad crónica más común entre adolescentes y tienen una elevada comorbilidad con otro tipo de trastornos psicológicos y médicos. Además, los TCA causan un gran número de muertes y tienen una alta prevalencia (del Barrio, 2009; Rubio, 1999 y Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2011).

Tal y como indica Rosa Calvo en su libro "Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas" (2002), "los países occidentales ya no pueden cerrar los ojos al fuerte incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios, a los efectos devastadores en la salud de quienes

los padecen, a su tasa de cronicidad y a los costes sanitarios que implican sus tratamientos” (p. 361).

### Prevalencia

En relación a la prevalencia de dicho trastorno, existen pocos estudios que demuestren unas cifras concretas del número de TCA existentes en España actualmente, por lo que realmente no hay un consenso sobre este tema en nuestro país (del Barrio, 2009; y Rubio, 1999). Sin embargo, aquí serán citados algunos estudios y entidades que dan cifras aceptadas por la comunidad de psicólogos expertos en el tema.

En España, se han hecho diversos estudios epidemiológicos sobre la enfermedad de TCA; el autor Rubio (1999) recoge algunos de ellos (entre ellos el de Peláez, Labrador y Raich en 2007 y el de Beato-Fernández, Rodríguez –Cano y Belmont-Llario en 2004) revelando que la prevalencia de los TCA se encuentra entre el 4,1% y el 6,41% en mujeres de 12 a 21 años (Rubio, B. 1999). Este dato que coincide con las cifras de prevalencia de TCA que nos aporta el Grupo de Trabajo de la Guía de la Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). De este 4,1-6,41%; entre un 2-4% corresponde a la Anorexia Nerviosa (AN), entre un 0,41%-2,9% a la Bulimia Nerviosa (BN) y un 2,3% al Trastorno por Atracón (TA), siendo éstos los tres trastornos más prevalentes dentro de los TCA (Smink, van Hoeken , Oldehinkel, Hoek, 2014; Sysko y Walsh, 2011).

Además, también añadir que el TCA es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino siendo la proporción 10:1 (del Barrio, 2009 y Rubio, 1999), dándose la incidencia máxima entre los 15-25 años (Baldares, 2013).

Basándonos en la previamente citada multifactoriedad del problema, es necesario estudiar más en profundidad las características de los familiares de personas con TCA y las relaciones que pueden tener con dicho trastorno. Las necesidades y dificultades que experimentan las familias que tienen que cuidar a una persona que padece un TCA no son muy conocidas ni entendidas por la sociedad, por lo que es necesario seguir investigando al respecto.

La National Institute for Clinical Excellence (NICE) recomienda que los cuidadores de personas con enfermedades crónicas (como algunos casos de TCA), deben tener una información y apoyo, considerándose sus necesidades y preocupaciones relevantes, para poder mejorar tanto la psicopatología del enfermo como el malestar de los cuidadores (NICE, 2004).

## **Emoción Expresada**

La Emoción Expresada (EE) es un constructo que fue estudiado y descrito por Brown y colaboradores en los años 50 y 60 para describir las diferentes interacciones interpersonales entre los familiares de una persona con esquizofrenia y esta última. Esta investigación decidió iniciarse debido a que observaron que había un alto número de recaídas y empeoramiento en los pacientes con esquizofrenia que volvían a vivir con sus familias después de haber estado ingresados por su enfermedad (Brown, Carstairs y Topping, 1962). Por lo que aquí ya se podía palpar una concepción de culpa de la familia dentro del curso y pronóstico de la enfermedad. Las investigaciones que se realizaron siguiendo esta línea de estudio, les permitieron concluir que, en efecto, existen ciertas características de las relaciones familiares que son perjudiciales para la persona con esquizofrenia y que se deben tener en cuenta en vistas a la prevención e intervención. (Brown et al., 1962).

Los autores previamente mencionados (Brown et al., 1962), definieron la Emoción Expresada como un índice global de actitudes, conductas y emociones expresadas por los familiares sobre un miembro de la familia; para ser más concretos, sobre el miembro de la familia que padece una enfermedad. Éste índice global se mide directamente en los familiares, que pueden expresar actitudes de Sobreimplicación Emocional con el familiar enfermo o expresar Comentarios Críticos hacia él.

Actualmente, la variable Emoción Expresada es la medida del ambiente familiar y refleja la cantidad y calidad de las actitudes, juicios y emociones de los familiares con y para el paciente enfermo (Medina-Pradas, 2016). Por lo que, se concluye que la EE refleja la calidad de la relación e interacción influyente entre el paciente y sus cuidadores principales (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau, y Obiols, 2011).

La EE está compuesta por cinco factores: Comentarios Críticos (CC), Comentarios Positivos (CP), Hostilidad (H), Calidez (C) y Sobreimplicación Emocional (EOI) (Rienecke et al., 2017). Sin embargo, son sobre todo los constructos CC y EOI los que se utilizan en la investigación a la hora de estudiar la Emoción Expresada de una familia. Se entiende por criticismo o Comentarios Críticos aquellos comentarios realizados por una persona a su familiar enfermo (sus conductas, actitudes o personalidad) que tienen una connotación desfavorable y negativa para la persona que padece la enfermedad y recibe el comentario. La Sobreimplicación Emocional hace referencia a una respuesta emocional exagerada y una conducta sobreprotectora extrema que expresa el cuidador a su familiar enfermo (Medina-Pradas, 2016). El Criticismo es una expresión derivada del enfado, rabia y la ira, mientras que la Sobreimplicación Emocional surge de una mezcla entre ansiedad y culpa (Medina-Pradas, 2016).

## **Depresión**

Según la OMS (2004), la depresión es una enfermedad mental de gran relevancia por lo habitual que es entre la población actual; ésta se caracteriza por profundos sentimientos de tristeza, apatía, irritabilidad, culpabilidad, pérdida de interés y de apetito, dificultad para conseguir concentrarse, falta de energía... La depresión tiene un gran impacto en nuestra sociedad, ya que se sitúa entre los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia, afectando a entre 340-350 millones de personas en el mundo. Asimismo, la OMS (2004) predice que dentro de 13 años (2030), la depresión se situará entre las 3 principales enfermedades que causan la discapacidad en el mundo, dato realmente alarmante. Además, importante añadir que la prevalencia en mujeres es más del doble que en los hombres; 14,47% y 6,29% respectivamente, (Valladares, Dilla y Sacristán, 2009).

El contexto de una familia juega un papel fundamental a la hora de padecer una depresión. Las dificultades emocionales entre padre-hijo o trastornos psicológicos que un familiar pueda padecer son factores relacionados con la depresión (Olivian, Montón, Magallon y López del Hoyo, 2011).

## **Ansiedad**

La ansiedad es una emoción que se manifiesta con una tensión emocional, preocupación y miedo acompañados de diferentes manifestaciones físicas como taquicardias, sudores, nerviosismo... La característica más destacable de la ansiedad es la anticipación, se preven consecuencias negativas, por lo que es una emoción adaptativa, sin embargo deja de serlo cuando la intensidad, frecuencia o duración supera la normalidad (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

El trastorno de ansiedad, junto con el previamente citado trastorno depresivo, son los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en la sociedad actual. Padecer un trastorno de ansiedad produce un gran impacto en la calidad de vida. Además, como en el caso de la depresión, las mujeres lo sufren con una frecuencia del doble respecto a los hombres (Caballero, Bbobes, Villardaga y Rejas, 2009).

Por último, añadir que existen estudios donde se ha encontrado que los trastornos de ansiedad se encuentran en una mayor medida en familiares de personas que padecen un trastorno que en la población general (Carrasco et al., 2002).



## **Emoción Expresada, Ansiedad y Depresión de los padres y TCA de sus hijas**

Aunque los primeros estudios se enfocaran en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos y la Emoción Expresada de sus cuidadores, hoy en día se sigue una línea de investigación donde se pueda encontrar la relación y/o influencia de dicha variable (EE) con otro tipo de trastornos, como los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Sepúlveda et al., 2010).

Dentro de esa línea de investigación, existen estudios que han hablado acerca de la relación entre EE y sus resultados en pacientes con TCA en tratamiento comparándolos con pacientes con esquizofrenia (trastorno que como se ha mencionado previamente, es el que más se ha relacionado y asociado a la variable EE). Estos estudios encontraron una asociación directamente proporcional entre alta EE de los padres y un peor resultado de la intervención en los pacientes con TCA. Los tamaños del efecto para la EE en los TCA fueron significativamente más altos que en la esquizofrenia, lo cual nos lleva a pensar que la EE juega un papel aún más importante en este tipo de trastornos (Butzlaff y Hooley, 1998).

Además, son varios los autores que afirman que una alta Emoción Expresada predice el curso que llevará el Trastorno de la Conducta Alimentaria en el paciente (Medina-Pradas et al., 2011; Forsberg et al., 2015; van Os, Marcelis, Germeys, Graven y Delespaul, 2001; Treasure et al., 2008 y Wedig y Nock, 2007).

Zabala et al. (2009) realizaron una revisión de varios estudios donde examinaron los niveles de EE en familiares de pacientes con TCA y se encontraron varios resultados llamativos. En primer lugar, altos niveles de EE en los cuidadores de las personas con TCA (se encontró un mayor nivel de EE en aquellas personas cuyo familiar presentaba un TCA de larga duración). Este dato también fue encontrado en otro estudio donde el 55% de los cuidadores de familiares con TCA tenían altos niveles de EE (Sepúlveda et al., 2010). Uno de los estudios que revisaron fue el de Kyriacou et al., en 2008 donde el 63,5% de los cuidadores obtuvieron altas puntuaciones en Sobreimplicación Emocional, comparando con un 3% en el grupo control. Por otro lado, se encontró que los niveles de ansiedad y depresión de los cuidadores de personas que padecían TCA eran mayores que los niveles de dichas variables en cuidadores con de personas con psicosis (Zabala, Macdonald, Treasure, 2009).

En un estudio se observó que existen diferencias significativas entre el estado general de salud de los cuidadores principales (la mayoría padres y madres) con los cuidadores secundarios. Los cuidadores principales obtuvieron puntuaciones más elevada tanto en ansiedad como en depresión. El 19,8% de los cuidadores principales de personas con TCA presentaban depresión clínica. Además, al evaluar la EE, se observó que tanto los CC como la EOI

superaban el punto de corte en los cuidadores principales (Berbel-Serrano, Sepúlveda, Greall-Bernal, Carrobles y Morandé, 2010).

Se ha visto que los padres de personas diagnosticadas de Anorexia Nerviosa con una alta Emoción Expresada, se sentían culpables por la enfermedad de sus hijas. Dicha culpabilidad podría ser un síntoma o causa de depresión (Kyriaco, Treasure, y Schmidt, 2008).

La interacción existente entre la situación de vivir con alguien que tiene un TCA y una mayor sensibilidad de los padres puede sobrepasarles y derivar en sintomatología ansioso-depresiva (Treasure et al., 2008; Tarrier et al 2002).

Aunque no hay tantos estudios como sería necesario centrados en las características o rasgos ansiosos y depresivos de los padres de niños con TCA, se habla de que la psicopatología de los padres está relacionada con un peor pronóstico de la enfermedad de sus hijos y un mantenedor de ésta (Forsberg et al., 2015).

En el estudio de Forsberg et al., (2015) se ha visto que los padres de los niños y adolescentes que presentan un TCA obtienen puntuaciones significativamente más altas en cierta psicopatología que aquellos padres cuyos hijos no presentan un TCA. En concreto, en depresión, obsesividad, hostilidad y ansiedad (Forsberg et al., 2015). Estos datos concuerdan con los obtenidos por Kyriaco, Treasure y Schmidt en el año 2008, donde se encontraron unos niveles de depresión clínicamente significativos en el 13% de los padres que convivían con un familiar con Anorexia Nerviosa que participaron en el estudio. Estando de acuerdo con este último estudio, una investigación encontró también un 13% de padres de niñas, esta vez con TCA, con elevados niveles de depresión comparado con un 1% en los padres controles. (Sepúlveda et al., 2012).

En los resultados de otro estudio, se puede observar que la incidencia de los TCA era mayor cuando sus padres sufrían un trastorno, como depresión. Además, la psicopatología de los padres se relaciona con la severidad de la sintomatología de los trastornos alimentarios de los hijos, pudiendo ser ésta un factor de riesgo; en especial la ansiedad y la depresión. Según este estudio, un padre con depresión podría tener pensamientos tales como “no sirvo para nada, la gente solo me va a querer si soy perfecto, soy un inútil...”; pensamientos que pueden ser transmitidos y compartidos con sus hijos, lo cual podría ser una conducta de riesgo para la evolución de un TCA (Bould, Koupil, Dalma, DeStavola, Lewis, Magnusson, 2015).

### **Emoción Expresada, depresión y ansiedad**

El estudio de Wearden et al., (2000) nos muestra que altos niveles de Emoción

Expresada pueden provocar problemas en el estado de ánimo de los cuidadores de personas que padecen alguna psicopatología.

En el estudio que llevaron a cabo Kyriaco et al. en 2008 (previamente citado), se encontró que los padres de niñas que padecían Anorexia Nerviosa presentaban una mayor Emoción Expresada y mayor nivel de depresión y ansiedad que el grupo control, existiendo una asociación clínicamente significativa entre dichas variables.

Pérez-Pareja, Quiles, Romero, Pamies-Aubalat y Quiles (2014) encontraron que los cuidadores de personas con TCA con mayor Emoción Expresada presentaban más sintomatología ansioso-depresiva que los cuidadores que tenían puntuaciones más bajas en dicho constructo (EE).

En España, el trabajo realizado por Sepúlveda et al., que se ha mencionado previamente (2012), demostró una relación positiva entre el nivel de EE y el malestar psicológico de los cuidadores de pacientes que padecen TCA. Estos datos concuerdan con los resultados encontrados por diversos autores que confirman una relación clínicamente significativa entre la EE y la depresión (Li y Lewis, 2013; Nomura et al., 2005).

Otra de las aportaciones del estudio de Forsberg et al., (2015) es que las madres presentaban niveles significativamente más altos de depresión y ansiedad que los padres.

Además, varios estudios aportan que en la Emoción Expresada también existen diferencias de género, siendo las madres quienes suelen tener una mayor puntuación en dicha variable, respecto a los padres (Pérez-Pareja, et al., 2014; Kyriaco, Treasure, Schmidt, 2008 y Hoste y Le Grange, 2008).

### **Emoción Expresada y tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria**

Desafortunadamente, aún existe poca investigación acerca de un tema muy interesante, y es la relación existente entre la Emoción Expresada por los padres y el tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria de sus hijas. Al hilo de esto, en el artículo de Wearden et al. (2000), que hace referencia al estudio realizado por Szmulker, Eisler, Ruseell and Dare (1985), se observa que los pacientes con Bulimia Nerviosa reciben un número significativamente mayor de

Comentarios Críticos que aquellos diagnosticados de Anorexia Nerviosa. Además, en familias donde existe un familiar con AN, la Sobreimplicación Emocional existe en una mayor medida que el criticismo, dentro de la variable Emoción Expresada. Hoste y Le Grange (2008) siguiendo estos datos, observaron que los pacientes de una familia con una menor EE tenían menos episodios de atracón y vómitos (propios de la BN) que aquellas pacientes que provenían de un ambiente familiar con una mayor puntuación en EE. No solamente son estas investigaciones las que afirman dicha observación, sino que otra, contando con 51 pacientes, habla también de que los Comentarios Críticos de los padres a una hija con BN eran significativamente más altos que aquellos que se realizaban hacia hijas con AN (Modes y Grange, 1993).

## **OBJETIVOS.**

El presente estudio persigue dar respuesta a diferentes objetivos. El objetivo principal consiste en analizar la posible relación entre la sintomatología de TCA y tres variables de los padres: la Emoción Expresada, la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa. Para ello se han planteado objetivos más específicos:

- Estudiar la relación entre la sintomatología de las personas que padecen TCA y la Emoción Expresada de los padres.
- Estudiar la relación entre la sintomatología de los TCA y la sintomatología depresiva de los padres.
- Estudiar la relación entre la sintomatología de los TCA y la sintomatología ansiosa de los padres.
- Estudiar la relación entre la Emoción Expresada de los padres y su sintomatología depresiva y ansiosa.
- Estudiar si existen diferencias significativas entre la Emoción Expresada por los padres y el tipo de TCA diagnosticado de sus hijas.
- Estudiar diferencias significativas entre padres y madres en las puntuaciones de depresión, ansiedad y Emoción Expresada.

Para ello se han planteado las siguientes hipótesis:

1. Los padres de las niñas con una mayor sintomatología de TCA y mayor gravedad del trastorno, puntuarán más alto en Emoción Expresada.

2. Los padres de las niñas con una mayor sintomatología de TCA, y por tanto mayor gravedad del trastorno, puntuarán más alto en la sintomatología depresiva.
3. Los padres de niñas con una mayor sintomatología de TCA y mayor gravedad del trastorno, puntuarán más alto en ansiedad.
4. Los padres que tengan una mayor Emoción Expresada puntuarán más alto en depresión y ansiedad.
5. Existirá una diferencia estadísticamente significativa entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa respecto a los Comentarios Críticos y la Sobreimplicación Emocional de los padres, siendo las pacientes de AN quienes mayor Sobreimplicación Emocional reciban y las pacientes diagnosticadas de BN quienes mayor criticismo reciban.
6. Existirá una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones en psicopatología entre los padres y las madres, siendo éstas últimas las que puntuarán más alto en ansiedad, depresión y Emoción Expresada.

## **MÉTODO**

### Diseño

El estudio que aquí se expone se define por ser un ex post facto retrospectivo correlacional, ya que se ha elegido a los sujetos en función de que tuvieran unas determinadas características y el proceso causal o relacional ya ha ocurrido. En este tipo de investigaciones, al no haber una manipulación de la VI, no se pueden establecer relaciones causales. Sin embargo, sí podemos estudiar las covariaciones y relaciones de las variables entre sí, lo que puede darnos información relevante.

### Participantes

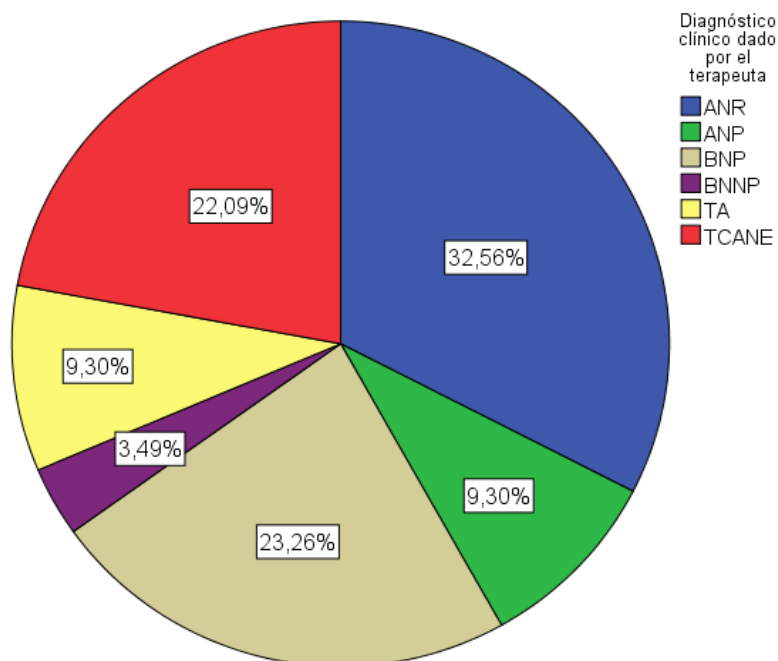
La muestra inicial para este estudio la conformaron 89 sujetos, 86 mujeres y 3 hombres pertenecientes a la población clínica que padece TCA y sus respectivos padres.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta a la hora de incluir a los participantes en la investigación fueron los siguientes:

- Mujeres que acudieron al centro ITEM en Madrid y que reúnen los criterios diagnósticos de un TCA según el DSM-5
- Padres de dichas pacientes diagnosticadas de TCA.
- Haber firmado el consentimiento firmado aceptando que sus datos podrán usarse para fines de investigación, guardando su completa confidencialidad.

De los 89 sujetos, se decidió eliminar a los 3 hombres ya que era un número reducido y podía sesgar la muestra por lo que ésta finalmente estuvo compuesta por 86 sujetos, todas mujeres, y sus respectivos padres y madres. De estas 86 mujeres, 28 sufrían Anorexia Nerviosa Restrictiva, 8 Anorexia Nerviosa Purgativa, 20 Bulimia Nerviosa Purgativa, 3 Bulimia Nerviosa No Purgativa, 8 Trastorno por Atracón y 19 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (ver Figura 1).

Figura 1. Gráfico Diagnóstico TCA



La muestra, por tanto, estuvo constituida por 86 mujeres entre 13 y 37 años (siendo la media de 19,310 y la desviación típica de 4,323) y sus respectivos padres. En cuanto a los padres, existen 30 madres que acompañan a su hija a consulta solas y que contestan los cuestionarios, y 56 parejas de padres que vienen juntos acompañando a su hija y contestan a los cuestionarios. Esto quiere decir que hay un total de 86 madres y 36 padres. El presente estudio se diseñó para evaluar las características de los padres y su relación con el TCA de las hijas. Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

<i>Variables Sociodemográficas</i>		
<b>Variables</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Situación laboral Hijas</b>		
Desempleado	5	5,8
Activo	9	10,5
Estudiante	72	83,7
<b>Estado Civil Hijas</b>		
Soltero	84	97,7
Casado	1	1,2
Vive en pareja	1	1,2
<b>Nivel de estudios Hijas</b>		
Sin estudios	2	2,4
Educación Obligatoria	14	16,5
Educación Secundaria	25	29,4
Universitarios	43	50,6
Postgrado	1	1,2

*Nota.* Fr= Frecuencia; %= Porcentaje.

### Instrumentos

#### VARIABLES FAMILIARES

**The Family Questionnaire (FQ;** Wiedemann et al., 2002). Adaptación española realizada por Sepúlveda et al., (2014). Este cuestionario pretende estudiar y determinar los niveles de Emoción Expresada en los familiares y está compuesto por varias subescalas: Comentarios Críticos (CC) y la Sobreimplicación Emocional (EOI). Además, ha demostrado tener una buena consistencia interna (entre 0,78 y 0,80 en Sobreimplicación Emocional y entre 0,91 y 0,92 en comentarios críticos). El FQ está compuesto por 20 ítems, 10 por cada escala que puntúan de 1 a 4, cuanto mayor sea la puntuación obtenida en dicho cuestionario, mayor será la Emoción Expresada. Se utilizan como punto de corte los que proponen Wiedemann et al., (2002): 23 para los Comentarios Críticos y 27 para los niveles de Sobreimplicación Emocional. Este cuestionario será utilizado para medir el nivel de EE que puntúan los padres de personas diagnosticadas de TCA.

**BDI-II** (Beck, Steer y Brown, 1996). La adaptación española la encontramos en un estudio de Sanz, Perdígón y Vázquez (2003). Propiedades psicométricas en población general". El Inventario para la depresión de Beck es un cuestionario que mide la sintomatología depresiva tanto en pacientes con trastornos psicológicos como en población normal. El BDI-II se compone de 21 ítems tipo Likert indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida

de placer, sentimientos de culpa o fracaso.... Los ítems se codifican de 0 a 3 y la puntuación final es la suma de las respuestas a los 21 ítems (0-9: no existe depresión; 10-15: depresión leve; 16-24: depresión moderada y 25-63: depresión grave). La consistencia interna de este cuestionario es alta (coeficiente alfa= 0,87). Este cuestionario será utilizado para evaluar la sintomatología depresiva de los padres de pacientes que padecen un TCA.

**SCL-90-R**, cuestionario de 90 síntomas. Nombre y autor original: SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised por Leonard, R., (1975). Adaptación española: J.L González de Rivera, C., Rodríguez, A. y Rodríguez, F., (2002). El SCL-90-R es un cuestionario autoaplicado que está compuesto por 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicósomática concreta. Las 10 dimensiones que evalúa son: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional. En este caso concreto y para seguir la línea de las hipótesis marcadas, se analizará la dimensión “ansiedad”; dicha dimensión está formada por 10 ítems que se refieren a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda. Se ha encontrado una alta consistencia interna ya que el coeficiente de Cronbach de todas sus dimensiones es superior a 0,80, siendo la menor de 0,81 y la mayor de 0,90; lo cual significa que la homogeneidad de los ítems que forman cada dimensión es muy alta, teniendo asimismo una gran correlación entre ellos. Además, los valores de fiabilidad test retest están entre 0,78 y 0,90.

VARIABLES DE LA PACIENTE DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

**EDI-2**, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Nombre original: EDI-2, Eating Disorder Inventory-2 (Garner D, 1998). Adaptación española: Sara Corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos (TEA EDICIONES, S.A.). Evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los TCA. El EDI-2 es un instrumento muy valioso para evaluar los síntomas que suelen acompañar a los TCA. consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar la frecuencia con la que les ocurre cada situación: "nunca", "pocas veces", "a veces", "a menudo", "casi siempre" o "siempre". Este cuestionario nos sirve como un indicador de la gravedad y pronóstico del paciente que lo rellena, ya que nos informa sobre la sintomatología y aspectos psicológicos significativos de los pacientes. Subescalas del EDI-2: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo



evaluado. La consistencia interna del EDI-2 es muy buena, ya que todas sus subescalas cuentan con un alfa de Cronbach mayor de 0,80 (la menor 0,85 y la mayor 0,93).

### Procedimiento

La muestra utilizada para realizar este estudio fue seleccionada en ÍTEM, un centro clínico de la Comunidad de Madrid especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria, que se dedica al estudio y tratamiento de dichos trastornos. Una vez en el centro, se seleccionaron aquellos pacientes que reunían los criterios de inclusión previamente enumerados. En el proceso de evaluación de ÍTEM, se pasa un protocolo específico que valora diferentes aspectos; es por ello, que algunos de los resultados de los cuestionarios ya figuraban en la base de datos del centro, aunque se fueron añadiendo y reclutando más durante la investigación. Los instrumentos fueron aplicados a una muestra de 89 sujetos. Las variables estudiadas (síntomatología de TCA, Emoción Expresada, sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa) fueron medidas con cuestionarios de autoinforme, lo cual quiere decir que fueron instrumentos que los mismos sujetos se aplicaron a sí mismos. Estos cuestionarios fueron dados en ÍTEM y devueltos una semana después para que tuvieran tiempo de realizarlos en casa en un ambiente adecuado. Ante todo, los sujetos son completamente conscientes de que sus datos son confidenciales y anónimos, tratados de acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y que debían completar el cuestionario individualmente.

### Análisis de datos

Los análisis de este estudio se han llevado a cabo con el programa estadístico IBM SPSS versión 22 (IBM Corp.,2013). En primer lugar, se realizaron unos análisis descriptivos para las variables sociodemográficas. Para estudiar las relaciones entre las variables cuantitativas, se empleó la correlación de Spearman dado que se incumplió el supuesto de normalidad. Asimismo, para comparar las medias de los grupos, se realizó un análisis de t de Student para muestras independientes (se cumplió el supuesto de normalidad). Por último, se realizó un análisis de t de Student para muestras relacionadas y la prueba de Wilcoxon (en el caso del incumplimiento del supuesto de normalidad previamente citado).

## **RESULTADOS**

### Objetivo 1

Para poder estudiar la relación entre la sintomatología (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social) de

las personas que padecen TCA y la Emoción Expresada por los padres y las madres (Comentarios Críticos y Sobreimplicación Emocional), se han llevado a cabo varios análisis de Correlación de Spearman dado que el supuesto de Normalidad no se cumplió ( $p < 0,05$ ).

En la Tabla 2, se muestran las relaciones obtenidas entre la sintomatología de las personas que padecen TCA y la Emoción Expresada por los padres (Comentarios Críticos y Sobreimplicación Emocional). Según estos datos podemos observar que existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión obsesión por la delgadez y la dimensión Comentarios críticos ( $r = 0,330$ ;  $p = 0,040$ ), siendo la relación baja y positiva, lo cual quiere decir que a mayor obsesión por la delgadez mayores comentarios críticos se dan. Mientras que podemos ver que el resto de las dimensiones que conforman el cuestionario EDI-2 no correlacionan con las variables CC y EOI ( $p > 0,05$ ).

Tabla 2

*Correlaciones Spearman en padres (FQ-EDI-2)*

Escala	EE CC	EE EOI
EDI1	0,330*	0,221
EDI2	0,127	-0,015
EDI3	0,115	0,116
EDI4	0,240	0,128
EDI5	0,137	0,081
EDI6	-0,095	-0,144
EDI7	0,111	-0,047
EDI8	0,013	0,204
EDI9	-0,119	-0,167
EDI10	0,161	0,041
EDI11	0,036	0,10

*Nota.* \* $p < 0,05$ ; EE CC=Emoción Expresada Comentarios Críticos; EE EOI= Emoción Expresada Sobreimplicación Emocional; EDI1= obsesión por la delgadez, EDI2= bulimia, EDI3= insatisfacción Corporal EDI4= ineficacia, EDI5= perfeccionismo, EDI6= desconfianza interpersonal, EDI7= conciencia interoceptiva, EDI8= miedo a la madurez, EDI9= ascetismo, EDI10= impulsividad; EDI11= inseguridad social

En cuanto a las madres (Tabla 3), podemos ver que al igual que en el caso de los padres, se muestra una relación estadísticamente significativa entre la dimensión obsesión por la delgadez y la dimensión Comentarios Críticos ( $r = 0,275$ ;  $p = 0,040$ ), siendo la relación baja y positiva. Por otro lado, no se halla una relación estadísticamente significativa con el resto de las variables dado que el nivel de significación obtenido fue mayor que 0,05.

Tabla 3  
Correlaciones de Spearman en madres (FQ-EDI-2)

Escala	EE CC	EE EOI
EDI1	0,275*	0,221
EDI2	0,115	-0,015
EDI3	0,256	0,116
EDI4	0,047	0,128
EDI5	0,219	0,081
EDI6	0,008	-0,144
EDI7	0,090	-0,047
EDI8	0,171	0,204
EDI9	0,148	-0,167
EDI10	0,116	0,041
EDI11	0,024	0,10

*Nota.* \* $p < 0,05$ ; EE CC= Emoción Expresada Comentarios Críticos; EE EOI= Emoción Expresada Sobreimplicación Emocional; EDI1= obsesión por la delgadez, EDI2= bulimia, EDI3= insatisfacción corporal EDI4= ineficacia, EDI5= perfeccionismo, EDI6= desconfianza interpersonal, EDI7= conciencia interoceptiva, EDI8= miedo a la madurez, EDI9= ascetismo, EDI10= impulsividad; EDI11= inseguridad social

## Objetivo 2

Con el fin de estudiar la relación entre la sintomatología (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social) de las personas que padecen TCA y la sintomatología depresiva presente en los padres y las madres, se ha llevado a cabo una Correlación de Spearman dado que, como en el caso anterior, el supuesto de Normalidad no se cumplió ( $p < 0,05$ ).

En la Tabla 4, se muestran las relaciones obtenidas entre la sintomatología de las personas que padecen TCA y la puntuación obtenida por los padres en la variable depresión. Según estos resultados, podemos observar que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable depresión y las dimensiones ineficacia ( $r = 0,288$ ;  $p = 0,027$ ), perfeccionismo ( $r = 0,257$ ,  $p = 0,049$ ), impulsividad ( $r = 0,309$ ,  $p = 0,17$ ) e inseguridad social ( $r = 0,363$ ,  $p = 0,005$ ).

Tabla 4  
Correlaciones Spearman padres (BDI-EDI-2)

Variables	EDI										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
BDI	0,203	0,001	0,163	0,288*	0,257*	0,202*	0,212	0,155	0,114*	0,309*	0,363*

Nota. \* $p < 0,05$ ; EDI1= obsesión por la delgadez, EDI2= bulimia, EDI3= insatisfacción corporal EDI4= ineficacia; EDI5= perfeccionismo; EDI6= desconfianza interpersonal, EDI7= conciencia interoceptiva; EDI8= miedo a la madurez; EDI9= ascetismo, EDI10= impulsividad; EDI11= inseguridad social.

A continuación, pueden encontrarse los resultados de las madres para comprobar si existe una relación entre la sintomatología de las personas que padecen TCA y la sintomatología depresiva de sus madres (Tabla 5). Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre algunas dimensiones de la sintomatología de TCA con la puntuación de las madres en la variable depresión. Éstas relaciones son: insatisfacción corporal ( $r = 0,267$ ,  $p = 0,013$ ), ineficacia ( $p = 0,227$ ,  $p = 0,036$ ), perfeccionismo ( $r = 0,254$ ,  $p = 0,018$ ), desconfianza interpersonal ( $r = 0,246$ ,  $p = 0,023$ ), ascetismo ( $r = 0,217$ ,  $p = 0,044$ ), e inseguridad social ( $r = 0,242$ ,  $p = 0,025$ ). Como podemos observar, son más relaciones que en el caso de los padres.

Tabla 5  
Correlaciones Spearman padres (BDI-EDI-2)

Variables	EDI										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
BDI	0,160	-0,64	0,267*	0,227*	0,254*	0,246*	0,182	0,183	0,217*	0,177	0,242*

Nota. \* $p < 0,05$ ; EDI1= obsesión por la delgadez, EDI2= bulimia, EDI3= insatisfacción corporal EDI4= ineficacia; EDI5= perfeccionismo; EDI6= desconfianza interpersonal, EDI7= conciencia interoceptiva; EDI8= miedo a la madurez; EDI9= ascetismo, EDI10= impulsividad; EDI11= inseguridad social..

### Objetivo 3

Con el fin de estudiar la relación existente entre la sintomatología de las personas que padecen TCA y la ansiedad padecida por los padres y las madres, se ha llevado a cabo una Correlación de Spearman dado que el supuesto de Normalidad no se cumplió ( $p < 0,05$ ).

En la Tabla 6 se puede observar en los padres la relación entre la sintomatología de sus hijas con TCA y la ansiedad obtenida por ellos mismos; sólo la dimensión miedo a la madurez

correlacionó de manera estadísticamente significativa con la variable ansiedad de los padres ( $r=0,264$ ,  $p= 0,043$ ).

Tabla 6  
Correlaciones Spearman (SCL-90 -EDI-2) en padres

Variables	EDI										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
SCL-90	0,172	0,040	0,063	0,238	0,200	0,091	0,042	0,264*	-0,079	0,212	0,186

Nota. \* $p<0,05$ ; EDI1= obsesión por la delgadez, EDI2= bulimia; EDI3= insatisfacción corporal EDI4= ineficacia; EDI5= perfeccionismo; EDI6= desconfianza Interpersonal; EDI7= conciencia Interoceptiva; EDI8= miedo a la madurez, EDI9= ascetismo; EDI10= impulsividad; EDI11= inseguridad social.

En la Tabla 7 se puede observar qué resultados se hallaron cuando se estudió para las madres la relación entre la sintomatología de sus hijas con TCA y la ansiedad que estas presentaban. Se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa, baja y positiva entre la variable ansiedad en las madres de personas que padecen TCA y dos de las dimensiones de gravedad sintomatológica de estas últimas: perfeccionismo ( $r=0,286$ ,  $p= 0,13$ ) e impulsividad ( $r=0,232$ ,  $p= 0,47$ ). El resto de dimensiones de la sintomatología de TCA no correlacionan significativamente con las puntuaciones en ansiedad de las madres, ya que el nivel de significación es superior a 0,05.

Tabla 7  
Correlaciones Spearman en madres (SCL-90 -EDI-2)

Variables	EDI										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
SCL-90	0,169	0,135	0,189	0,159	0,286*	0,163	0,096	0,172	0,103	0,232*	0,209

Nota. \* $p<0,05$ ; EDI1= obsesión por la delgadez, EDI2= bulimia; EDI3= insatisfacción Corporal EDI4= ineficacia; EDI5= perfeccionismo; EDI6= desconfianza interpersonal; EDI7= conciencia interoceptiva; EDI8= miedo a la madurez, EDI9= ascetismo; EDI10= impulsividad; EDI11= inseguridad social.

#### Objetivo 4

Para poder estudiar si existe una relación estadísticamente significativa entre la Emoción Expresada, depresión y ansiedad de los padres y madres de las niñas con TCA, se llevó a cabo, en primer lugar, la comprobación del supuesto de normalidad ( $p<0,05$ ). Este no se

cumplió, por lo que el análisis que se realizó fue, como en casos anteriores, la correlación de Spearman.

En cuanto a los padres (ver Tabla 8), los resultados obtenidos fueron los siguientes: existe una relación estadísticamente significativa, positiva y moderada entre la Emoción Expresada y la depresión. En primer lugar la dimensión Sobreimplicación Emocional de los padres y su puntuación obtenida en la variable depresión ( $r=0,460$ ,  $p= 0,03$ ), y en segundo lugar entre los Comentarios Críticos y la Depresión ( $r=0,359$ ,  $p= 0,25$ ). Por otro lado, encontramos una correlación estadísticamente significativa, alta y positiva entre la puntuación obtenida en ansiedad y en depresión ( $r=0,751$ ,  $p<0,01$ ). Por último, existe una relación significativa, positiva y moderada entre la ansiedad de los padres y su puntuación en Emoción Expresada; entre la Sobreimplicación Emocional y la ansiedad ( $r=0,525$ ,  $p=0,01$ ), y entre los Comentarios Críticos y la ansiedad ( $r=0,408$ ,  $p=0,01$ ).

Tabla 8.

*Correlaciones de Spearman en padres*

*(Emoción Expresada- depresión- ansiedad)*

<b>Variables</b>	<b>EE EOI</b>	<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>
EE CC	0,480**	0,359*	0,408*
EE EOI	-	0,460**	0,525**
Depresión		-	0,751**

*Nota.* \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; EE CC= Emoción expresada Comentarios Críticos; EE EOI= Emoción Expresada Sobreimplicación Emocional.

Por otro lado, refiriéndonos a las madres (Tabla 9), se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa, positiva y moderada entre la Sobreimplicación Emocional de las madres y la depresión ( $r= 0,514$ ,  $p<0,01$ ), y una relación baja y positiva entre la dimensión Comentarios Críticos y la puntuación en depresión ( $r=0,321$ ,  $p= 0,16$ ). Encontramos asimismo una correlación estadísticamente significativa, alta y positiva entre la ansiedad y la depresión obtenida por las mismas ( $r=0,753$ ,  $p<0,01$ ). Por último, añadir que se encontró una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión Comentarios Críticos ( $0,283$ ,  $p= 0,05$ ) y con la Sobreimplicación Emocional ( $r=0,333$ ,  $p= 0,04$ ).

Tabla 9

*Correlaciones de Spearman en madres*

*(Emoción Expresada- Depresión- Ansiedad)*

<b>Variables</b>	<b>EE EOI</b>	<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>
EE CC	0,480**	0,321*	0,283*
EE EOI	-	0,514**	0,333**
Depresión		-	0,753**

*Nota.* \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; EE CC= Emoción expresada Comentarios Críticos; EE EOI= Emoción Expresada Sobreimplicación Emocional.

Objetivo 5

Estudiar si existen diferencias significativas entre la Emoción Expresada de los padres y madres y el tipo de TCA de sus hijas. Para ello, se ha utilizado una t de Student para muestras independientes.

Antes de llevar a cabo los análisis se comprobaron los supuestos de Normalidad y Homocedasticidad con las pruebas estadísticas Shapiro Wilk y Levene. Según los resultados, se cumplen ambos supuestos ya que el nivel de significación es mayor que 0,05 ( $p > 0,05$ ).

Analizando los resultados obtenidos con los padres (*Ver Tabla 10*), podemos observar que no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las chicas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa respecto a los Comentarios Críticos y la Sobreimplicación Emocional ( $p > 0,05$ ). En cuanto a las madres (*Ver Tabla 11*), sí se hallan diferencias entre las chicas con AN y BN respecto a los Comentarios Críticos ( $p < 0,05$ ), siendo en este caso las chicas que padecen BN las que mayor media ( $M = 24,18$ ;  $D.T = 5,78$ ) obtienen cuando se trata de recibir Comentarios Críticos por parte de sus madres, respecto a las personas que tienen AN ( $M = 20,11$ ;  $D.T = 6,23$ ). En cuanto a la Sobreimplicación Emocional no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de TCA

Tabla 10

*Diferencia de medias para chicas con AN y BN y la EE de sus padres*

<b>Variable</b>	<b>AN M (D.T)</b>	<b>BN M (D.T)</b>	<b>t de Student (gl)</b>	<b>p</b>
EE CC	19,05 (4,52)	21,36 (5,57)	-1,23 (28)	0,226
EE EOI	24,31 (5,19)	23,09 (3,93)	0,676 (28)	0,505

*Nota.* M= Media; DT= Desviación Típica; AN= Anorexia Nerviosa; BN= Bulimia Nerviosa; EE CC= Emoción Expresada Comentarios Críticos; EE EOI= Emoción Expresada Sobreimplicación Emocional; gl= grados de libertad;  $p$ = nivel de significación.

Tabla 11

*Diferencia de medias para chicas con AN y BN y la EE de sus madres*

Variable	AN M (D.T)	BN M (D.T)	t de Student (gl)	p
EE CC	20,11 (6,23)	24,18 (5,78)	-2,11 (40)	0,041
EE EOI	24,88 (6,17)	26,00 (5,26)	-0,60 (40)	0,552

*Nota.* M=Media; DT= Desviación Típica; AN= Anorexia Nerviosa; BN= Bulimia Nerviosa; EE CC= Emoción Expresada Comentarios Críticos; EE EOI= Emoción Expresada Sobreimplicación Emocional; gl= grados de libertad; p= nivel de significación.

### Objetivo 6.

Estudiar si existen diferencias clínicamente significativas entre padres y madres en las variables Emoción Expresada, Depresión y Ansiedad. Para ello, se ha realizado un análisis de t de Student para muestras relacionadas en aquellos casos en los cuales se cumple el supuesto de Normalidad ( $p > 0,05$ ) y en el caso del incumplimiento del supuesto ( $p < 0,05$ ), se ha realizado un análisis no paramétrico con la prueba de Wilcoxon.

Según los resultados obtenidos, podemos ver que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre la Emoción Expresada (Comentarios críticos y Sobreimplicación Emocional) de los padres y las madres. Sin embargo, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas con la prueba de Wilcoxon (Ver Tabla 12), entre la ansiedad de las madres y los padres ( $z = -2,82$ ;  $p = 0,005$ ), así como se encuentran diferencias entre la depresión de los mismos ( $z = -2,72$ ;  $p = 0,006$ ). En este caso, según la mediana, podemos ver que son las madres quienes obtienen una mayor puntuación tanto en la depresión (Med = 11) como en la ansiedad (Med = 0,30) que los padres (Med depresión = 7; Med ansiedad = 0,20), lo cual nos indica que tienen mayores niveles de ansiedad y depresión que ellos y por tanto mayor malestar psicológico.



## DISCUSIÓN

Mediante la realización de esta investigación, se ha querido estudiar la relación entre cierta psicopatología de los padres de niñas que padecen Trastorno de la Conducta Alimentaria y la sintomatología de sus hijas. Según los datos obtenidos, se corroboran varias de las hipótesis propuestas al inicio del estudio que ahora se irán analizando detalladamente.

La literatura muestra de una manera realmente abrumadora que los Trastornos de la Conducta Alimentaria representan uno de los problemas más importantes en la sociedad actual, ya que, entre otros factores, tiene un curso clínico mantenido en el tiempo, tiende a la cronicidad, existe un alto grado de hospitalización, tiene una elevada comorbilidad con otros trastornos y causa un gran número de muertes (del Barrio, 2009; Rubio, 1999 y Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2011). Es por esto que es muy necesario seguir invirtiendo tiempo y recursos en estudiar acerca de este trastorno para poder mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen y de las personas que están a su alrededor, en especial, de sus familiares.

En este caso, el estudio ha ido en dirección a observar la posible relación que puede tener el ambiente familiar y las características de los padres como factor de riesgo o como factor mantenedor del TCA de sus hijas (Bould et al., 2015; Forsberg et al., 2015), ya que como bien afirma Baldares (2013), los TCA son enfermedades multifactoriales, es decir, su génesis debe ser entendida como una interacción de muchos factores.

Según los resultados obtenidos para estudiar la primera hipótesis se puede afirmar que, en el caso tanto de los padres como de las madres de niñas con TCA, existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión obsesión por la delgadez y los Comentarios Críticos realizados por los padres. Tener un alto criticismo, y por lo tanto una alta Emoción Expresada, predice el curso que llevará el TCA en el paciente (Medina-Pradas et al., 2011; Forsberg et al., 2015; van Os, Marcelis, Germeys, Graven y Delespaul, 2001; Treasure et al., 2008 y Wedig y Nock, 2007). Berbel-Serrano, et al. (2010) ya afirmaban en su estudio que tanto los CC como la EOI de los padres con niñas que padecían TCA superaban el punto de corte en los cuidadores principales, sin embargo en el presente estudio no se hallaron relaciones significativas en cuanto a la Sobreimplicación Emocional de los padres y la gravedad sintomatológica de sus hijas.

Como se predecía en la segunda hipótesis, se han encontrado relaciones clínicamente significativas entre la depresión de los padres y la sintomatología alimentaria de sus hijas. Estos resultados son congruentes con los resultados obtenidos en el estudio de Berbel-Serrano et al., donde comprobaron que los padres con niñas con TCA tenían un bajo estado de ánimo, presentando el 19,8% una depresión clínica. Datos similares a estos al analizar una

sintomatología depresiva en padres de niñas con TCA también fueron encontrados por otros autores (Treasure et al., 2008; Tarrrier et al., 2002; Bould et al., 2015). Aquí sería interesante investigar acerca de la depresión de los padres y el transcurso y evolución del TCA de la hija, y si existe una mayor depresión cuanto peor es el pronóstico de la enfermedad o cuanto más tiempo de evolución lleva el TCA. Zabala et al., (2009) encontraron que existe un mayor nivel de EE en las personas cuyo familiar presentaba un TCA de larga duración; por lo que es una variable a tener en cuenta.

En cuanto a la tercera hipótesis, lo que se refiere a los padres de hijas con TCA, sólo la dimensión miedo a la madurez correlacionó de manera estadísticamente significativa con la ansiedad de los padres. Si hablamos de las madres, existe un mayor número de dimensiones que correlacionan con la puntuación en depresión de éstas. Por tanto, sólo alguna de las dimensiones de la sintomatología de TCA correlacionan con la ansiedad por lo que no se puede decir que se cumpla definitivamente la hipótesis propuesta, aunque la investigación vaya encaminada a afirmar que la ansiedad de los padres, junto la depresión y la Emoción Expresada puede ser un factor de riesgo y un mantenedor y agravante de la sintomatología alimentaria de sus hijas (Bould et al., 2015; Forsberg et al., 2015).

La información recogida en este estudio concuerda de manera total con la cuarta hipótesis, ya que existe una relación estadísticamente significativa entre la Emoción Expresada (Comentarios Críticos y Sobreimplicación Emocional), la depresión, y la ansiedad por un lado de las madres y por otro, de los padres. Estos datos confirman los encontrados por la bibliografía estudiada donde se encuentra que las personas que presentan una alta Emoción Expresada, suelen presentar una alta sintomatología depresiva y ansiosa; es decir existe una relación significativa entre la alta puntuación en Emoción Expresada y el malestar psicológico de los padres de pacientes que presentan un TCA (Wearden et al., 2000; Sepúlveda et al., 2012; Li y Lewis, 2013; Nomura et al., 2005; Bould et al., 2015; Pérez-Pareja et al., 2014; Kyriaco et al., 2008).

La quinta hipótesis fue dirigida a estudiar si existen diferencias clínicamente significativas entre el tipo de TCA padecido (Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa) y el tipo de Emoción Expresada de los padres (Comentarios Críticos o Sobreimplicación Emocional). Se ha de decir, que este análisis no tiene muchos precedentes en la literatura y existen pocos estudios en esta dirección. Los datos obtenidos de los padres, nos muestran que no existen diferencias clínicamente significativas entre la AN y BN cuando se trata de recibir Comentarios Críticos o Sobreimplicación Emocional. Sin embargo, si analizamos los datos obtenidos por parte de las madres observamos que sí existen diferencias en las chicas que padecen BN, ya que obtienen un mayor criticismo por parte de sus madres que las personas que padecen AN. Lo

esperado sería que las personas que padecen AN recibieran una mayor Sobreimplicación Emocional por parte de sus madres, sin embargo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la BN y la AN padecida por las hijas. Por lo tanto parte de la hipótesis se cumple, y parte no. En cuanto a que las personas con BN reciben un mayor criticismo por parte de sus madres, es un dato particularmente importante debido a que contribuye a aportar resultados a una escasa línea de investigación que arroja conclusiones algo inconsistentes, y corrobora lo que encontraron Modes y Grange (1993) y Wearden et al., (2000) y es que los Comentarios Críticos de los padres a una hija con BN son significativamente más altos que aquellos que se realizaban a hijas que padecían AN. Estas investigaciones tampoco encontraron diferencias significativas con respecto a la Sobreimplicación Emocional; aunque Szmukker et al., (1985) sí encontraron que en familias donde existe un familiar con AN la Sobreimplicación emocional existe en una mayor medida que el criticismo. Debido a la controversia entre los resultados y las pocas investigaciones que hay en esta línea, sería interesante seguir estudiando estas posibles diferencias con una muestra más amplia y seguir esta línea de trabajo. Además de todo lo comentado anteriormente, sería interesante para la evidencia científica de los TCA y su exitoso tratamiento, estudiar la posible diferencia entre AN Restrictiva y AN Purgativa respecto a la Emoción Expresada de los padres, ya que hay muy poco investigado al respecto y las características de estos dos trastornos son muy diferentes.

En cuanto a la sexta y última hipótesis, mientras que no se han observado diferencias estadísticamente significativas en la Emoción Expresada (Comentarios Críticos y Sobreimplicación Emocional) entre madres y padres, sí se ha encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en Ansiedad y Depresión por éstos, siendo las madres de personas que padecen TCA quienes presentan peor bienestar y mayor psicopatología. Estos datos confirman lo que ya dijeron Frosberg et al., (2015) que observaron que las madres de personas con TCA presentaron niveles más altos de malestar psicológico. Berbel- Serrano et al., (2010) aportan que existen diferencias significativas entre el estado de salud de los cuidadores principales de TCA y los secundarios, siendo los primeros aquellos que obtuvieron mayores puntuaciones en ansiedad y depresión, es por ello que sería muy interesante, en futuras investigaciones, evaluar si las diferencias estadísticamente significativas encontradas en este estudio respecto a la ansiedad y depresión son debidas al sexo (madre-padre) o a quién es el cuidador principal de la hija con TCA y pasa más tiempo cuidándole.

Asimismo, en esta investigación podemos encontrar alguna desviación de los resultados respecto a aquello que se esperaba y esto puede deberse a:

A nivel metodológico, existe una variabilidad muestral importante, ya que, aunque se decidió prescindir de los hombres al ser sólo 3 y poder sesgar la muestra, la edad de las chicas que padecen TCA y se utilizaron en dicho estudio, está comprendida entre 13 y 37 años. Esto puede afectar a los resultados, ya que no se controlan las variables cronicidad de la paciente y los años de evolución del TCA. Zabala et al. (2009) realizaron una revisión de varios estudios donde examinaron los niveles de EE en familiares de pacientes con TCA; uno de los resultados encontrados fue que los cuidadores de personas con TCA de larga duración tenían un mayor nivel de EE que los cuidadores de personas diagnosticadas de TCA de con un periodo corto de evolución. Por lo que, controlar la variable cronicidad sería interesante a tener en cuenta en futuras investigaciones.

Por otro lado, el análisis aquí utilizado es el correlacional por lo que pueden concluirse relaciones pero nunca inferir causalidad. Esto quiere decir que no se puede afirmar que la patología de los padres sea un factor que determine la sintomatología de sus hijas, por lo que no puede conocerse qué ocurre antes (el ambiente familiar o el TCA de la paciente), aunque parece que ambas variables interaccionan y se retroalimentan de manera bidireccional. Por ello, sería interesante, realizar este estudio o uno similar o bien de manera longitudinal en el tiempo o bien con personas con TCA que estén en los primeros momentos evolutivos del trastorno para controlar las variables cronicidad y tiempo de evolución del trastorno, ya que estas variables pueden hacer que empeore la sintomatología de los padres y pueda estar sesgando los resultados aquí obtenidos.

En definitiva, la mayoría de los datos obtenidos en la presente investigación, confirman los hallazgos encontrados previamente en la literatura al demostrar que la sintomatología patológica de los padres se relaciona de manera estadísticamente significativa con la sintomatología de TCA de sus hijas. Por tanto, incluir a la familia en el tratamiento que estén llevando sus hijas, mejorando su bienestar y reduciendo sus niveles de Emoción Expresada, depresión y ansiedad, puede ser un elemento de gran importancia para el éxito terapéutico y funcionalidad de la familia, ya que la psicopatología, la comunicación intrafamiliar y el estrés en la familia puede dificultar las relaciones existentes entre sus miembros.

Aunque se habla de que la psicopatología de los padres está relacionada con un peor pronóstico y un mantenedor de la enfermedad de sus hijas (Forsberg et al., 2015), sería interesante trabajar con ello asumiendo que lo más plausible es que sea tanto un factor de riesgo como un factor mantenedor de la sintomatología de TCA de sus hijas, y que ambos se van retroalimentando. Aún así sería necesario seguir esta línea de investigación para una adecuada prevención y un tratamiento con mayor éxito. Para ello, invito a futuros investigadores que

sigan por esta línea, intentando conseguir una muestra de personas con un TCA con un corto periodo de evolución y sus padres.

Por último y para concluir, animar a todas las personas que se dediquen a estudiar y trabajar con Trastornos de la Conducta Alimentaria, a hacer hincapié en la necesidad de la prevención de dicho trastorno tanto desde en casa, como en los colegios para evitar el aumento de prevalencia del mismo y concienciar a las personas de la existencia y gravedad del trastorno. Además, no pasar por alto la importancia de la implicación de los padres en todas las fases, tanto en prevención como en intervención, ya que ellos también necesitan aumentar su bienestar psicológico para un mejor funcionamiento tanto familiar como terapéutico.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-5 ®). American Psychiatric Pub.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
- del Barrio, J. A. G. (2009). *Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones*. Ed. Médica Panamericana.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 13(5), 287-294.
- Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., y Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383-391.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- Berbel-Serrano, E., Sepúlveda, A. R., Graell-Bernal, M., Carrobles, 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.
- Brown, M., Monck, E., Carstairs, G. y Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-67.
- Butzlaff, R. L., y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I., y Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1).
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Editorial Planeta, S.A.
- Carrasco, M., Ballesteros, J., Ibarra, N., Loizaga, C., Serrano, B., Larumbe, M<sup>a</sup>. J., Aizcorbe C. y Belenguer, C. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad

- de Alzheimer y estrés psíquico: una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, (4), 201-206.
- Derogatis, L. R. (1975). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.
- Fairburn CG, Cooper Z, The Eating Disorder Examination (12th Ed.). In: Fairburn C. G., and Wilson G., editors. *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guildford Press; 1993.
- Forsberg, S., Darcy, A., Bryson, S. W., Arnow, K. D., Datta, N., Le Grange, D., y Lock, J. (2015). Psychological symptoms among parents of adolescents with anorexia nervosa: A descriptive examination of their presence and role in treatment outcome. *Journal of Family Therapy*.
- Franco C., Magallon R. y López del Hoyo. Plantándole cara a la depresión. 1ª edición. Barcelona: editorial Erasmus; 06/2011. Pág.53- 83.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez M., y Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised, Adaptación Española*. Madrid: TEA.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Garner, D. M. (1998). *Manual del EDI 2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Hoste, R. R., y le Grange, D. (2008). Expressed emotion among white and ethnic minority families of adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 395-400.
- IBM Corp. Released (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22*. Armonk, NY: IBM.

- Kyriacou, O., Treasure, J., y Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- Kyriacou, O., Treasure, J., y 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(1), 37-46.
- Li, C. Y., y Lewis, F. M. (2013). Expressed emotion and depression in caregivers of older adults with dementia: results from Taiwan. *Aging & mental health*, 17(8), 924-929.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A., y Obiols, J. E. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry research*, 190(2), 291-296.
- Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 251-266.
- Modes, M., y Grange, D. L. (1993). Expressed emotion in the investigation of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 279-288.
- 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.
- Nomura, H., Inoue, S., Kamimura, N., Shimodera, S., Mino, Y., Gregg, L., y Tarrier, N. (2005). A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(7), 564-570.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2004.
- van Os, J., Marcelis, M., Germeys, I., Graven, S., y Delespaul, P. (2001). High expressed emotion: marker for a caring family?. *Comprehensive psychiatry*, 42(6), 504-507.



- 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). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690.
- Pérez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L., 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(1), 37-45.
- Rienecke, R. D., Lebow, J., Lock, J., y Le Grange, D. (2017). Family profiles of expressed emotion in adolescent patients with anorexia nervosa and their parents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 428-436.
- Rubio, B. (1999). *Trastorno del Comportamiento Alimentario: Orientaciones para Atención Primaria de Salud*. Murcia, España.
- Sanz, J., Perdigón, L. A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sepúlveda, A. R., Graell, A. M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J. y Morande. (2012). 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., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F., y Graell, M. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26(3), 321-327.
- Sepúlveda, A. R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D. y Treasure, J. (2010). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1). *International Journal of Eating Disorders*, 43, 603-10.
- Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):610–9.
- Striegel-Moore, R. H., y Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The counseling psychologist*, 29(5), 635-661.

- Sysko, R., y Walsh, B. T. (2011). Does the broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD- ED) scheme reduce the frequency of eating disorder not otherwise specified?. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 625-629.
- Szmukler, G. I., Eisler, I., Russell, F. M., y Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental expressed emotion and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C., Burns, A. y 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.
- 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.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., y Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 128-13.
- Valladares, A., Dilla, T., y A Sacristán, J. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1).
- Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., y Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical psychology review*, 20(5), 633-666.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265-279.
- Wedig, M. M., y Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171-1178.
- Zabala, M. A., Macdonald, P. y 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.

