

L. Rodríguez Santos¹
F. J. Vaz Leal^{1,2}

Valoración de la expresividad emocional en familias de pacientes con trastornos alimentarios: aplicación de la *Camberwell Family Interview* en una muestra española

¹ Área de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Extremadura
Badajoz

² Unidades de Salud Mental n.º 2 y de Trastornos Alimentarios
Complejo Hospitalario Universitario
Servicio Extremeño de Salud
Badajoz

Introducción. La expresividad emocional (EE) familiar ha sido relacionada con diversos factores clínicos y evolutivos en pacientes con trastornos alimentarios. El objetivo del presente trabajo fue estudiar la EE en familiares de pacientes con trastornos alimentarios utilizando la *Camberwell Family Interview* (CFI) con la intención de comparar los resultados con los detectados en otras patologías o en otros estudios sobre trastornos alimentarios desarrollados fuera de España.

Métodos. Setenta y un progenitores de 43 pacientes con un trastorno alimentario fueron evaluados utilizando la CFI.

Resultados. El 46,5 % de las familias evaluadas presentaron una alta EE. No se encontraron diferencias significativas entre las madres y los padres con respecto a la EE global, pero sí se observó una mayor tendencia en las madres a la sobreimplicación emocional.

Conclusiones. El número de familias que presentan una alta EE en la población estudiada es inferior a la encontrada en los trabajos sobre EE en esquizofrenia y ligeramente superior a la encontrada en otros estudios realizados en trastornos alimentarios. Existe una tendencia a que las madres presenten una mayor EE que los padres.

Palabras clave:
Expresividad emocional. *Camberwell Family Interview*. Trastornos alimentarios. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(6):359-365

Assessment of expressed emotion in families of patients with eating disorders: using the *Camberwell Family Interview* on a Spanish sample

Introduction. The level of expressed emotion (EE) in the family members has been related to several clinical and outcome related factors in patients with eating disorders.

Correspondencia:
Laura Rodríguez Santos
Departamento de Farmacología y Psiquiatría
Facultad de Medicina
Av. Elvas, s/n
06071 Badajoz
Correo electrónico: laura@unex.es

This study aimed to study the levels of EE in families of patients with eating disorders using the *Camberwell Family Interview* (CFI) in order to determine whether they were similar to those reported in other studies developed outside Spain.

Methods. Seventy-one parents of 43 eating disorders patients were evaluated using a Spanish version of the CFI.

Results. In our sample, 46.5 % of the families had EE high levels. There were no significant differences between mothers and fathers in global scores, but mothers tended to have higher emotional overinvolvement with the patient.

Conclusions. The percentage of families that had high EE in our sample was lower than that reported for families with a member with schizophrenia and slightly higher than that detected in other studies on eating disorders. Mothers tended to have higher EE levels than fathers.

Key words:
Expressed emotion. *Camberwell family interview*. Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

INTRODUCCIÓN

Algunos estudios plantean que la anorexia nerviosa (AN) se asocia a una forma particular de interacción familiar¹⁻³, pero no está claro hasta qué punto estos procesos familiares tienen una importancia etiológica o son una respuesta de las familias al trastorno². La crítica que se ha hecho a algunos de estos trabajos se centra en la dificultad de evaluar mediante medidas estandarizadas las hipótesis sometidas a validación^{4,5}. El desarrollo de medidas de interacción familiar fiables, como la expresividad emocional (EE)^{6,7}, ha aumentado el interés por conocer la relación entre familia y AN.

El concepto de EE se desarrolló de un modo pragmático para señalar algunos aspectos de la conducta emocional que los familiares manifestaban hacia el familiar enfermo. La Entrevista Familiar de Camberwell (*Camberwell Family*

Interview, CFI)^{8,9} permite realizar una valoración de la EE familiar. Se trata de una entrevista semiestructurada que permite evaluar las emociones que un miembro de la familia expresa hacia el familiar enfermo, teniendo en cuenta tanto los aspectos verbales como no verbales de su conducta. Vaughn y Leff⁸ tienen en cuenta cinco factores a la hora de analizar la EE: comentarios críticos, hostilidad, sobreimplicación emocional, afecto y comentarios positivos. El índice global de EE es dicotómico, clasificándose a la familia de alta EE si durante la entrevista el familiar hace seis o más comentarios críticos sobre la conducta del paciente, y/o existe hostilidad hacia él, y/o aparece sobreimplicación emocional. Se han utilizado estas tres escalas para el índice global, ya que han sido las que han demostrado tener valor pronóstico en los trabajos realizados con familiares de pacientes esquizofrénicos^{10,11}, lo que ha llevado a la afirmación de que la EE es un buen índice predictor del curso de la enfermedad.

El grupo de Russell^{5,12,14} es el que ha realizado la mayor parte de los trabajos sobre interacción familiar y trastornos alimentarios, evaluando ésta a través de la EE y algunas de sus subescalas. Szmulker et al.¹² han estudiado la relación entre la EE que presentaban los padres y el abandono del tratamiento por parte de las pacientes, observando que las madres y los padres de las pacientes que abandonaban el tratamiento presentaban unos niveles más altos de críticas y sobreimplicación que los padres de las pacientes que continuaban en tratamiento. Por otra parte, Le Grange et al.^{13,14} han estudiado la EE y su relación con el curso de la terapia familiar¹⁵, mientras que Dare et al.⁵ han comparado la efectividad de dos formas de intervención familiar para el manejo de los trastornos alimentarios en adolescentes, evaluando para ello la EE y sus subescalas mediante una adaptación de la CFI, la *Scheduled Camberwell Family Interview* (SCFI).

Otros autores han comparado la interacción familiar de familias de pacientes con AN y familias de pacientes con otras patologías^{16,17}. Un estudio llevado a cabo por Goldstein¹⁶ ha recogido un número de medidas de interacción familiar como «estilo afectivo» y «comunicación desviada» en familias de adolescentes con esquizofrenia y en familias de adolescentes con AN. La principal diferencia encontrada entre ambos grupos fue que los padres de adolescentes con AN no solían realizar críticas personales de su hijo, en contraste con los padres de pacientes con esquizofrenia, en los que la actitud crítica personal era la que más predominaba. Blair et al.¹⁷ evaluaron la EE comparando familias de pacientes con AN, fibrosis quística y un grupo control sano, encontrando que era mayor la proporción de familias de pacientes con AN que presentaban alta EE en comparación con los otros dos grupos.

Van Furth et al.¹⁸ analizaron la EE familiar como predictor del curso de la enfermedad en una muestra de familias de pacientes adolescentes con un trastorno alimentario. En general las puntuaciones de EE disminuyeron en el período

de tratamiento, pero únicamente la disminución en la sobreimplicación emocional, tanto en las madres como en los padres, fue significativa.

Más recientemente, Uehara et al.¹⁹ han llevado a cabo un estudio preliminar en el que se relaciona la EE (evaluada mediante la *Five Minute Speech Sample* [FMSS])²⁰, factores familiares y síntomas observados en el curso de un tratamiento psicoeducativo multifamiliar. El porcentaje de familiares con alta EE decreció significativamente tras el tratamiento, así como el número de personas que puntuaron en sobreimplicación emocional, aunque no ocurrió lo mismo con los comentarios críticos, que disminuyeron, pero no de forma significativa.

En los estudios revisados se observa que la proporción de familiares que presentan una alta EE es menor en familiares de pacientes con trastornos alimentarios que en familiares de pacientes con esquizofrenia, pero esta diferencia no parece ser tan clara en relación con el índice global como en las puntuaciones de las subescalas.

Dentro de este contexto, el objetivo del presente estudio fue observar si en una población española de familiares de pacientes con trastornos de la alimentación aparecían los mismos resultados que en los estudios realizados en otros países, y al mismo tiempo comparar nuestros resultados con los obtenidos con familiares de pacientes esquizofrénicos fuera y dentro del ámbito español.

MÉTODOS

Procedimiento

El presente estudio se desarrolló sobre una población de familias con una hija que presentaba un diagnóstico de AN o bulimia nerviosa (BN) y que vivían en la misma casa que sus padres en ese momento. El ámbito de estudio fueron cuatro áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Extremadura. La muestra se seleccionó a partir de familias que pertenecían a las delegaciones de la Asociación para la Defensa del Tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario de Extremadura (ADETAEX) y que vivían en las áreas sanitarias citadas anteriormente. Los miembros de la familia que participaron en el estudio fueron los padres y la hija que presentaba el trastorno alimentario. A través de la ADETAEX se obtuvo un listado de familias, siendo seleccionadas 50 de ellas al azar, estableciéndose posteriormente contacto telefónico para informarles acerca de la realización del estudio y proponerles su participación.

Características de la muestra

De las 50 familias que fueron seleccionadas para participar en el estudio, un total de 43 colaboraron en el mismo.

Los miembros de la familia que colaboraron fueron 43 pacientes y 71 familiares (43 madres y 28 padres).

El rango de edad de las pacientes estaba comprendido entre los 13 y los 31 años, con una edad media de 20,4 años (desviación estándar [DE]: 4,2). Todas convivían con sus padres (42 eran solteras y 1 divorciada) y la mayoría eran estudiantes (69,8%). El diagnóstico más frecuente fue el de AN (65,1%), mientras que el diagnóstico de BN se realizó en el 34,9% de la muestra. El 48,8% de la muestra correspondía a pacientes con anorexia restrictiva, mientras que el tipo de bulimia que se detectó con más frecuencia fue el purgativo (25,6%). El peso medio de las pacientes era de 50,6 kg (DE: 7,3), con un rango entre 35,5 y 75,0, siendo el índice de masa corporal (IMC) de 19,2 kg/m² (DE: 2,4). La edad media de inicio del problema en la muestra total de pacientes era de 16,7 años (DE: 3,2), con un tiempo de evolución medio de 44 meses (DE: 40,8) y un número de ingresos medios de 0,6 (DE: 1,4). El 72% de las pacientes no había tenido ningún ingreso, el 18,6% había tenido al menos un ingreso y el 9,3% tres o más ingresos.

Respecto a los familiares, el rango de edad estaba comprendido entre los 33 y los 70 años, con una edad media de 49,3 años (DE: 7,3). La media de edad de las madres fue de 48,6 años (DE: 6,6) y la de los padres de 50,3 años (DE: 8,2). La mayoría de los familiares tenían estudios primarios (74,6%) y estaban activos (53,5%).

Instrumento de evaluación

En el estudio se utilizó una versión española de la CFI⁸, traducida al castellano por Montero Piñar, a la que se añadieron las preguntas adicionales que Espina Eizaguirre ha

propuesto para evaluar la EE familiar en los trastornos alimentarios. Se trata de una entrevista semiestructurada que se hace habitualmente a los padres, a los familiares que viven con el paciente diariamente o al cuidador o cuidadores más cercanos. La entrevista es grabada y posteriormente evaluada en las cinco escalas que la componen, aunque sólo las escalas de comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional tengan validez pronóstica y nos sirvan para establecer el índice global de EE. Hay que subrayar que, tanto para la aplicación como para la evaluación de esta entrevista, se requiere entrenamiento previo, por lo que el evaluador necesita haber obtenido un certificado de fiabilidad.

Descripción de las subescalas de la CFI

Las medidas son de dos tipos:

- *Frecuencia*. Dos escalas (comentarios críticos y comentarios positivos) en las cuales hay que reconocer comentarios particulares, contabilizando los realizados en algún momento de la entrevista.
- *Globales*. Se deben reconocer también una serie de comentarios particulares, pero su evaluación implica más que una suma. Para evaluar estas tres escalas (sobreimplicación emocional, hostilidad y afecto) el evaluador debe hacer un juicio sobre el grado en que la emoción es demostrada, teniendo en cuenta la entrevista como un todo. Cada puntuación está dentro de un *continuum*.

La definición de las subescalas y los puntos de corte aparecen consignados en la tabla 1.

Tabla 1		
Subescalas de la <i>Camberwell Family Interview</i>		
Escala	Definición	Puntos de corte
Comentarios críticos (CC)	Se define el comentario crítico como una declaración que por la forma en que es expresada constituye un comentario desfavorable sobre el comportamiento o personalidad de la persona a quien esto se refiere	Alta EE: 6 CC Baja EE: < 6 CC
Hostilidad (H)	Se dice que la hostilidad está presente cuando la persona es atacada por lo que es más que por lo que hace	Alta EE: presencia Baja EE: ausencia
Sobreimplicación (SIE)	Esta escala evalúa una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar ante el trastorno del paciente, e incluye una conducta exageradamente sobreprotectora hacia el paciente o que implica un sacrificio excesivo para el familiar	Alta EE: 3 Baja: < 3
Afecto (A)	Se valora únicamente el calor o afecto expresado en la entrevista sobre la persona afectada	Escala de 0-5
Comentarios positivos (CP)	Un comentario positivo es una declaración que expresa alabanzas, aprobación o apreciación del comportamiento de la persona a la que se refiere	Frecuencia de la aparición de los comentarios positivos

Se clasificó a una familia de alta EE cuando uno de los padres o ambos realizaban seis o más comentarios críticos, y/o tenían una puntuación de tres o más en sobreimplicación emocional y/o si presentaban hostilidad.

Análisis estadístico

Para el estudio descriptivo de la muestra se analizó la media, DE y medidas de frecuencia. Se aplicó la prueba de la chi cuadrado, ya que las variables estudiadas eran cualitativas (dicotómicas en este caso). El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS para Windows (versión 10.0).

RESULTADOS

Como podemos observar en la tabla 2, el 46,5 % de las familias evaluadas presentó una alta EE. El 41,9 % de las madres y el 21,4 % de los padres presentaron una alta EE, aunque esta diferencia entre padres y madres no llegó a ser significativa.

También podemos observar cómo se distribuyen las puntuaciones de las subescalas que componen la EE en cada uno de los familiares. El 29,6 % de los padres puntuó alto en comentarios críticos, puntuando las madres más alto que los padres, aunque esta diferencia tampoco fue significativa.

Donde sí existe una diferencia significativa es en la sobreimplicación, ya que las madres tienden a presentar una mayor sobreimplicación que los padres.

Respecto a la hostilidad, el 14,1 % de los familiares puntuó en este ítem: las madres en un 16,3 %, dentro de su grupo, y los padres en un 10,7 %. El tipo de hostilidad que más aparece en las madres es el de hostilidad como generalización y rechazo juntos, mientras que los padres presentan más la hostilidad como generalización.

DISCUSIÓN

Es difícil comparar los resultados de este estudio con otros de trabajos similares, ya que muchos de ellos evalúan la EE únicamente a través de las puntuaciones de las subescalas, mientras que el objetivo de nuestro estudio era observar las diferencias a través del índice global. Aun así, hay que subrayar que la proporción de familiares que presentan una alta EE en este estudio es más alto que los aparecidos en los estudios de Le Grange et al.¹³ (36,5 %; utilizando como punto de corte dos o más comentarios críticos) y el de Uehara et al.¹⁹ (28,6 %; utilizando la FMSS). Aunque en algunos de estos trabajos se sostenga la idea de que en los trastornos alimentarios se presentan niveles bajos de EE, encontramos algunos estudios donde la aparición de una alta EE se aproxima a los datos obtenidos por nosotros. Por

Tabla 2	Frecuencias y porcentajes de expresividad emocional, comentarios críticos, sobreimplicación emocional y hostilidad de las familias. Diferencias entre madres y padres							
	Familia		Madres		Padres		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Expresividad emocional								
Baja	23	53,5	25	58,1	22	78,6	3,164	NS
Alta	20	46,5	18	41,9	6	21,4		
Comentarios críticos								
Bajo	50	70,4	28	65,1	22	78,6	1,474	NS
Alto	21	29,6	15	34,9	6	21,4		
Sobreimplicación emocional								
Baja	63	88,7	35	81,4	28	100	5,871	0,010
Alta	8	11,3	8	18,6	—	—		
Hostilidad								
Ausencia	61	85,9	36	83,7	25	89,3	0,434	NS
Presencia	10	14,1	7	16,3	3	10,7		
General	3	2,6	1	2,3	2	7,1		
Rechazo	2	1,8	2	4,7	—	—		
Hostilidad y rechazo	5	4,4	4	9,3	1	3,6		

NS: no significativo.

ejemplo, Szmukler et al.¹², usando los comentarios críticos para clasificar a los familiares en alta y baja EE (seis o más para las madres, tres o más para los padres) encontraron un 41,3% de alta EE, mientras que Blair et al.¹⁷ hallaron un 42% utilizando los puntos de corte tradicionales. Entre las posibles explicaciones de estas diferencias, algunas de las ya aportadas en otros trabajos podrían servir de explicación para los presentes resultados. Se ha observado, en este sentido, que cuando se utiliza la SCFI los niveles de EE familiar son más bajos que cuando se utiliza la CFI, en especial porque aparecen menos comentarios críticos. Esto puede deberse al hecho de que la paciente esté presente durante la entrevista y porque al estar presentes todos los miembros de la familia el tiempo para hablar de cada uno es menor, existiendo así menos posibilidades de que aparezcan comentarios críticos¹³. Quizás ésta sea una de las razones por la que nuestros resultados estén próximos a los de Szmukler et al.¹², que utilizaron la CFI para la evaluación de la EE. Otra explicación es que las familias con pacientes con AN podrían presentar una menor EE que las de pacientes con BN, ya que los padres de estas últimas responderían a su mayor impulsividad y una vida más desorganizada, realizando más comentarios críticos¹². Así, lo esperable en nuestro estudio era que se presentase una proporción más alta de familias con una alta EE, ya que incluíamos a pacientes con bulimia.

De acuerdo con el modelo de familia psicósomática de Minuchin¹, las familias con trastornos alimentarios, y más específicamente las de pacientes con AN, presentan una fuerte tendencia a la evitación de conflictos. Esto podría explicar el hecho de que los familiares de estas pacientes presenten menos comentarios críticos y menor hostilidad. Resumiendo, la evitación de conflictos en las familias con AN puede hacer que aparezcan niveles de EE más bajos que en la esquizofrenia, pero el mayor número de conflictos en las familias con BN podría actuar aumentándolo.

Por otra parte, Szmukler et al.¹² han encontrado que los padres son más críticos con los pacientes con una mayor edad y una mayor duración de la enfermedad. Esto podría explicar el hecho de que en los trabajos de Le Grange et al.¹³ y Dare et al.⁵ apareciesen niveles bajos de EE y menores puntuaciones en todas las subescalas, ya que aparte de que utilizasen la SCFI, la media de edad y de duración de la enfermedad eran significativamente más bajas en comparación con los demás trabajos y con el presente.

Para comprender mejor los resultados se analizan a continuación los datos obtenidos en las subescalas.

La puntuación media de comentarios críticos encontrada en este estudio (media: 4,34; DE: 4,36) es más alta que las encontradas incluso por Szmukler et al.^{12,21}, que son las más altas detectadas en la revisión de la bibliografía. La media en sobreimplicación emocional es ligeramente más alta que en la mayoría de estos estudios, con excepción del estudio de van Furth et al.¹⁸, en el que, además, el porcentaje de familiares que presentan una alta sobreimplicación emocional es mucho mayor. La hostilidad que presentan los

familiares en nuestro estudio también es más alta que la encontrada en los estudios nombrados con anterioridad.

Son nuestros datos sobre hostilidad los que más difieren de los aportados por la bibliografía. En los estudios sobre EE en familiares de pacientes con esquizofrenia se suele observar que el familiar que presenta un número muy alto de comentarios críticos, superando de forma significativa el punto de corte (seis o más), suele puntuar también en hostilidad. El hecho de que en esta población haya aparecido una media superior de comentarios críticos hace sospechar que muchos de los familiares que han presentado un alto número de comentarios críticos han puntuando al mismo tiempo en hostilidad.

Respecto a las diferencias entre padres y madres, no aparecen en nuestro estudio en lo relativo a la EE global, al igual que sucede en el estudio de van Furth et al.¹⁸, aunque sí aparece una tendencia a que las madres presenten alta EE en mayor proporción que los padres. En nuestro caso observamos cómo las madres puntúan más alto en todas las subescalas, y de forma significativa en la escala sobreimplicación emocional. Así, las madres parecen estar más sobreimplicadas que los padres, coincidiendo este resultado con el de otros estudios sobre EE en trastornos alimentarios^{5,12,21}. Una posible explicación a estos resultados podría ser el hecho de que la mayoría de las madres de las pacientes de nuestro estudio eran amas de casa, lo que hace suponer que eran las que más tiempo pasaban con la paciente. Esto puede condicionar que estén más «quemadas» por la situación y ello les llevaría a realizar más comentarios críticos y expresar una mayor hostilidad hacia la paciente y al mismo tiempo estar más sobreimplicadas que los padres. Van Furth et al.¹⁸ han encontrado que las madres que son críticas también presentan una mayor sobreimplicación, mientras que los padres tienden a ser menos críticos y a presentar una baja sobreimplicación.

Desde el modelo atribucional, Brewin et al.²² han planteado que los familiares que presentan hostilidad o crítica hacen más atribuciones a factores personales del paciente y al control que el paciente tiene sobre su enfermedad que los familiares que están sobreimplicados emocionalmente. En los trastornos de la alimentación encontramos a muchos padres que piensan que las pacientes tienen este problema porque quieren o porque se dejan llevar por deseos estúpidos respecto a la comida y el cuerpo («si no come, es porque no quiere», «eso son tonterías tuyas», etc.). Quizás el desconocimiento de muchos padres de los problemas alimentarios les lleva a pensar que el paciente tiene control sobre su alimentación, pudiendo ser ésta una de las causas de los comentarios críticos y la hostilidad de estos familiares hacia los pacientes.

Puestos a comparar nuestros resultados con los aportados por los diferentes estudios sobre EE en la esquizofrenia, en general hemos encontrado en nuestro caso un porcentaje menor de alta EE que los encontrados en los trabajos con pacientes esquizofrénicos en población no española^{8,23}, mientras que para los estudios sobre población española el porcentaje es similar al encontrado por Montero et al.²⁴, más

alto que el de Gutiérrez et al.²⁵ y más bajo que el de Arévalo y Vizcarro²⁶. Entonces, la pregunta es: ¿cómo puede aparecer un porcentaje similar a otros estudios sobre EE en esquizofrenia si el porcentaje de familiares que puntúan en las subescalas es bastante menor? Podría ser por dos circunstancias: una, que en este estudio los padres hayan puntuado en una sola subescala; otra, que además las puntuaciones sean muy límites, factores que contribuirían a que el porcentaje de alta EE fuese más alto, pero también a que el porcentaje y las puntuaciones medias de las subescalas fuesen bajas.

En comparación con los estudios de pacientes con esquizofrenia, hemos encontrado una media de comentarios críticos menor en nuestro estudio. No obstante, el porcentaje de familiares que puntúan alto en comentarios críticos es comparable al encontrado en los estudios españoles, pero más bajo que los encontrados en población no española. Por otra parte, aparece un porcentaje de familiares que presentan hostilidad comparable a los encontrados en algunos estudios realizados en familiares de pacientes con esquizofrenia^{9,26,27}.

Tanto las puntuaciones medias de la escala sobreimplicación emocional como el porcentaje de familiares con sobreimplicación emocional están por debajo de los hallados en los estudios sobre pacientes con esquizofrenia. El hecho de que la esquizofrenia se presente en forma de crisis puede provocar que estas familias presenten una sobreimplicación emocional mayor (ansiedad, angustia, etc.) que las familias con trastornos alimentarios, que van entrando en el problema de forma gradual. También puede ser que los familiares vean el problema como algo transitorio y curable (no crónico), circunstancia que puede hacer que en un primer momento esa ansiedad no sea tan aguda.

Resumiendo: por un lado, hemos encontrado en nuestra población un porcentaje de EE mayor que en los demás estudios sobre trastornos alimentarios, utilizando además los puntos de corte tradicionales; por otra parte, hemos hallado que son menores las puntuaciones de las subescalas en general. Una explicación a este resultado es que el nivel de crítica y hostilidad encontrado en nuestra muestra es mayor que en los demás estudios que analizan la EE en los trastornos de la alimentación, sobre todo en lo referente a la hostilidad. Esto podría ser debido en gran parte a las diferencias existentes entre las muestras, ya que se ha visto que tanto el tipo de trastorno alimentario como la edad de las pacientes y la duración de la enfermedad influyen sobre la EE que presentan los padres, al igual que existen diferencias entre los resultados según el tipo de entrevista utilizada (CFI o SCFI). De este modo, los resultados de nuestro estudio tienen mayor coincidencia con los datos aportados por Szmukler et al.¹² y Uehara et al.¹⁹, en los que las muestras son similares y se utilizó la misma entrevista.

En conclusión, los resultados encontrados en nuestro estudio son similares a los resultados encontrados en estudios realizados con muestra no española, siempre teniendo en cuenta la edad y duración de la enfermedad de las pacientes

y la entrevista utilizada. También nuestros resultados son comparables a estudios realizados en pacientes esquizofrénicos, aunque las puntuaciones de las subescalas son más bajas en nuestro estudio. El hecho de que el número de padres (que no de madres) no llegue a lo requerido estadísticamente lo consideramos como una limitación del estudio.

Es necesario seguir realizando estudios sobre EE y trastornos de alimentación, ya que consideramos importante saber si la EE está influyendo en el curso del trastorno alimentario y, si es posible, poder realizar intervenciones a nivel familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
2. Selvini-Palazzoli M. Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal. London: Chancer Press, 1974.
3. Yager J. Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1982;44:43-60.
4. Kog E, Vertommen H, Vandereycken W. Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Fam Process* 1987;26:235-53.
5. Dare C, Le Grange D, Eisler I, Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families. *Int J Eat Disord* 1994;16:211-26.
6. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-58.
7. Brown GW, EM M, GM C, JK W. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med* 1962;16:55-68.
8. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976;15:157-65.
9. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-37.
10. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:601-20.
11. Bebbington P, Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;382:46-53.
12. Szmukler GI, Eisler I, Russell GF, Dare C. Anorexia nervosa, parental «expressed emotion» and dropping out of treatment. *Br J Psychiatry* 1985;147:265-71.
13. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *J Fam Ther* 1992;14:177-92.
14. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell GE. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1992;12:347-57.
15. Kinston W, Loader P. Eliciting whole-family interaction with a standardized clinical interview. *J Family Ther* 1984;6:347-63.
16. Goldstein H. Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. *J Youth Adolesc* 1981;10:385-405.

17. Blair C, Freeman C, Cull A. The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychol Med* 1995;25:985-93.
18. Van Furth EF, van Strien DC, Martina LM, van Son MJ, Hendrickx JJ, van Engeland H. Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996;20:19-31.
19. Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki SI, Someya T. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: a preliminary study. *Compr Psychiatry* 2001;42:132-8.
20. Magana AB, Goldstein JM, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IR. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res* 1986;17:203-12.
21. Szmukler GI, Berkowitz R, Eisler I, Leff J, Dare C. Expressed emotion in individual and family settings: a comparative study. *Br J Psychiatry* 1987;151:174-8.
22. Brewin CR, MacCarthy B, Duda K, Vaughn CE. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1991;100:546-54.
23. MacMillan JF, Gold A, Crow TJ, Johnson AL, Johnstone EC. Expressed emotion and relapse. *Br J Psychiatry* 1986;148:133-43.
24. Montero I, Gómez Beneyto M, Ruiz I, Puche E, Adam A. Emotional expressiveness and development of schizophrenia: a reply to the work of Vaughn. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1990;18:387-95.
25. Gutiérrez E, Escudero V, Valero JA, Vázquez MC, Castro JA, Álvarez LC, et al. Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. *Anal Mod Cond* 1988;14:275-316.
26. Arévalo J, Vizcarro C. Emoción expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. *Anal Mod Cond* 1989;115:3-23.
27. Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi H, Menon DK, Kuipers L, et al. Expressed emotion and schizophrenia in north India. III. Influence of relatives expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *Br J Psychiatry* 1987;151:166-73.