

ARTÍCULOS

Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario¹

A study about personality, anxiety and depression in parents of patients with an eating disorder

ÍÑIGO OCHOA DE ALDA²

ALBERTO ESPINA³

MARÍA ASUNCIÓN ORTEGO⁴

Fecha de Recepción: 10-11-2005

Fecha de Aceptación: 22-09-2006

RESUMEN

Objetivo: estudiar la personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario (TA) y un grupo control. **Método:** una muestra de 100 familias (padre, madre e hija) cuyas hijas presentaban un TA según criterios diagnósticos del DSM-IV [32 con anorexia nerviosa restrictiva, 31 con anorexia nerviosa bulímica y 37 con bulimia nerviosa] y un grupo control formado por 90 familias, fue evaluada con el Eysenck Personality Questionnaire, el Beck Depression Inventory y la Self-Rating Anxiety Scale. **Resultados:** ambos padres presentan puntuaciones superiores en ansiedad, depresión, neuroticismo y psicoticismo. **Discusión:** estos resultados pueden estar

¹ Este estudio ha sido financiado por la Universidad del País Vasco con la Beca 1/UPV 00006.231-H-13710/2001.

² Doctor en Psicología. Terapeuta familiar. Profesor del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco.

³ Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Torremolinos. Servicio Andaluz de Salud.

⁴ Psicóloga. Terapeuta familiar. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Torremolinos. Servicio Andaluz de Salud.

asociados a la carga familiar, aunque también pueden ser previos a la patología de la hija y jugar algún papel etiológico en la misma. En ambas posibilidades el tratamiento en los TA podría verse mejorado con intervenciones sobre la carga familiar y las características de personalidad de los padres.

ABSTRACT

Objective: *to study personality, anxiety and depression in parents of patients in an eating disorder sample (ED) compared with a control group. Method:* 100 families (consisting of father, mother and daughter) with a daughter suffering from ED [DSM-IV] (32 with restrictive anorexia nervosa, 31 with bulimic anorexia nervosa and 37 with bulimia nervosa, and a control group of 90 families) were evaluated with the Eysenck Personality Questionnaire, the Beck Depression Inventory and the Self-Rating Anxiety Scale. **Results:** *parents in the experimental group presented higher scores in BDI, SAS, neuroticism and psychoticism. Discussion:* these results could be associated with the family burden, even though it could be pre-existent to the daughter's pathology and play some etiological role. ED treatment could be improved through interventions on family burden and parents' personality.

PALABRAS CLAVE

Trastornos alimentarios, Personalidad, Carga, Padres.

KEY WORDS

Eating disorders, Personality, Burden, Parents.

INTRODUCCIÓN

Numerosos autores (Crisp, Harding y McGuinness, 1974; Crisp, 1995; Gershon et al., 1984; Hudson, Pope, Jonas, y Yurgelun-Todd, 1983; Johnson, Wood, Patton y Mann, 1988; Mcpherson, 1996; Rivinus, Biedereman y Herzog, 1984; Strober, Salkin, Burroughs y Morrell, 1982; Strober y Humphrey, 1987; Vandereycken, 1994; Winokur, March y Mendel, 1980) han señalado que los padres de pacientes con un trastorno alimentario (TA) presentaban más trastornos afectivos y mayor neuroticismo que los controles, y destacaban el posible valor etiológico en la patología de las hijas. Strober (1981), Strober, Salkin, Burroughs y Morrell (1982) y Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens (1985) hallaron que los padres de las pacientes anoréxicas bulímicas y bulímicas mostraban una mayor patología psiquiátrica y más trastornos de personalidad que los padres de las pacientes con anorexia restrictiva. Por otra parte, varios estudios han mostrado que las pacientes anoréxicas restrictivas presentan menos psicopatología que las anoréxico-bulímicas y las bulímicas (Casper, Hedeker y McClough, 1992; Cumella, Wall y Kerr-Almeida, 2000; Dancyger, Sunday y Halmi, 1997; Espina, 2003; Hurt et al., 1997; Salvemini, et al., 2000; Schork, Eckert y Halmi, 1994).

En una revisión de los estudios controlados sobre la interacción familiar en la anorexia nerviosa, Espina, Pumar, García y Ayerbe (1995) destacan que casi todos los

estudios encuentran diferencias significativas entre los familiares de pacientes anoréxicas restrictivas y de anoréxicas-bulímicas, así como entre los familiares de personas con anorexia y bulimia. Las familias de hijas con anorexia bulímica y especialmente con bulimia nerviosa serían más patológicas, predominando la hostilidad, impulsividad y falta de empatía parental.

Frente al planteamiento de que las alteraciones psicopatológicas y de personalidad de los padres pueden jugar un papel etiológico en los TA, otros autores han planteado la cuestión en sentido inverso, es decir, la patología de las hijas pueden ser la causa de las alteraciones de los padres, resaltando la carga que representa para la familia el tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica. La carga objetiva se refiere a los problemas prácticos como las alteraciones en la vida familiar, el aislamiento social y las dificultades económicas. La carga subjetiva hace referencia a las reacciones que los miembros de la familia experimentan, por Ej. Ansiedad, depresión y sentimientos de pérdida (Brown y Rutter, 1966; Carpentier, Lesage, Goulet, Lalonde y Renaud, 1992; Fadden et al., 1987; Friedmann et al., 1997; Goldmann, 1982; Hammer, 1981; Kendrick, 1999; Maurin y Boyd, 1990; Magliano et al., 1998; Platt, 1985). En nuestro país, Espina y Fernández (1996) utilizando la Self-Rating Anxiety Scale (SAS) y el Beck Depression Inventory (BDI) en padres de pacientes toxicómanos encontraron cuadros clínicos de ansiedad (11,8% padres

y 19,1% madres) y presencia de depresión (35,2% padres y 75% madres). Espina et al. (2000) encontraron en padres de pacientes esquizofrénicos cuadros clínicos de ansiedad (10% padres y 15% madres) y presencia de depresión (34% padres y 70% madres).

Sea causa o efecto del trastorno alimentario de las hijas, conocer el alcance de la patología ansiosa y depresiva, y las características de la personalidad de los padres, sigue siendo un tema poco estudiado y que posee su importancia en la prevención y tratamiento de los trastornos alimentarios.

El objetivo de este trabajo es estudiar la personalidad, ansiedad y depresión en padres de hijas con un trastorno alimentario (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia bulímica y bulimia nerviosa) comparados entre sí y con un grupo control.

MÉTODO

Participantes

190 familias (padre, madre e hija). En el grupo experimental ($n = 100$) las hijas padecían un trastorno alimentario y fueron derivadas por la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia de Euskadi (ACABE). Los criterios de selección del grupo experimental fueron los siguientes: diagnóstico del trastorno alimentario según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994),

solteras, viviendo en el hogar de los padres, con un rango de edad de 14-26 años, con un mínimo de 6 meses de enfermedad. Los criterios de exclusión fueron el estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico y/o requerir ingreso hospitalario. 32 presentaban anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 31 anorexia nerviosa subtipo bulímico (ANB) y 37 bulimia nerviosa purgativa (BN). De forma paralela se recogieron datos de 90 familias de la población general como grupo control que fue homogéneo con el grupo experimental teniendo en cuenta las características sociodemográficas de sexo, edad, medio, nivel económico y estudios. Los criterios de selección del grupo control fueron que nadie en la familia padeciera enfermedad física o psíquica crónica, que las hijas no tuvieran conductas purgativas, atracones o dietas y que puntuaran menos de 30 en el Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979) y que puntuaran menos de 6 en el General Health Questionnaire-28 (Goldberg y Hillier, 1979).

Las características sociodemográficas de los participantes eran: medio urbano (93,2%); nivel socioeconómico bajo el 15,3%, medio el 40,5% y alto el 44,2%; eran estudiantes el 90,5% de las hijas, de las cuales estudiaban bachiller el 52,6% y estudios universitarios el 36,3%. Tenían bachiller elemental o inferior el 46,8% de los padres y el 68,4% de las madres; bachiller superior y/o formación profesional el 37,6% de los padres y el 15,3% de las madres. El 58,4% de los padres tenían un rango profesional de titu-

lación media a trabajador cualificado, el 41,1% de las madres eran amas de casa. Las características de enfermedad y sociodemográficas de los participantes en grupos de patología y control, son descritas en la tabla 1.

Tenían antecedentes de trastornos depresivos diagnosticados y por los que habían recibido tratamiento, previos a la enfermedad de

la hija, el 21,9% de las madres del grupo ANR, el 22,6% del grupo ANB y el 21,6% del grupo BN. Los antecedentes de cuadros ansiosos en padres y madres eran prácticamente inexistentes (4,3% madres y 6% padres). En los padres hallamos que tenían antecedentes de abuso de sustancias (alcohol, cánnabis, cocaína) el 21,9% del grupo ANR, el 19,3% del grupo ANB y el 18,9% del grupo BN.

Tabla 1: Características de la muestra por grupos

	ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA N = 32		ANOREXIA BULIMICA N = 31		BULIMIA NERVIOSA N = 37		GRUPO CONTROL N = 90	
	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.
HIJA								
Edad	17.72	2.58	20.23	3.55	19.70	3.28	20.00	3.04
Edad de inicio de la enfermedad	16.31	2.21	16.13	3.47	16.70	2.53		
Meses de enfermedad	19.63	11.70	49.45	50.11	37.49	22.21		
IMC	16.38	1.31	17.04	1.03	22.13	2.84		
EAT	61.53	12.02	63.19	13.74	53.68	11.16		
PADRE								
EDAD	49.41	5.80	50.16	7.15	50.41	6.92	51.67	4.77
MADRE								
EDAD	47.59	5.49	47.81	7.57	48.89	6.74	49.68	4.67
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nivel Socioeconómico								
Alto	15	46,8	16	51,6	22	59,5	46	51,1
Medio	14	43,7	14	45,2	13	35,1	34	37,8
Bajo	3	9,5	1	3,2	2	5,4	10	11,1
MEDIO								
Rural	3	9,4	3	9,7	2	5,4	5	5,5
Urbano	29	90,6	28	90,3	35	94,6	85	94,5
Padre - Estudios								
Universitarios	5	15,6	7	22,6	7	18,9	15	16,7
Bachiller/FP	13	40,6	10	32,2	10	27	31	34,4
Básicos	15	43,8	14	45,2	20	54,1	44	48,9

Tabla 1: Características de la muestra por grupos (continuación)

Padre – Profesión*								
1	4	12,5	4	12,9	4	10,8	13	14,4
2	17	53,1	19	61,3	24	64,9	49	54,6
3	10	31,3	8	25,8	7	18,9	26	28,8
4	1	3,1			2	5,4	2	2,2
Madre - Estudios								
Universitarios	4	12,5	5	16,1	4	10,8	14	15,6
Bachiller/FP	6	18,8	6	19,3	5	13,5	12	13,3
Básicos	22	68,7	20	64,6	28	75,7	64	71,1
Madre - Profesión*								
1					1	2,7	3	3,3
2	8	25	9	29	10	27	23	25,6
3	10	31,3	9	29	11	29,8	28	31,1
4	14	43,7	13	42	15	40,5	36	40
Hija - Estudios								
Universitarios	11	34,5	10	32,3	15	40,6	31	34,5
Bachiller/FP	15	46,9	19	61,3	18	48,6	50	55,5
Básicos	6	18,6	2	6,4	4	10,8	9	10
Hija - Profesión								
Trabajando	2	6,2	3	9,7	2	5,4	6	6,6
Estudiante/Parada	30	93,8	28	90,3	35	94,6	84	93,4

* 1: Directores, Ejecutivos y Profesiones liberales; 2: Técnicos, Titulados Medios, Propietarios de pequeña empresa y trabajadores cualificados; 3: Trabajadores semi o no cualificados; 4: Parados / Amas de casa.

Variables e instrumentos

Se recogieron las variables socio-demográficas y los antecedentes familiares y de historia de la enfermedad con una escala "ad-hoc".

Los instrumentos utilizados fueron:

- *Eating Attitudes Test (EAT)* (Garner y Garfinkel, 1979) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y

ejercicio. El punto de corte utilizado es 30.

- *General Health Questionnaire (GHQ-28)* (Goldberg y Hillier, 1979), Cuestionario autoaplicado de 28 ítems, sirve para evaluar el estado general de salud mental. El punto de corte utilizado es 6.
- *Beck Depression Inventory (BDI)* de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems. Los baremos para

población española son: depresión ausente o mínima < 12; depresión leve 12-20; depresión moderada entre 21-29; depresión grave > 30 (Conde y Franch, 1984).

- *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) (Zung, 1971). Es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems con 4 opciones de respuesta, una puntuación superior a 44 indica la presencia de un cuadro ansioso, (Conde y Franch, 1984).
- *Eysenck Personality Questionnaire-Adult* (EPQ-A) de Eysenck y Eysenck (1975). En los análisis hemos utilizado las puntuaciones directas y las T para población española (TEA). Este cuestionario tiene 4 escalas: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Psicoticismo (P) y sinceridad (S). Los rangos de centiles normativos utilizados han sido los de la población española publicados en TEA. Hombres: N (65-35), E (65-40), P (65-35), S (40). Mujeres: N (65-35), E (65-35), P (50), S (35). Las puntuaciones directas se utilizan en los análisis cuantitativos, mientras que las T y su transformación en centiles nos orientan sobre las desviaciones de la normalidad.

Procedimiento

Las pacientes fueron evaluadas consecutivamente, según nos las enviaban de ACABE. Cuatro psicó-

logas entrenadas en la evaluación de trastornos alimentarios realizaron entrevistas clínicas con las pacientes para recoger información sobre la historia de la enfermedad, peso y altura, aplicar las escalas de síntomas (EAT, BDI y SAS) y realizar el diagnóstico según criterios DSM-IV (APA, 1994). A los padres se les recogió información sobre variables sociodemográficas, antecedentes psicopatológicos personales, variables clínicas e historia de la enfermedad de la hija y se les aplicó el BDI, SAS y EPQ-A. El grupo control fue obtenido con características sociodemográficas análogas al grupo experimental para que fueran grupos homogéneos y fue recogido de la población general. A las hijas del grupo control se les aplicó el EAT, GHQ-28, SAS y BDI; a los padres se les aplicó el SAS, BDI y EPQ-A.

Hemos dividido la muestra de dos formas: 1) En dos grupos, Trastorno de Alimentación (TA) y Control (CN); 2) En cuatro grupos: Anorexia nerviosa restrictiva (ANR), Anorexia nerviosa bulímica (ANB), Bulimia nerviosa (BN), Control (CN).

Los análisis estadísticos empleados han sido, análisis multivariado de la varianza (MANOVA), análisis de la varianza de un factor (ANOVA) con comparaciones múltiples "post hoc" de tipo Scheffé, chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher para tablas de 2x2, regresión logística, t-test y correlaciones de Pearson. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 10.

RESULTADOS

Los índices de consistencia interna obtenidos mediante el coeficiente alfa de Cronbach, para los padres fueron: $\alpha = 0.79$ en el SAS; $\alpha = 0.88$ en el BDI. En las diferentes subescalas del EPQ encontramos: $\alpha = 0.81$ en Neuroticismo; $\alpha = 0.75$ en Extraversión; $\alpha = 0.73$ en Psicoticismo, y $\alpha = 0.77$ en Sinceridad. En las madres: $\alpha = 0.80$ en el SAS; $\alpha = 0.85$ en el BDI; $\alpha = 0.86$ en Neuroticismo; $\alpha = 0.77$ en Extraversión; $\alpha = 0.81$ en Psicoticismo, y $\alpha = 0.72$ en Sinceridad.

Para estudiar si existía relación entre las variables sociodemográficas cuantitativas (edad del paciente, edad del padre y edad de la madre) y los dos grupos (Trastorno Alimentario y Control), realizamos comparaciones de sus medias mediante la *T de Student*, y no encontramos diferencias significativas en ninguna de las tres variables. Para estudiar las variables sociodemográficas cualitativas (estudios, profesión, nivel socioeconómico y el medio de residencia de la familia) utilizamos la *Chi cuadrado* y tampoco encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables estudiadas.

Para estudiar las diferencias entre los cuatro grupos, realizamos un análisis multivariable de la varianza (MANOVA) para las variables cuantitativas. Usando la variable grupo como un factor intergrupos, el efecto global de grupo fue significativo [*Lambda de Wilks* = 0,885, $F(12,484.464) = 1,909$, $p = 0,031$].

Para estudiar si existían diferencias entre los cuatro grupos, realizamos un análisis de la varianza (ANOVA). Encontramos que existían diferencias significativas en la variable edad de la hija ($F = 3,264$, $gl = 3$, $p = 0,013$). Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de *Scheffé*, observamos que existían diferencias significativas entre los grupos Anorexia Restrictiva (ANR) y Anorexia Bulímica (ANB) ($p = 0,032$) respecto a la edad de la hija, siendo menor la edad en ANR. Comparando las variables sociodemográficas cualitativas en los cuatro grupos, realizamos *Chi cuadrado*, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables estudiadas y los cuatro grupos.

Un análisis multivariable de la varianza (MANOVA) fue realizado con las 4 escalas del EPQ, el SAS y BDI con los padres y madres por separado. En los padres, cuando la variable grupo fue introducida como un factor intergrupos, el efecto global de grupo fue significativo [*Lambda de Wilks* = .670, $F(18,512.431) = 4.336$, $p < 0.0001$]. En las madres el efecto global de grupo también fue significativo [*Lambda de Wilks* = .512, $F(18,512.431) = 7.602$, $p < 0.0001$].

Un análisis univariado de la varianza (ANOVA) fue realizado para estudiar si existían diferencias entre los 4 grupos en las subescalas del EPQ, el SAS y el BDI. Podemos observar en la tabla 2 que en los padres existen diferencias estadísticamente significativas en las esca-

las Neuroticismo y Psicoticismo, el SAS y el BDI. Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, vemos que en estos, las diferencias significativas se hallan en: Neuroticismo entre los grupos ANB vs. Bulimia ($p = 0.036$) y Control ($p = 0.043$) con medias superiores en el grupo ANB; en Psicoticismo entre los grupos Control vs. ANB ($p = 0.023$) con medias superiores en el grupo ANB; en el SAS entre Control vs. ANR ($p = 0.048$), y ANB ($p < 0.0001$), los padres del grupo control presentan medias inferiores en la escala de ansiedad; en el BDI entre el grupo Control vs. ANR ($p = 0.001$), ANB ($p < 0.0001$), y Bulimia ($p = 0.002$), los padres del grupo control presentan medias inferiores en la escala de depresión frente a los otros tres grupos.

Al comparar los cuatro grupos en las subescalas del EPQ, SAS y BDI de las madres hallamos diferencias estadísticamente significativas en todas las variables (ver tabla 3). Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, vemos que en ellas, las diferencias significativas se hallan en: Neuroticismo entre los grupos Control vs. ANR ($p = 0.015$), y Bulimia ($p < 0.0001$), los controles obtienen medias inferiores. En Extraversión entre los grupos ANR y ANB ($p = 0.004$), las madres de pacientes anoréxicas restrictivas son más introvertidas. En el SAS y BDI hallamos que las madres del grupo control presentan media inferiores en las escalas de ansiedad y depresión que las de los otros tres grupos ($p <$

0.0001). En los factores Psicoticismo y Sinceridad no hallamos significación en la prueba "post hoc" de Scheffé.

Utilizando las puntuaciones T normativas en las escalas del EPQ (normal, bajo y alto), hemos comparado los grupos en las 4 escalas. En la escala de neuroticismo vemos en la tabla 4 que existen diferencias significativas entre los grupos en padres y madres. Al comparar los grupos por pares hallamos diferencias estadísticamente significativas en neuroticismo de los padres entre los grupos Bulimia vs. ANB ($\chi^2 = 7.041$, gl.2, $p = 0.030$), con puntuaciones más bajas en el grupo Bulimia; y entre los grupos ANB vs. Control ($\chi^2 = 7.560$, gl.2, $p = 0.023$) con puntuaciones más altas en el grupo ANB. En las madres hallamos diferencias entre los grupo Control vs. ANR ($\chi^2 = 30.114$, gl.2, $p < 0.0001$), ANB ($\chi^2 = 10.055$, gl.2, $p = 0.007$) y Bulimia ($\chi^2 = 36.800$, gl.2, $p < 0.0001$) con menor neuroticismo en el grupo control. También hallamos diferencias entre los grupo ANB vs. Bulimia ($\chi^2 = 6.291$, gl.2, $p = 0.023$) con mayor neuroticismo en el grupo Bulimia.

En la escala de Extraversión hallamos menor porcentaje de padres introvertidos en el grupo de pacientes anoréxicas restrictivas frente a los grupos ANB ($\chi^2 = 6.067$, gl.2, $p = 0.048$) y Control ($\chi^2 = 12.512$, gl.2, $p = 0.002$). Al comparar los grupos Bulimia vs. Control hallamos mayor porcentaje de padres introvertidos en el grupo Control ($\chi^2 = 8.634$, gl.2, $p = 0.013$). En las

Tabla 2: Comparación en las subescalas del EPQ, SAS y BDI entre los 4 grupos en los padres

	grupo	N	Media	Desviación típica	F(gl = 3)	Sig.
EPQN	ANR	32	10.31	4.82	3.889	.010
	ANB	31	11.68	4.92		
	BN	37	8.32	3.97		
	CN	90	8.88	4.78		
	Total	190	9.47	4.77		
EPQE	ANR	32	12.22	3.89	1.344	.262
	ANB	31	10.65	3.66		
	BN	37	10.46	3.54		
	CN	90	10.80	4.36		
	Total	190	10.95	4.04		
EPQP	ANR	32	2.50	1.72	4.349	.005
	ANB	31	3.13	2.19		
	BN	37	2.92	1.88		
	CN	90	2.06	1.33		
	Total	190	2.47	1.71		
EPQS	ANR	32	8.72	3.53	1.518	.211
	ANB	31	9.90	4.41		
	BN	37	10.00	4.36		
	CN	90	10.54	4.22		
	Total	190	10.03	4.19		
BDI	ANR	32	7.78	6.02	18.012	.000
	ANB	31	10.87	8.50		
	BN	37	7.49	4.99		
	CN	90	3.23	3.88		
	Total	190	6.07	6.15		
SAS	ANR	32	34.22	7.12	9.572	.000
	ANB	31	36.74	5.91		
	BN	37	34.03	5.63		
	CN	90	30.96	4.79		
	Total	190	33.05	5.96		

EPQN = escala de neuroticismo; EPQE = escala de extraversión; EPQP = escala de psicoticismo; EPQS = escala de sinceridad; BDI = Beck Depresión inventory; SAS = Self-Rating Anxiety Scale; ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANB = anorexia nerviosa bulímica; BN = bulimia nerviosa; CN = control.

madres hallamos mayor porcentaje de introvertidas en el grupo de pacientes anoréxicas restrictivas

frente al grupo ANB ($\chi^2 = 10.549$, gl.2, $p = 0.005$) y Control ($\chi^2 = 7.963$, gl.1, $p = 0.005$). (Ver tabla 4).

Tabla 3: Comparación en las subescalas del EPQ, SAS y BDI entre los 4 grupos en las madres

	grupo	N	Media	Desviación típica	F(gl= 3)	Sig.
EPQN	ANR	32	14.16	6.61	8.590	.000
	ANB	31	13.10	4.98		
	BN	37	15.27	5.60		
	CN	90	10.68	4.35		
	Total	190	12.55	5.44		
EPQE	ANR	32	8.47	2.96	4.714	.003
	ANB	31	12.03	3.87		
	BN	37	10.54	3.38		
	CN	90	10.48	4.16		
	Total	190	10.41	3.90		
EPQP	ANR	32	2.66	1.38	3.346	.020
	ANB	31	2.29	1.42		
	BN	37	2.49	1.69		
	CN	90	1.87	1.28		
	Total	190	2.19	1.43		
EPQS	ANR	32	8.09	3.04	3.866	.010
	ANB	31	8.23	4.03		
	BN	37	8.08	3.74		
	CN	90	10.10	4.34		
	Total	190	9.06	4.08		
BDI	ANR	32	13.84	7.22	29.315	.000
	ANB	31	12.52	6.49		
	BN	37	11.97	5.69		
	CN	90	5.07	4.72		
	Total	190	9.11	6.86		
SAS	ANR	32	41.06	6.43	28.927	.000
	ANB	31	42.39	7.80		
	BN	37	39.30	6.44		
	CN	90	32.44	5.69		
	Total	190	36.85	7.62		

EPQN = escala de neuroticismo; EPQE=escala de extraversión; EPQP= escala de psicoticismo; EPQS = escala de sinceridad; BDI=Beck Depresión inventory; SAS=Self-Rating Anxiety Scale; ANR= anorexia nerviosa restrictiva; ANB = anorexia nerviosa bulfmica; BN = bulimia nerviosa; CN = control.

En la escala de psicoticismo hallamos menor porcentaje de alto psicoticismo en los padres del grupo de anorexia restrictiva vs. Grupo ANB ($\chi^2 = 4.259$, gl.1, $p = 0.037$) y vs. Grupo Bulimia ($\chi^2 =$

10.968, gl.1, $p = 0.001$). En los padres del grupo Bulimia hallamos mayor porcentaje de alto psicoticismo frente al grupo Control ($\chi^2 = 5.871$, gl.1, $p = 0.015$). En las madres de pacientes anoréxicas

Tabla 4: Comparaciones en la escala de neuroticismo y extraversión (cualitativas) entre los 4 grupos

	ANR		ANB		BN		CN		χ^2 (gl=6)	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Neuroticismo										
Padre										
normal	9	28.1	14	45.2	15	40.5	29	32.2		
bajo	13	40.6	8	25.8	19	51.4	48	53.3		
Alto	10	31.3	9	29.0	3	8.1	13	14.4		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	13.713	.033
Madre										
normal	5	15.6	11	35.5	5	13.5	36	40.0		
bajo	12	37.5	12	38.7	13	35.1	49	54.4		
Alto	15	46.9	8	25.8	19	51.4	5	5.6		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	42.437	.000
Extroversión										
Padre										
Introversión	7	21.9	17	54.8	22	59.5	54	60.0		
Normal	9	28.1	3	9.7	4	10.8	5	5.6		
extraversión	16	50.0	11	35.5	11	29.7	31	34.4		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	18.268	.006
Madre										
Introversión	27	84.4	11	35.5	18	48.6	46	51.1		
Normal	2	6.3	7	22.6	11	29.7	14	15.6		
extraversión	3	9.4	13	41.9	8	21.6	30	33.3		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	13.006	.043

ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANB = anorexia nerviosa bulímica; BN = bulimia nerviosa; CN = control.

restrictivas hallamos mayor porcentaje de alto psicoticismo frente al grupo Control ($\chi^2 = 7.963$, gl.1, $p = 0.005$). (Ver tabla 5).

En las escala de sinceridad no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En la tabla 5 se puede observar

los casos con puntuaciones patológicas en el SAS y BDI en los 4 grupos. No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos con Trastorno Alimentario. Destaca que presentan síntomas depresivos (BDI > 11), madres: 68,7% grupo ANR, 64,5% grupo ANB, 56,8% grupo BN. Mien-

Tabla 5: Comparaciones en la escala de de psicoticismo (EPQ), SAS y BDI (cualitativas) entre los 4 grupos

	ANR		ANB		BN		CN		χ^2 (gl=3)	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Psicoticismo										
Padre										
bajo	23	71.9	13	41.9	15	40.5	60	66.7		
alto	9	28.1	18	58.1	22	59.5	30	33.3		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	12.047	.007
Madre										
bajo	13	40.6	17	54.8	20	54.1	61	67.8		
alto	19	59.4	14	45.2	17	45.9	29	32.2		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	8.697	.034
SAS										
Padre										
> 44	4	12.5	4	12.9	3	8.1	0	0		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	11.414	.010
Madre										
> 44	13	40.6	13	41.9	11	29.7	0	0		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	43.350	.000
BDI									χ^2 (gl=6)	p
Padre										
12-20	9	28,1	8	25,8	12	32,4	8	8,9		
> 20	2	6,3	4	12,9	0	0				
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0		
Madre									28.802	.000
12-20	17	53,1	16	51,6	19	51,4	14	15,6		
> 20	5	15,6	4	12,9	2	5,4	0	0		
Total	32	100.0	31	100.0	37	100.0	90	100.0	49.766	.000

ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANB = anorexia nerviosa bulímica; BN = bulimia nerviosa; CN = control; BDI = Beck Depresión inventory; SAS = Self-Rating Anxiety Scale.

tras que los padres: 34,4% grupo ANR, 38,7% grupo ANB y 32,4% grupo BN. Respecto a la ansiedad, presentan cuadros ansiosos (SAS > 44), madres: 40,6% grupo ANR,

41,9% grupo ANB, 29,7% grupo BN. Entre estos y el grupo control las diferencias son obvias debido a los criterios de selección de la muestra.

Para estudiar las diferencias entre los grupos con y sin trastorno alimentario, hemos realizado análisis comparando el grupo control ($n = 90$) con el total de los grupos con Trastorno Alimentario ($n = 100$) y hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en: psicoticismo de los padres ($\chi^2 = 4.786$, $gl = 1$, $p = 0.020$) y madres ($\chi^2 = 6.163$, $gl = 1$, $p = 0.010$); neuroticismo de las madres ($\chi^2 = 31.092$, $gl = 1$, $p < .0001$); extraversión de los padres ($\chi^2 = 6.604$, $gl = 2$, $p = .037$); y sinceridad de las madres ($\chi^2 = 15.026$, $gl = 1$, $p < .0001$). En el grupo de una hija con un Trastorno Alimentario, ambos padres presentan porcentajes mayores de alto psicoticismo, las madres mayor neuroticismo, los padres mayor porcentaje de casos no extrovertidos ni introvertidos y las madres menor sinceridad. En el SAS y BDI, como es lógico las diferencias son altamente significativas, presentando menos ansiedad los padres y madres del grupo control.

Tras realizar una regresión logística en que la variable dependiente es el grupo [Anorexia Restrictiva (ANR), Anorexia Bulímica (ANB), Bulimia (BN) y Control (CN)] y las independientes Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad, los resultados en los padres muestran que la pertenencia al grupo ANR está influenciada por la sinceridad ($B = -.121$, $p = 0.032$). La pertenencia al grupo ANB está influenciada por el neuroticismo ($B = 9.741$, $p = 0.043$) y el psicoticismo ($B = .319$, $p = 0.016$). La pertenencia al grupo Bulimia está influenciada por el psicoticismo ($B = .375$, $p = 0.003$), pro-

nosticándose correctamente el 93,3 de los padres del grupo control, el 3,1% del grupo ANR, el 12,9% del ANB y el 16,2% del Bulimia.

En las madres la pertenencia al grupo Anorexia Restrictiva está influenciada por el neuroticismo ($B = .112$, $p = 0.010$), el psicoticismo ($B = .383$, $p = 0.015$) y la sinceridad ($B = -.132$, $p = 0.030$). La pertenencia al grupo Anorexia Bulímica está influenciada por el neuroticismo ($B = .101$, $p = 0.021$), la extraversión ($B = .153$, $p = 0.010$) y la sinceridad ($B = -.158$, $p = 0.008$). La pertenencia al grupo Bulimia está influenciada por el neuroticismo ($B = .176$, $p < .0001$) y la sinceridad ($B = -.167$, $p = 0.004$), pronosticándose correctamente el 94,4 de las madres del grupo control, el 21,9% del grupo ANR, el 12,39% del grupo ANB y el 35,4% del grupo Bulimia.

En la tabla 6 podemos observar las correlaciones entre las escalas del EPQ de ambos padres y el SAS y BDI de padres, madres e hijas. En ellas destacan las correlaciones positivas entre ansiedad y depresión de padre, madre e hija. Las relaciones positivas entre neuroticismo y psicoticismo de los padres con la ansiedad y depresión de los 3 miembros de la familia. El neuroticismo de las madres también correlaciona positivamente con la ansiedad y depresión de los 3, mientras que el psicoticismo materno correlaciona positivamente con la ansiedad y depresión de madre e hija. La extraversión de los padres correlaciona negativamente con ansiedad y depresión de padres y madres. Al

Tabla 6: Correlaciones entre las escalas del EPQ de ambos padres, y el SAS y BDI de padres, madres e hijas (n = 190 familias)

	PN	PE	PP	PS	PSAS	PBDI	MN	ME	MP	MS	MSAS	MBDI	HSAS
PE	-.133												
PP	.274**	-.065											
PS	.006	-.067	.112										
PSAS	.379**	-.209**	.218**	.068									
PBDI	.431**	-.172*	.320**	-.033	.591**								
MN	.107	-.187*	.102	-.007	.168*	.163*							
ME	-.024	.074	.011	.017	.017	-.085	-.133						
MP	.046	-.084	.112	.005	.135	.125	.178*	.006					
MS	-.091	.070	-.032	.482**	-.060	-.132	-.016	.210**	.031				
MSAS	.199**	-.147*	.182*	-.093	.506**	.383**	.471**	-.068	.341**	-.059			
MBDI	.208**	-.181*	.210**	-.130	.458**	.403**	.569**	-.104	.221**	-.106	.757**		
HSAS	.159*	.035	.206**	-.091	.342**	.444**	.315**	-.042	.190**	-.167*	.533**	.481**	
HBDI	.154*	.021	.192**	-.122	.268**	.434**	.254**	-.041	.208**	-.144*	.489**	.496**	.866**

PN = neuroticismo padre; PE = extraversión padre; PP = psicoticismo padre; PS = sinceridad padre; PBDI = Beck Depression inventory padre; PSAS = Self-Rating Anxiety Scale padre; .

MN = neuroticismo madre; ME = extraversión madre; MP = psicoticismo madre; MS = sinceridad madre; MBDI = Beck Depression inventory madre; MSAS = Self-Rating Anxiety Scale madre; HBDI = Beck Depression inventory hija; HSAS = Self-Rating Anxiety Scale hija.

** p < 0.01; * p < 0.05.

estudiar si los padres introvertidos y extrovertidos se diferenciaban en el SAS y BDI no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas. También hallamos correlaciones positivas entre el Eating Attitude Test de las hijas y la ansiedad de las madres ($r = .226, p = .024$). Al correlacionar en el grupo TA (n = 100) las variables clínicas de las hijas con el SAS y BDI de los padres no hemos hallado correlaciones significativas entre los meses de enfermedad de la hija y el SAS BDI de los padres.

DISCUSIÓN

Los porcentajes hallados en cuadros clínicos de ansiedad en los

padres de los grupos con TA, son semejantes a los hallados en nuestro país en padres de pacientes esquizofrénicos (Espina et al., 2000) y toxicómanos (Espina y Fernández, 1996), pero en las madres son claramente superiores en los trastornos alimentarios (37,1% en TA, 19,1% en las toxicomanías y 15% en la esquizofrenia), lo cual puede ser debido al estrés que ocasionan los TA en la persona que se hace más cargo de la hija enferma, en nuestra cultura casi siempre las madres. En los diferentes subgrupos de TA la ansiedad es más elevada en las madres de pacientes con anorexia, restrictiva y bulímica, frente a las de hijas con bulimia nerviosa, lo cual puede deberse a los peligros que

entraña la desnutrición, que obliga a las madres a estar muy alerta y volcarse en la supervisión de sus hijas. Mientras que en las pacientes bulímicas el riesgo físico es menos aparente.

Respecto a la presencia de sintomatología depresiva, los porcentajes hallados en los padres son semejantes a los de padres de pacientes toxicómanos y esquizofrénicos, pero en las madres es algo superior en las otras patologías (75% toxicomanía, 70% esquizofrenia y 63,33% en TA), (Espina y Fernández, 1996; Espina et al., 2000). Piran et al. (1985) y Johnson et al. (1988) encontraron historias familiares de depresión y de ansiedad en padres de pacientes con TA anteriores a la aparición de la patología de la hija. Crisp (1995) señaló que la ansiedad prolongada y la vulnerabilidad a la depresión se dan en los padres de hijas con anorexia y generalmente conllevan un peor pronóstico en la enfermedad de la paciente.

Hemos hallado que en el 21,9% de las madres de las pacientes con TA existían antecedentes depresivos, lo cual confirma lo señalado por los autores citados; pero el porcentaje de madres con síntomas depresivos asciende al 63,3% en el momento actual, lo cual sugiere que, aunque existan antecedentes de trastornos afectivos en las madres, la sintomatología depresiva puede ser causada o incrementada por la carga que supone tener un familiar con una enfermedad crónica, como han señalado numerosos

autores (Fadden et al., 1987; Friedmann et al., 1997; Maurin y Boyd, 1990; Magliano et al., 1998; Platt, 1985). En cuanto a la ansiedad los porcentajes hallados en las madres son muy superiores a los antecedentes (37,1% frente a 4,3%) y en los padres casi el doble (11,11% frente a 6%). Las fuertes correlaciones halladas entre el SAS y BDI de ambos padres e hijas también sugieren que los trastornos afectivos de los padres pueden estar asociados a la carga. Los meses de enfermedad no correlacionaban significativamente con el SAS y el BDI de ambos padres, por lo que no parece que la duración de la enfermedad de la hija se asocie a síntomas de carga en los padres.

Respecto al EPQ, también hemos hallado fuertes correlaciones positivas entre neuroticismo y psicoticismo de los padres con la ansiedad y depresión de padres e hijas. Estos rasgos de la personalidad pueden ser predisponentes de la ansiedad y depresión, pero también pueden verse incrementados por el estrés. El elevado psicoticismo puede ser una forma de bloquear las emociones dolorosas, aunque también puede favorecer la ansiedad y depresión al no manejarse adecuadamente con los sentimientos. Nuestros resultados sugieren que puede haber rasgos patológicos previos en ambos padres de hijas con TA, pero que la patología de las hijas podría actuar como desencadenante de patologías no presentes o incrementando las existentes. McPherson (1996) halló que la depresión de padres con hijas con

TA influía en la familia y en los síntomas de los TA.

El hallazgo de que los padres de pacientes anoréxicas bulímicas presentan puntuaciones más altas en neuroticismo que los controles y que los padres de pacientes bulímicas, y el que las madres de hijas con un TA presenten mayor neuroticismo que las controles, y el que las regresiones muestran que la pertenencia a los grupos de TA está influenciada por el neuroticismo en las madres y en los padres del grupo ANB, confirma estudios previos (Strober et al., 1982; Vandereycken, 1994; Crisp, 1995).

En cuanto al psicoticismo, hemos visto que los padres de pacientes anoréxico-bulímicas mostraban puntuaciones más elevadas que los de hijas con bulimia nerviosa y mayor porcentaje de alto psicoticismo que los controles. Ambos padres de pacientes anoréxicas restrictivas presentaban menos psicoticismo que las de bulímicas y anoréxicas bulímicas, y mayor porcentaje de alto psicoticismo que los controles. En las regresiones la pertenencia a los grupos ANB y BN estaba influenciada por el psicoticismo en los padres, mientras que en las madres al grupo ANR. Estos resultados confirman estudios previos (Strober, 1981; Strober et al., 1982; Piran et al., 1985) y, relacionándolo con el que las pacientes anoréxicas restrictivas presentan menos psicopatología que las anoréxico-bulímicas y las bulímicas, como señalábamos en la introducción, sugiere que quizás la patología hallada en los

padres de pacientes con conductas purgativas juegue algún papel etiológico en estos trastornos, como sugirieron Strober y Humphrey (1987).

El que las madres de pacientes anoréxicas restrictivas sean más introvertidas que el resto confirma el hallazgo de Strober et al. (1982) y puede estar asociado a que las anoréxicas restrictivas son más introvertidas (Espina, 1998). Las correlaciones negativas entre extraversión de los padres con el SAS y BDI de ambos padres puede deberse a que estos se aíslan cuando están ansiosos y deprimidos, y cuando perciben a sus mujeres así. Aunque otra hipótesis posible es que los padres introvertidos sean más vulnerables a la ansiedad y depresión, y que al prestar menos soporte a sus esposas, estas también soportarán peor la carga. Respecto a la sinceridad, las regresiones muestran que la pertenencia a los grupos de trastorno alimentario está influenciada por una menor sinceridad, lo cual puede deberse al deseo de parecer mejores personas de lo que creen que son, quizás debido a la estigmatización y sentimiento de culpa por tener una hija con un TA.

Nuestro hallazgos sugieren que las características psicopatológicas y de personalidad de los padres de pacientes con un TA deben ser tenidos en cuenta, ya sea como derivados de la carga que sufren por la enfermedad de su hija, o como posibles factores etiológicos de los TA. Desde la carga, deberemos ofrecer a las familias apoyo e infor-

mación, desculpabilizándoles y ayudándoles a entender que sus síntomas son una respuesta natural al sufrimiento que todos padecen al ver a su hija así. De esta manera la familia se puede sentir empáticamente reconocida y contenida, creándose más fácilmente un clima de colaboración. Desde ahí se pueden abordar los diferentes síntomas de los padres sin que se sientan juzgados. Si los síntomas y rasgos de personalidad de los padres eran previos a la patología de la hija y

podieron jugar algún papel etiológico, ya sea a nivel de herencia genética o ambiental, deberemos ser muy cuidadosos no culpabilizándoles, comprender su patología e intentar ayudarles en sus dificultades para que toda la familia goce de mejor salud. En los dos casos los tratamientos deberían ir dirigidos a ayudar a padres y pacientes, conjugando la psicoeducación sobre TA y carga con intervenciones específicas individuales y familiares.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T., Ward, C.M., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaun, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brown, G.W. y Rutter. M. (1966). The measurement of family activities and relationships. A methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
- Carpentier, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P. y Renaud, M. (1992). Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hospital Community Psychiatry*, 43(1), 38-43.
- Casper, R.C., Hedeker, D. y McClough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840.
- Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escalas de evaluación conductual para la clasificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Departamento de psicología médica de la Universidad de Valladolid.
- Crisp, A. H. (1995). *Let me be. Anorexia nervosa*. Reino Unido: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Crisp, A.H., Harding, B. y McGuinness, B. (1974). Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: relationship to prognoses. A quantitative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 549-554.
- Cumella, E.J., Wall, A.D. y Kerr-Almeida, N. (2000). MMPI-2 in the inpatient assess-

ment of women with eating disorders. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 387-403.

Dancyger, I.F., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1997). Depression modulate non-eating-disordered psychopathology in eating disordered patients. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 5(1), 59-68.

Espina, A. (1998). Anorexia nerviosa. Clínica y contexto psicosocial. En J. A. Ríos (ed.). *La familia realidad y mito*. Madrid: Areces.

Espina, A. (2003). Eating disorders and MMPI profiles in a Spanish sample. *The European Journal of Psychiatry*, 17(4), 201-211.

Espina, A. y Fernández, C. (1996). Un estudio descriptivo sobre características familiares en una muestra de Proyecto Hombre. *Revista Española de Drogodependencias*, 21(2) 109-118.

Espina, A., Pumar, B., García, E. y Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 5-17.

Espina, A., Pumar, B., González, P., Santos, A., García, E. y Ayerbe, A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis*, 21(4), 181-181.

Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Inventory (Junior and Adult)*. Hodder and Stoughton.

Fadden, G., Bebbington, P. y Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.

Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I. y Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family-Process*, 36(4), 357-367.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Gershon, E., Schreiber, J., Hammovit, J., Dibble, E., Kaye, W., Nurnberger, J., Andersen, A. y Ebert, M. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1419-1422.

Goldberg, D. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Goldmann, H. H. (1982). Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 33(7), 557-560.

Hammer, M. (1981). Social support, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 457.

Hudson, J., Pope, H., Jonas, J. y Yurgelun-Todd, D. (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 133-138.

Hurt, S.W., Brun-Ebérentz, A., Commerford, M.C., Samuel-Lajeunesse, B. y Halmi, K.A. (1997). A comparison of psychopathology in eating disorder patients from France and United States. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 153-158.

Johnson, S. E., Wood, K., Patton. G. y Mann, A. (1988). Abnormal eating attitudes in

- London schoolgirls: A prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18(3), 615-622.
- Kendrick, T. (1999). Primary care options to prevent mental illness. *Annals of Medicine*, 31(6), 359-363.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J. M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P. y Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 405-12.
- Maurin, J. T. y Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives Psychiatric Nursing*, 4, 99-107.
- McPherson, M. A. (1996). Cohesion, conflict, and adaptability within family dyads and their relation to eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The-Sciences and Engineering*, 56 (12b), 7050.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E. y Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Rivinus, T. M., Biederman, J. y Herzog, B.D. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1414-1418.
- Salvemini, V., Berna, G., Foca, F., Indrini, M., Ammartino, F., Spinosa, L. y Tulli, F. (1997). Differences and similarities in the personality structure of 327 women with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 5(2), 108-115. 2000.
- Schork, E. J., Eckert, E. D. y Halmi, K.A. (1994). The relationship between psychopathology, eating disorder diagnosis, and clinical outcome at 10-year follow-up in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 113-123.
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 28-43.
- Strober, M. y Humphrey, L. L. (1987). Familiar contributions to the aetiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 654-659.
- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J. y Morrell, W. (1982). Validity of the bulimic-restrictor distinction in anorexia nervosa: parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 345-351.
- Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behavior and eating disorders. En C. Perris, W.A. Arrindel & M. Eisemann (eds.), *Parenting and Psychopathology* (pp. 218-234). Chichester: John Wiley.
- Winokur, A., March, V. y Mendel, S. J. (1980). Primary affective disorder in the relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 695-698.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 12, 371-379.