



Universitat
de les Illes Balears

Título: El clima familiar, una comparación entre un grupo de TCA, un grupo con otras patologías alimentarias y un grupo control.

AUTOR: Cristina Bea Palmer

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
(Especialidad/Itinerario Presencial)

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2016/2017

Fecha 30/06/17

Nombre Tutor del Trabajo: Mauro García Toro

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Método.....	8
Resultados.....	11
Discusión.....	12
Conclusiones.....	13
Limitaciones.....	14
Puntos fuertes.....	14
Bibliografía.....	15
Anexos.....	19

Resumen

Objetivo: Establecer si existen diferencias significativas entre el clima familiar de personas con trastorno de la conducta alimentaria (TCA), otras patologías alimentarias (DM/celíaco), un grupo control sano y sus respectivas familias.

Método: Los participantes fueron 78 personas adultas, de edades comprendidas entre los 18 y los 70 años, de las cuales 21 eran hombres y 57 mujeres. El grupo TCA fue seleccionado en el Hospital Universitario Son Espases (HUSE) y cumplía los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN) según el DSM-5 y entrevista clínica. El grupo de otras patologías alimentarias (DM/celíaco) fue obtenido en parte de la asociación de celíacos de las Islas Baleares (ACIB) (12 personas) y el resto de participantes según disponibilidad. Se administró la escala del clima familiar FES y la escala de apgar a todos los participantes.

Resultados: se observaron diferencias significativas en las subescalas de expresividad (Ex), conflicto (Ct), actuación (Ac) y en el apgar (Ag), siendo el clima familiar de las personas con TCA peor que el de los otros grupos.

Discusión: las diferencias entre los distintos grupos apuntan a que existe algún factor diferencial dentro de los TCA, aunque no se sabe si éstos actúan como causa o como consecuencia.

Conclusiones: existen diferencias entre el clima familiar de los pacientes con TCA y el resto de grupos, pero es necesario realizar nuevos estudios para poder establecer relaciones de causalidad, en especial debido a las limitaciones del estudio presente.

Palabras Clave: Clima familiar, trastorno de la conducta alimentaria.

Abstract

Objective: The aim is to establish if there are significant differences between the family climate of people with ED, another group with food pathology (DM / celiac), a healthy control group and their respective families.

Method: Participants were 78 adults aged between 18 and 70 years, 21 of which were men and 57 women. The TCA group was selected at the University Hospital Son Espases (HUSE) and met the criteria for the diagnosis of AN or BN according to the DSM-5 and clinical

interview. The group of other food diseases (DM / celiac) was obtained in the part of the celiac association of the Balearic Islands (ACIB) (12 people) and the rest of participants according to availability. The FES family environment scale and the apgar scale were administered to all participants.

Results: significant differences were observed in the subscales of expressiveness (Ex), conflict (Ct), performance (Ac) and apgar (Ag), with unfavorable results for the family climate of individuals with TCA.

Discussion: Differences between family environment suggest that there is some differential factor within the TCA group, although it is not known whether it acts as a cause or as a consequence.

Conclusions: there are differences between the family environment of patients with TCA and the rest of the groups were shown in the research, but new studies are necessary to establish causal relationships, especially due to the limitations of the present study.

Keywords: family environment, eating disorder

Introducción

El cuidado de personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha sido expuesto como una experiencia estresante, en donde las familias pueden verse envueltas en patrones de interacción poco adecuados que pueden fomentar el mantenimiento de la enfermedad (Anastasiadou et al, 2016).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5), los TCA se clasifican en, el trastorno por rumiación, la pica, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón, el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (como por ejemplo, la anorexia nerviosa atípica o el trastorno por purgas) y el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (American Psychiatric Association, 2014). En su conjunto, los diferentes TCA comparten la preocupación desmesurada por el cuerpo y el peso, como punto central de la patología (Sainos-López, Sánchez-Morales, Vázquez-Cruz y Gutiérrez-Gabriel, 2015). Se manifiestan en ambos sexos,

con una evidente predisposición en las mujeres, en especial en los periodos de la adolescencia y la adultez temprana, estimándose que aproximadamente un 75% de la AN y BN y un 50% de los casos de trastorno por atracón tienen lugar antes de los 22 años (Bailey, et al, 2014).

Para el tratamiento de los TCA, las indicaciones del NICE exponen la importancia de su identificación y cribado en atención primaria, la recepción de ayuda temprana, la evaluación y coordinación de la atención, la proporción de buena información y el apoyo (NICE, 2017). Es importante matizar que tanto la AN como la BN son enfermedades que pueden llegar a comprometer la vida de las personas que la padecen (Sainos-López et al, 2015), ya que por ejemplo, en el caso de la AN se observa el índice más elevado de mortalidad de todas las enfermedades mentales, ratio que aumenta un 5,6 % por cada década que el individuo permanece enfermo (Couturier, Kimber y Szatmari, 2013; Dawson, Rhodes, y Touyz, 2014).

No se puede identificar un factor único como causante de los TCA, ya que éstos presentan una etiología multicausal, consecuencia de una compleja interacción entre los factores emocionales, de personalidad, funcionalidad familiar, sensibilidad genética y cultural (Sainos-López et al, 2015., Wilksch, y Wade, 2010). Se habla de aproximadamente 30 variables reconocidas como posibles factores de riesgo (Wilksch, y Wade, 2010). Una de estas variables es el clima o funcionamiento familiar, definido como las interacciones entre los miembros de la familia que envuelven las actividades a nivel físico, psíquico y emocional, para el análisis del cual se encuentran varios modelos (Dodge y Simic, 2015., Holtom-Viesel y Allan, 2014).

En primer lugar, encontramos la teoría del sistema familiar y la familia psicósomática, un modelo en el que se considera a la familia como a un sistema, más que a sus miembros individualmente. Por tanto, la estructura e influencia familiar afectaría al comportamiento de sus miembros. Otro modelo sería el de McMaster sobre el funcionamiento familiar, que está basado también en la teoría del sistema familiar. Identifica seis dimensiones relevantes para las familias clínicas que son la resolución de problemas, la comunicación, los roles, la afectividad, la capacidad de respuesta afectiva y el control de la conducta (Holtom-Viesel y Allan, 2014).

Finalmente, el modelo de proceso del funcionamiento familiar enfatiza la interacción entre las dimensiones del funcionamiento familiar. Describe siete dimensiones clave que son el cumplimiento de tareas, el desempeño del rol, la comunicación, la expresión afectiva, la afectividad, el control y finalmente los valores y normas (Holtom-Viesel y Allan, 2014).

Según el estudio aportado por Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren, 2005, una de las problemáticas que presentaban muchos de los estudios realizados sobre el clima familiar en TCA es que muchos terapeutas han trabajado con las familias viéndolas a través de una lente patologizante (Cook-Darzens et al, 2005). A pesar de esta tendencia, a lo largo de los años la familia se ha entendido desde diversas perspectivas. Se ha hablado de ella como causante o como padecedora de la enfermedad, como culpable o como víctima, como impedimento o como recurso (Sainos-López et al, 2015)

En este punto es interesante señalar que en los diferentes modelos familiares, se ha observado que no parece haber un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a trastornos de la conducta alimentaria. Por ejemplo, dentro de las familias con AN se han encontrado muchos modelos, desde uno de familia sana en crisis, hasta familias muy disfuncionales en otro extremo, sugiriendo que la AN genera diferentes formas de adaptación más que un solo tipo. No obstante, la realidad es que en general estas familias tienden a ser más disfuncionales que las del grupo control (Sainos-López et al, 2015).

En un estudio realizado por Sainos-López et al, 2015 se pudo observar que las familias que manifestaban alta cohesión en términos de apoyo y cercanía emocional presentaban menor riesgo de padecer un TCA, datos que concuerdan con los aportados por Dimitropoulos, Freeman, Bellai y Olmsted, 2013, en donde se observó que había menor cohesión, apoyo y expresión emocional en las familias con TCA que en las familias control.

Por otro lado, en un estudio de comparación entre los grupos de TCA y DM (Diabetes mellitus) se observó que las madres de chicas con AN reportaban la enfermedad como menos comprensible, menos crónica, con síntomas menos controlables por el tratamiento y en general con más consecuencias emocionales. Además, las representaciones negativas de la enfermedad por parte de los padres fue asociada con un funcionamiento familiar pobre, bajos niveles de eficacia familiar, mayor estrés parenteral y del adolescente e incluso menos motivación por el cambio por parte del adolescente (Sim & Matthews, 2013). No obstante, a diferencia de lo que se esperaba no se encontraron diferencias en cohesión y expresividad en relación con las del grupo control (Sim et al, 2009).

En el trabajo realizado por Ruiz, Vázquez, Mancilla, Gómez y Aizpuru el año 2012 en tres grupos de comparación (TCA, grupo de riesgo y control), los resultados mostraron que los grupos clínicos presentaron mayores puntuaciones que el grupo control en las puntuaciones totales y casi en todas las subescalas de la escala FES, con la excepción de presión social percibida. No hubo diferencias entre el grupo clínico de TCANE, el de riesgo (STCA) y el control (Ruiz et al, 2012).

Por otro lado, Anastasiadou et al, 2016 incluyó a un grupo por abuso de sustancias, el cual puntuó de forma más elevada que el grupo TCA en niveles de crítica, alojamiento de síntomas y experiencia negativa del cuidador. No obstante, tanto los pacientes con TCA como con abuso de sustancias reportaron similares niveles de salud mental. Las familias del grupo control, libre de patología, en general tuvo mejores resultados en todas las escalas. Es importante tener en cuenta que en el caso de abuso de sustancias a menudo se asocia a peores efectos sociales y peor ambiente familiar, ya que suele ir asociado a conductas disruptivas como robar dinero, violencia doméstica y reducción de los resultados académicos. Además la estigmatización suele hacer más difícil resolver los problemas intrafamiliares (Anastasiadou et al, 2016).

En los estudios realizados por Leija, Saucedo y Ulloa Flores, 2011 y López, Herrero y Botella, 2014, se observó que la sintomatología bulímica era la que mayor correlación presentaba con el funcionamiento familiar, siendo mayores los atracones y vómitos en personas con disfunción familiar.

Además, el grupo de BN es el que mostró los mayores niveles de sobreprotección y a la vez cuidados más bajos por parte de la figura materna. (Leija et al, 2011., López et al, 2014). Por otro lado, las mujeres con BN señalaron a sus padres como más controladores, mostraron mayores niveles de impulsividad e inestabilidad emocional y mayores niveles de narcisismo que el grupo control (Lehoux y Howe, 2007).

Destacar que varios estudios determinaron que había diferencias en la percepción de los distintos miembros de la familia en relación al vínculo parental (Botella y Grañó, 2008., Holtom-Viesel y Allan, 2014., López, Herrero, y Botella, 2014; Solís, Tetzlaff, Schmidt, Brauhardt y Hilbert, 2016; Torres et al, 2015). En primer lugar, los hermanos de personas con TCA refirieron menor cohesión que los otros miembros de la familia. Además reportaron una pérdida de una infancia normal o de relaciones positivas entre hermanos (Dimitropoulos et al,

2013., Holtom-Viesel y Allan, 2014). Los propios adolescentes con TCA percibieron las normas familiares como más disfuncionales, más conflictivas y un clima menos cohesionado y más carente de expresión emocional que sus padres y hermanos (Gillett et al, 2009., Ruiz et al, 2012 y Solís et al, 2015). Los padres (madre y padre) en general mostraron una percepción más positiva que sus hijos (Gillett et al, 2009., Leija, Saucedo y Ulloa Flores, 2011., Maglio y Molina, 2012; Stern et al 1989). No fue así en el estudio realizado por Anastasiadou et al, 2016 en donde se observaron diferencias entre ambos progenitores, siendo las madres las que señalaban un peor funcionamiento familiar. Una de las posibles explicaciones de ello es que suelen ser las cuidadoras principales pasando más tiempo con el paciente y por tanto teniendo más tiempo de realizar interacciones negativas (Anastasiadou et al, 2016).

Por otro lado, en un estudio realizado por Laliberté, Boland y Leichner, 1999, los resultados indicaron que las madres e hijas mostraban bastante acuerdo en sus percepciones con las variables de clima familiar, sugiriendo que las percepciones de la familia es una experiencia compartida, no una simple distorsión individual.

Como posibles factores de riesgo para los problemas sobre el clima familiar se detectaron, la centralización de la vida familiar en los síntomas, la falta de flexibilidad en las interacciones familiares, la disminución en la atención de otros miembros de la familia, acompañada por sentimientos de culpa en los padres, la pérdida de sensación de capacidad de ayuda como consecuencia de la percepción de la falta de control sobre la enfermedad, la aparición de frustración y rabia, las críticas de los padres y la hostilidad materna (Rienecke et al, 2016., Whitney y Eisler, 2005). Se observó que el riesgo podría incrementarse por los procesos familiares como, las relaciones conflictivas con los padres, las relaciones de abuso, los patrones de comunicación o las burlas (Gillett et al, 2009).

Estos datos concuerdan con los obtenidos por Sim y Matthews, 2013, en donde los resultados indicaron que los padres que mostraron mayor comprensión de la enfermedad de sus hijos aumentaron los sentimientos de eficacia parenteral y la alianza con el otro progenitor.

A partir de esta contextualización, el objetivo del presente trabajo es observar si existen diferencias entre el clima familiar de un grupo con TCA, el grupo de otras patologías alimentarias (DM/celiacos), el grupo control y las familias de dichos grupos.

El contexto en el que se recogerá la muestra es el de la población mallorquina, concretamente personas adultas, siendo la edad mínima para la participación los 18 años cumplidos. Para la medición del clima familiar se hará uso de la escala del clima familiar de Moos (familiar environment scale) FES, que ha sido aplicada en varios estudios (Ruiz et al, 2012 y por Solís et al, 2015).

Método

Participantes

Para la realización del presente estudio se ha contado con una muestra compuesta por 78 personas mayores de edad, seleccionada mediante el método no aleatorio, según disponibilidad. Se administró un consentimiento informado a todos los participantes y se explicó cómo realizar la prueba, indicándoles que sería anónimo y con fines de investigación.

Los participantes proceden de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Universitario Son Espases (HUSE) (26 participantes), de la asociación de celíacos de las islas Baleares (ACIB)(12 participantes) y el resto según proximidad y disponibilidad (40 participantes).

Los sujetos se distribuyeron en 6 grupos, el grupo TCA, el grupo de otras patologías alimentarias (DM/celíacos) y el grupo control, que no presentaba las patologías anteriores.

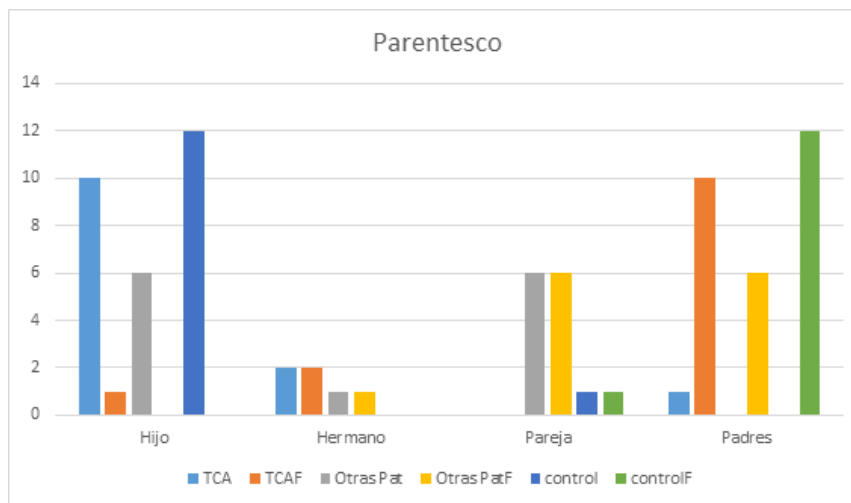
Además de las familias de los respectivos grupos. El grupo TCA estaba diagnosticado por una psicóloga clínica mediante el DSM-5, además de haber sido evaluado mediante entrevista clínica.

Cada grupo contó con 13 participantes. La distribución por sexo fue de 21 hombres y 57 mujeres, situándose 2 hombres y 11 mujeres en el grupo TCA, 2 hombres y 11 mujeres en el TCAF (familia con TCA), 5 hombres y 8 mujeres en el grupo de otras patologías alimentarias (DM/celíacos), 4 hombres y 9 mujeres en el grupo familiares de otras patologías alimentarias

(familia de DM/celiacos) y finalmente 4 hombres y 9 mujeres en el grupo control y en la familia control.

Según el grado de parentesco encontramos que el grupo TCA estaba formado por 10 hijos, 2 hermanos y 1 padre, mientras que el grupo TCAF por 1 hijo, 2 hermanos y 10 padres.

Por otro lado, el grupo de otras patologías (DM/celiacos) estaba formado por 6 hijos, 6 parejas y 1 hermano, mientras que la familia del grupo otras patologías alimentarias estaba formado por 1 hermano, 6 parejas y 6 padres. Finalmente, el grupo control estaba formado por 12 hijos y una pareja y la familia control por sus 12 padres y el otro miembro de la pareja. (Tabla 1)



(Tabla 1)

La media de edad para el grupo TCA fue de 28,08 (SD=11,913), la del TCAF fue de 48 (SD=11,533), la del grupo de otras patologías (DM/celiacos) fue de 30,31 (SD=10,912), el de los familiares de otras patologías alimentarias (DM/celiacos) de 42,23 (SD=9,103), la del grupo control de 25,92 (SD=10,283) y la de la familia control de 52,46 (SD=3,992). (Tabla 2)

- Tabla de media de edad por diagnóstico (tabla 2)

Estadísticos

Diagnostico			Edad
TCA	N	Válido	13
		Perdidos	0
	Media		28,08
	Desviación estándar		11,913
TCAF	N	Válido	13
		Perdidos	0
	Media		48,00
	Desviación estándar		11,533
Otros Pacientes	N	Válido	13
		Perdidos	0
	Media		30,31
	Desviación estándar		10,912
Otros PacientesF	N	Válido	13
		Perdidos	0
	Media		42,23
	Desviación estándar		9,103
Con	N	Válido	13
		Perdidos	0
	Media		25,92
	Desviación estándar		10,283
Conf	N	Válido	13
		Perdidos	0
	Media		52,46
	Desviación estándar		3,992

Escalas

La totalidad de la muestra completó el cuestionario de clima familiar (FES) y el apgar familiar.

La escala FES fue diseñada y elaborada en el Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California), bajo la dirección de R. H. Moos. La versión original del año 1982 era en inglés, haciéndose la versión española por Fernández Ballesteros y Sierra el año 1984 (Moos, Trickett y Moos, R, 1995)

La finalidad de la escala FES es evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de las familias, los aspectos de desarrollo que tienen más importancia en ella y su estructura básica. El test consta de 90 preguntas con respuesta dicotómica (verdadero, falso) y una duración media de pasación de 20 minutos. La escala cuenta con 3 dimensiones (de relaciones, desarrollo y estabilidad) que se dividen en 10 subescalas. Dentro de la dimensión de relaciones encontramos la subescala de cohesión (Co), expresividad (Ex) y conflicto (Ct).

En la dimensión de desarrollo encontramos las subescalas de autonomía (Au), actuación (Ac), intelectual-cultural (I-C), social-recreativo (SR) y moralidad-religiosidad (MR).

Finalmente, la dimensión de estabilidad incluye las subescalas de organización (OR) y control (CN) (Moos, Moos y Trichett, 1974).

En segundo lugar, el apgar familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Consta de 5 preguntas con tres posibilidades de respuesta, casi siempre, algunas veces y casi nunca (Suárez y Alcalá, 2014).

Para el análisis de datos se ha hecho uso del programa estadístico SPSS. En primer lugar se han comparado los datos para establecer la normalidad de la muestra mediante la prueba de Shapiro Wilk. Debido a la no normalidad de la muestra se ha hecho uso de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para establecer las comparaciones por grupos.

Resultados

A partir de los datos obtenidos a partir de la prueba de Mann-Whitney se obtienen los siguientes resultados (Tablas 2-7 de anexos):

En la comparación del grupo TCA con el grupo de otras patologías alimentarias (DM/celíacos) se encontraron diferencias significativas en las subescalas de expresividad ($p=0,012$) y conflicto ($p=0,018$), teniendo el grupo TCA menor puntuación en la escala de expresividad y más en la de conflictos familiares (tabla 2 anexo).

La comparación del grupo TCA con el grupo control destacó diferencias en las escalas de expresividad ($p=0,012$), conflicto ($p=0,015$), actuación ($p=0,15$) y en el apgar familiar ($p=0,039$). El grupo TCA obtuvo resultados acordes con una mayor disfuncionalidad familiar en todas las escalas.

En cuanto en la comparación del grupo de otras patologías alimentarias y el grupo control, no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las subescalas analizadas.

Por otro lado, en la comparación de la familia TCA con la familia de otras patologías alimentarias (DM/celíacos) se obtuvieron diferencias significativas únicamente en la escala de actuación ($p=0,028$).

En la comparación entre la familia TCA y la familia del grupo control se observaron diferencias significativas en las escalas de autonomía ($p=0,031$), actuación ($p=0,09$) y control ($p=0,029$), siendo mayores los niveles de control (Cn) y de la estructura competitiva (Ac) en

las familias de personas con TCA. Los niveles de autonomía fueron mayores para el grupo control.

Finalmente, en la comparación de las familias de personas con otras patologías alimentarias (DM/celíacos) con las familias del grupo control, los resultados detectaron diferencias en la escala de conflicto ($p=0,040$), siendo mejores los resultados en el grupo control.

Discusión

Los resultados del presente trabajo en general concuerdan con la mayoría de los estudios realizados anteriormente, en donde se observa que el grupo de TCA y sus familiares presentan un clima familiar más disfuncional que el del grupo control y que los otros grupos de comparación (Dimitripoulos et al, 2013., Gillet et al, 2009., Gutierrez-Gabriel, 2015., Holtomviesel y Allan, 2014., López et al, 2014., Ruiz et al, 2012., Sainos-López et al, 2015., Sim et al, 2009., Solís et al, 2015). Se exceptuaría el caso del estudio realizado por Anastasiadou et al, 2016 en el cuál el grupo de abuso de sustancias puntuó de forma más elevada que el grupo TCA en niveles de crítica, alojamiento de síntomas y experiencia negativa del cuidador.

Es importante señalar que las subescalas en las que se ha encontrado disfuncionalidad familiar no son en su totalidad las mismas que se detectaron en investigaciones anteriores. Por ejemplo, en otros estudios en los que se aplicó la escala de clima familiar FES, se observó que había menor cohesión, apoyo y expresión emocional en las familias con TCA que en las familias control (Dimitropoulos et al, 2013., Sainos-López et al, 2015), mientras que en este caso las diferencias entre las percepciones de las familias TCA y las control han sido en las subescalas de autonomía, actuación y control, únicamente coincidiendo esta última.

Por otro lado, en el estudio realizado por Ruiz et al, 2012 se observó que el grupo TCA puntuaba de formas más desfavorable que el grupo control en las puntuaciones totales y casi en todas las subescalas de la escala FES, mientras que en los datos del presente estudio las diferencias han sido en expresividad, conflicto, actuación y en el apgar familiar.

El hecho de que en el grupo TCA se hayan encontrado mayores niveles en la escala de conflicto y menores en los de expresividad, puede deberse a que se trata de una patología que

muchas veces no es aceptada por las personas que la padecen y en la que la comunicación se hace compleja, sobre todo por la dificultad para poder expresarse con facilidad. Además también se han mostrado mayores niveles en la escala de actuación en el grupo TCA, punto que concuerda con el hecho que suelen ser personas muy críticas consigo mismas y muy perfeccionistas.

Finalmente, los mayores niveles de control en las familias TCA ($p=0,029$), en comparación con la familia control, son totalmente comprensibles por la preocupación de los familiares ante la impotencia por la falta de control sobre la enfermedad.

En cuanto al hecho de que entre los grupos de DM/Celíacos y el grupo control, sea en los únicos casos en los que no se han encontrado diferencias significativas y que la mayor parte de las diferencias significativas se encuentre en el grupo TCA, apoya la hipótesis de que debe existir algún factor diferente en los TCA que podría favorecer la disfunción familiar. El punto a tener en cuenta es que el presente estudio no permite establecer si se trata de una causa o una consecuencia de la disfunción familiar.

Este trabajo pone en evidencia que se necesita de más estudios para trabajar este punto, ya que existen diferencias entre las edades de los grupos y el grado de parentesco que podrían estar enmascarando los resultados.

Conclusiones

1. Existen diferencias entre el clima familiar de los pacientes con TCA, el grupo de otras patologías alimentarias (DM/celíacos), el grupo control y sus familiares.
2. Las subescalas de autonomía, actuación, control, expresividad y la escala del apgar son en las que se han encontrado diferencias significativas.
3. La mayor puntuación en la escala de actuación (Ac) para el grupo TCA concuerda con la tendencia de estas personas a ser más críticas y demandantes consigo mismas.
4. Los mayores niveles de control (Ct) en las familias TCA es un punto a tener en consideración a la hora de planificar la intervención.
5. Son necesarios estudios longitudinales, con un mayor tamaño de muestra y grupos comparables, que faciliten poder establecer relaciones de causalidad.

Limitaciones

Algunas de las principales limitaciones que ha tenido el presente estudio es el tamaño de la muestra, que se ha reducido a 13 participantes por grupo. En este caso la dificultad de acceso a este tipo de muestra y las características de la complejidad de las escalas ha hecho que este punto fuese difícil de subsanar.

Por otro lado, no se ha podido establecer que la muestra del grupo TCA no tuviese comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, por lo que los resultados podrían verse enmascarados por ese aspecto.

También cabe destacar que las características de la muestra no han sido homogéneas en sus variables (parentesco, sexo, edad).

Por otro lado, el grupo de otras patologías alimentarias, al mezclar pacientes con DM y enfermedad celiaca no permiten establecer si las diferencias se encuentran en uno de los dos grupos en concreto o en ambos.

Finalmente, en el tipo de estudios realizado es muy difícil establecer relaciones de causalidad, ya que no se puede afirmar si los TCA derivan del mal clima familiar o si es el TCA el que desencadena un clima familiar negativo. Por todo ello, para futuras investigaciones sería adecuado realizar un estudio de corte longitudinal en el que se comparase una muestra de mayor tamaño y se descartasen posibles comorbilidades.

Puntos fuertes

Este trabajo presenta algunas características que considero positivas. En primer lugar es uno de los pocos estudios que aporta al grupo TCA la comparación de un grupo de patología comparable (DM/celíacos), a parte del grupo control. Además, se ha realizado en un contexto concreto (Mallorca), ha incluido otro tipo de familiares poco habituales, como el de las parejas y ha sido realizado en personas mayores de edad, a diferencia de los anteriores que mayoritariamente se centraba en adolescentes. No obstante, queda un amplio campo de investigación por recorrer.

Bibliografía

Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Sánchez, J. C., Parks, M., Álvarez, T., & Graell, M. (2016). Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 294-303.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Wilson Boulevard: 5th ed. 2.panamericana.

Bailey, A. P., Parker, A. G., Colautti, L. A., Hart, L. M., Liu, P., & Hetrick, S. E. (2014). Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 5.

Botella, L., & Grañó, N. (2008). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de psicología*, 26(2), 291-301.

Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236.

Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.

Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). The recovery model and anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 1009-1016.

Dodge, E., & Simic, M. (2015). Anorexia runs in families: does this make the families responsible? A commentary on 'Anorexia runs in families: Is this due to genes or the family environment?' (Dring, 2014). *Journal of Family Therapy*, 37(1), 93-102.

Gillett, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E., & Hardman, R. K. (2009). Implicit Family Process Rules in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.

Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K., & Olmsted, M. (2013). Inpatients with Severe Anorexia Nervosa and Their Siblings: Non-shared Experiences and Family Functioning. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 284-293.

Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29-43.

Laliberté, M., Boland, F. J., & Leichner, P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1021-1040.

Lehoux, P. M., & Howe, N. (2007). Perceived non-shared environment, personality traits, family factors and developmental experiences in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 47-66.

Leija, M., Saucedo, J. M., & Ulloa, R. E. (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud mental*, 34(3), 203-210.

López, C., Herrero, O., & Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 69-81.

Maglio, A. L., & Molina, M. F. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 1-10.

Moos, R.H. (1974). The Social Climate Scale (FES). Consulting Psychologists Press.

Moos, B. S., Trichett, E. J & Moos, R. H. (1974). *Escalas de clima social: Escala de clima social en la familia (FES)*. Universidad Complutense Madrid. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/PROBLEMAS%20DE%20FAMILIA/ESCALA%20DE%20CLIMA%20SOCIAL%20\(FES\)/FES_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/PROBLEMAS%20DE%20FAMILIA/ESCALA%20DE%20CLIMA%20SOCIAL%20(FES)/FES_F.pdf).

Moos, B. S., Trickett, E. J & Moos, R. H. (1995). *Escalas de clima familiar (FES WES CIES CES)*. Universidad de Lima. Recuperado de <http://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/escalas-de-clima-social-fes-wes-cies-ces>

Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J., & Le Grange, D. (2016). Expressed emotion, family functioning, and treatment outcome for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 43-51.

Ruíz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Gómez-Maqueo, L., Emilia, M., & Aizpuru de la Portilla, A. (2012). Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(2), 121-132.

Sainos, D. G., Sánchez, M. T., Vázquez, E., & Gutiérrez, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2), 54-57.

Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539.

Sim, L., & Matthews, A. (2013). The role of maternal illness perceptions in family functioning in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Child and Family Studies*, 22(4), 541-550.

Solís, C. L., Torres, I. L., Barbacil, N. G., & Besteiro, P. V. (2015). Apego y clima familiar percibido en pacientes con anorexia nerviosa y sus familiares. *Psicología. com*, 19.

Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 25-31.

Suárez, M. A., & Alcalá, M. (2014). APGAR Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57.

Tetzlaff, A., Schmidt, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2016). Family Functioning in Adolescents with Binge-Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 24(5), 430-433.

Whitney, J., & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575-585.

Wilksch, S. M., & Wade, T. D. (2010). Risk factors for clinically significant importance of shape and weight in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 20

Anexos

*Tabla 1

Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad							
Diagnostico	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	
Co	TCA	,259	13	,017	,851	13	,030
	TCAF	,277	13	,007	,839	13	,020
	DM	,238	13	,042	,786	13	,005
	DMF	,280	13	,006	,751	13	,002
	Con	,260	13	,016	,913	13	,201
	ConF	,271	13	,010	,851	13	,029
Ex	TCA	,198	13	,174	,935	13	,399
	TCAF	,176	13	,200 [*]	,968	13	,870
	DM	,194	13	,194	,915	13	,217
	DMF	,194	13	,194	,932	13	,357
	Con	,194	13	,194	,915	13	,217
	ConF	,200	13	,163	,926	13	,299
Ct	TCA	,230	13	,059	,871	13	,054
	TCAF	,203	13	,146	,894	13	,109
	DM	,297	13	,003	,883	13	,077
	DMF	,208	13	,126	,860	13	,039
	Con	,330	13	,000	,794	13	,006
	ConF	,401	13	,000	,733	13	,001
Au	TCA	,218	13	,093	,926	13	,299
	TCAF	,236	13	,046	,916	13	,224
	DM	,176	13	,200 [*]	,920	13	,253
	DMF	,248	13	,028	,803	13	,007
	Con	,201	13	,155	,889	13	,096
	ConF	,230	13	,058	,927	13	,312
Ac	TCA	,185	13	,200 [*]	,861	13	,039
	TCAF	,249	13	,027	,908	13	,174
	DM	,161	13	,200 [*]	,932	13	,357
	DMF	,193	13	,200 [*]	,927	13	,313
	Con	,169	13	,200 [*]	,959	13	,731
	ConF	,298	13	,002	,853	13	,031
Ic	TCA	,305	13	,002	,860	13	,039
	TCAF	,224	13	,074	,918	13	,232
	DM	,132	13	,200 [*]	,926	13	,303
	DMF	,122	13	,200 [*]	,976	13	,952
	Con	,227	13	,065	,931	13	,352
	ConF	,195	13	,191	,944	13	,514
Sr	TCA	,220	13	,084	,915	13	,216
	TCAF	,150	13	,200 [*]	,953	13	,646
	DM	,312	13	,001	,825	13	,014
	DMF	,156	13	,200 [*]	,957	13	,705
	Con	,269	13	,011	,863	13	,042
	ConF	,301	13	,002	,886	13	,086
Mr	TCA	,225	13	,070	,894	13	,110
	TCAF	,196	13	,182	,909	13	,178
	DM	,291	13	,004	,736	13	,001
	DMF	,213	13	,111	,915	13	,216
	Con	,306	13	,002	,753	13	,002
	ConF	,266	13	,013	,816	13	,011
o	TCA	,177	13	,200 [*]	,896	13	,119
	TCAF	,307	13	,001	,850	13	,029
	DM	,341	13	,000	,765	13	,003
	DMF	,255	13	,020	,856	13	,034
	Con	,239	13	,041	,902	13	,143
	ConF	,206	13	,136	,905	13	,159
Cn	TCA	,182	13	,200 [*]	,958	13	,730
	TCAF	,192	13	,200 [*]	,919	13	,246
	DM	,179	13	,200 [*]	,928	13	,323
	DMF	,240	13	,039	,916	13	,218
	Con	,299	13	,002	,867	13	,048
	ConF	,201	13	,156	,946	13	,534
Ag	TCA	,238	13	,042	,852	13	,031
	TCAF	,207	13	,132	,861	13	,039
	DM	,257	13	,019	,776	13	,004
	DMF	,329	13	,000	,694	13	,000
	Con	,324	13	,001	,670	13	,000
	ConF	,256	13	,020	,806	13	,008

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 2. Comparación grupo TCA/Otras patologías alimentarias (DM/celíacos)

	Co	Ex	Ct	Au	Ac	Ic	Sr	Mr	o	Cn	Ag
U de Mann-Whitney	59,500	37,000	41,000	70,000	59,500	81,500	74,500	82,000	74,500	54,500	64,000
W de Wilcoxon	150,500	128,000	132,000	161,000	150,500	172,500	165,500	173,000	165,500	145,500	155,000
Z	-1,300	-2,504	-2,357	-,761	-1,316	-,157	-,537	-,134	-,536	-1,559	-1,081
Sig. asintótica (bilateral)	,194	,012	,018	,447	,188	,875	,591	,893	,592	,119	,279
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,204	,014	,026	,479	,204	,880	,614	,920	,614	,125	,311

a. Variable de agrupación: Diagnostico

Tabla 3. Comparación TCA/Control

	Co	Ex	Ct	Au	Ac	Ic	Sr	Mr	o	Cn	Ag
U de Mann-Whitney	79,500	37,000	39,500	52,000	38,000	84,500	59,000	74,500	80,000	55,500	45,500
W de Wilcoxon	170,500	128,000	130,500	143,000	129,000	175,500	150,000	165,500	171,000	146,500	136,500
Z	-,262	-2,504	-2,441	-1,702	-2,437	,000	-1,326	-,546	-,236	-1,505	-2,067
Sig. asintótica (bilateral)	,793	,012	,015	,089	,015	1,000	,185	,585	,813	,132	,039
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,801	,014	,019	,101	,016	1,000	,204	,614	,840	,139	,044

a. Variable de agrupación: Diagnostico

Tabla 4. Comparación Otras patologías alimentarias (DM/Celíacos)/control.

	Co	Ex	Ct	Au	Ac	Ic	Sr	Mr	o	Cn	Ag
U de Mann-Whitney	65,000	84,500	82,500	63,000	60,000	83,000	65,000	69,500	80,500	71,500	70,000
W de Wilcoxon	156,000	175,500	173,500	154,000	151,000	174,000	156,000	160,500	171,500	162,500	161,000
Z	-1,023	,000	-,113	-1,135	-1,288	-,078	-1,023	-,829	-,212	-,684	-,790
Sig. asintótica (bilateral)	,306	1,000	,910	,256	,198	,938	,306	,407	,832	,494	,429
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,336	1,000	,920	,287	,223	,960	,336	,448	,840	,511	,479

a. Variable de agrupación: Diagnostico

Tabla 5. Comparación familia TCA/ familia otras patologías alimentarias (DM/celíacos)

	Co	Ex	Ct	Au	Ac	Ic	Sr	Mr	o	Cn	Ag
U de Mann-Whitney	75,000	55,500	83,500	60,000	43,000	70,000	66,000	54,000	61,500	60,500	71,500
W de Wilcoxon	166,000	146,500	174,500	151,000	134,000	161,000	157,000	145,000	152,500	151,500	162,500
Z	-,501	-1,515	-,053	-1,287	-2,196	-,756	-,967	-1,610	-1,197	-1,253	-,705
Sig. asintótica (bilateral)	,616	,130	,958	,198	,028	,450	,334	,107	,231	,210	,481
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,650	,139	,960	,223	,034	,479	,362	,125	,243	,223	,511

a. Variable de agrupación: Diagnostico

Tabla 6. Comparación familia TCA/familia control

	Co	Ex	Ct	Au	Ac	Ic	Sr	Mr	o	Cn	Ag
U de Mann-Whitney	72,500	63,500	60,500	43,500	36,000	75,000	56,500	72,000	72,000	42,500	74,000
W de Wilcoxon	163,500	154,500	151,500	134,500	127,000	166,000	147,500	163,000	163,000	133,500	165,000
Z	-,632	-1,092	-1,280	-2,163	-2,597	-,494	-1,484	-,676	-,653	-2,183	-,564
Sig. asintótica (bilateral)	,527	,275	,201	,031	,009	,622	,138	,499	,514	,029	,573
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,545	,287	,223	,034	,012	,650	,153	,545	,545	,029	,614

a. Variable de agrupación: Diagnostico

Tabla 7. Comparación familia otras patologías alimentarias (DM/celíacos)/control

	Co	Ex	Ct	Au	Ac	Ic	Sr	Mr	o	Cn	Ag
U de Mann-Whitney	74,000	79,500	48,000	80,000	79,000	77,000	69,500	63,500	75,500	62,000	80,500
W de Wilcoxon	165,000	170,500	139,000	171,000	170,000	168,000	160,500	154,500	166,500	153,000	171,500
Z	-,556	-,264	-2,050	-,238	-,293	-,391	-,806	-1,121	-,474	-1,195	-,221
Sig. asintótica (bilateral)	,578	,792	,040	,812	,769	,696	,420	,262	,636	,232	,825
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,614	,801	,064	,840	,801	,724	,448	,287	,650	,264	,840

a. Variable de agrupación: Diagnostico

Medias obtenidas en subescalas del FES por grupos

Medias en las subescalas por grupos

Diagnostico		Co	Ex	Ct	Au	Ac	Ic	Sr	Mr	o	Cn	Ag
TCA	Media	47,92	46,15	52,69	47,69	50,08	48,62	51,92	44,38	50,77	51,85	7,00
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desviación estándar	11,094	7,701	7,576	13,086	5,965	9,088	8,779	7,489	6,030	12,760	3,189
TCAF	Media	51,46	50,46	47,15	50,31	50,46	51,85	51,62	46,69	51,92	49,00	8,46
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desviación estándar	6,995	9,837	8,887	6,316	6,253	8,601	8,809	5,991	8,271	8,426	1,664
DM	Media	52,69	54,31	45,54	51,23	46,46	47,92	53,62	44,38	49,69	44,69	8,08
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desviación estándar	8,854	6,588	4,390	7,844	6,851	9,376	5,752	6,911	11,317	5,721	2,565
DMF	Media	51,77	55,92	48,00	53,23	43,69	49,46	54,85	42,46	47,85	45,85	8,69
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desviación estándar	8,497	7,477	5,292	11,122	8,370	8,637	6,216	6,253	10,723	7,010	2,057
Con	Media	50,77	54,31	45,15	54,62	42,46	47,69	56,85	42,38	47,69	45,62	9,08
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desviación estándar	7,167	6,588	3,760	5,679	7,965	6,562	8,375	4,629	12,003	7,066	1,382
Conf	Media	53,62	54,62	44,54	56,38	42,38	50,46	56,38	44,77	48,77	42,15	8,85
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desviación estándar	5,952	9,215	3,357	6,488	6,539	8,885	5,839	4,935	12,091	6,793	1,405
Total	Media	51,37	52,63	47,18	52,24	45,92	49,33	54,21	44,18	49,45	46,53	8,36
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
	Desviación estándar	8,188	8,433	6,336	9,037	7,605	8,420	7,460	6,098	10,090	8,602	2,186