

## **PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR PARA LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

Elena Gutiérrez<sup>1</sup>, Ana Rosa Sepúlveda<sup>2</sup>, Dimitra Anastasiadou<sup>2</sup>  
y Cristina Medina-Pradas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Centro de Salud Mental Usera, Hospital Universitario 12 de Octubre;*

<sup>2</sup>*Universidad Autónoma de Madrid (España)*

### **Resumen**

Se describe un programa de psicoeducación para familiares de pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. Este estudio piloto evaluó la aceptación del programa por parte de 15 cuidadores y si sus dificultades y malestar implicados en este rol cambiaron tras la intervención, así como el impacto del programa sobre los 14 pacientes. Fueron evaluados al inicio del estudio (T<sub>0</sub>), al terminar la intervención (T<sub>1</sub>) y tres meses después (T<sub>2</sub>). Al finalizar el programa, se produjo una mejora en la experiencia subjetiva de cuidado de los familiares y en sus niveles de emoción expresada y malestar psicológico. El proceso de recuperación de los pacientes también se vio afectado positivamente; descendieron las conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación y sus síntomas afectivos. Estos cambios se mantuvieron en el tiempo. El programa fue altamente valorado por los cuidadores, expresaron estar bastante satisfechos y haber aprendido a reconocer y entender mejor los síntomas. La intervención promete beneficios tanto para los cuidadores como para los pacientes, si bien se necesita replicación de los resultados con muestras más amplias.

**PALABRAS CLAVE:** *intervención psicoeducativa, familia, trastorno del comportamiento alimentario, seguimiento.*

### **Abstract**

This paper describes a psychoeducational intervention programme for relatives of patients with an eating disorder. The pilot study examined the acceptability of the programme among 15 caregivers and whether their difficulties and distress involved in this role changed after intervention. Impact on the 14 eating disorder patients with was also explored. Assessments were undertaken at baseline (T<sub>0</sub>), at the end of the workshops (T<sub>1</sub>) and 3 months later (T<sub>2</sub>). After the intervention programme, the relatives' subjective caregiving

---

Este trabajo fue posible gracias al apoyo del Ministerio de Economía y Competitividad (contrato Ramón y Cajal RYC-2009-05092), de la Universidad Autónoma de Madrid a través del Programa de Doctorado de Excelencia y a una Beca Alianza 4 Universidades. Los autores agradecen la participación de todas las familias en el estudio.

*Correspondencia:* Ana Rosa Sepúlveda, Facultad de Psicología, Dpto. Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Campus de Cantoblanco, 28049 Madrid (España). E-mail: anarosa.sepulveda@uam.es

experience, their levels of expressed emotion and distress improved. The patients' recovery process was also affected positively –dysfunctional eating behaviours and affective symptoms decreased. These changes were maintained over time. The programme was highly valued by the carers, who expressed to be very satisfied and to have learnt to better recognise and understand the symptoms. The intervention is presumed to be beneficial for both caregivers and patients, although results should be replicated with larger samples.

KEY WORDS: *psychoeducational intervention, family, eating disorders, follow-up.*

## Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) tienen su inicio en la adolescencia, se presentan principalmente en mujeres y en ocasiones pueden ser confundidos con problemáticas de adolescente pudiendo pasar desapercibidos. La misma negación del problema por parte del adolescente puede retrasar el diagnóstico por el profesional. Los tratamientos pueden alcanzar una duración media de entre 4 y 6 años, con tasas de recaídas elevadas y un porcentaje de cronificación que alcanza el 20% (Keel y Brown, 2010). Asimismo, se ha señalado el impacto de las enfermedades psiquiátricas en los miembros de la familia que asumen el papel de cuidador (Fadden, Bebbington y Kuipers, 1987). Los cuidadores familiares brindan una constante atención a costa de su propia salud física y mental y los efectos de la enfermedad alteran su rutina y clima familiar de forma intensa (Highet, Thompson y King, 2005; Martin *et al.*, 2011; Padierna *et al.*, 2013; Sepúlveda, Kyriacou y Treasure, 2009; Sepúlveda *et al.*, 2012; Vázquez-Arévalo, Ruiz-Martínez, Álvarez-Rayón, Mancilla-Díaz y Suck-Antonio, 2010).

La Guía Nacional Sanitaria (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, responsable de promover el tratamiento eficaz en los trastornos mentales) recomienda que la familia debe ser incluida en el tratamiento de los TCA. En general, las pruebas apoyan la utilidad de las intervenciones con la familia en los TCA dirigidas a la calidad de vida de los cuidadores y, a su vez, pueden resultar en mayores beneficios para los pacientes.

Un tipo de intervención familiar son los programas de psicoeducación grupal, impartidos de forma independiente al tratamiento del paciente. Los programas de psicoeducación suelen combinar la información o educación sobre la enfermedad (síntomatología, etiología, evolución, tratamientos, importancia del estrés ambiental/familiar, etc.) con algún tipo de abordaje de solución de problemas. Para algunos trastornos, como esquizofrenia o trastorno bipolar, se han desarrollado multitud de programas de psicoeducación y estudiado ampliamente sus consecuencias beneficiosas tanto en familiares como en la evolución de la enfermedad de los pacientes, en su tasa de recaídas o en la adherencia al tratamiento (Lucksted, McFarlane, Downing y Dixon, 2012). Sin embargo, para los TCA el desarrollo de programas de psicoeducación ha sido más reciente. Sólo se han encontrado cinco programas para familiares tras una búsqueda exhaustiva de la literatura (Geist, Heinman, Stephens, Davis y Katzman, 2000; Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005; Sepúlveda, Lopez, Todd, Whitaker y Treasure, 2008; Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki y Someya, 2001; Zucker,

Ferriter, Best y Brantley, 2005), de los cuales sólo tres evalúan su impacto. Por una lado, Geist *et al.* (2000) evaluaron los efectos en pacientes, con un seguimiento de cuatro meses, pero no en los cuidadores. Estos autores, al comparar la psicoeducación con la terapia familiar, concluyeron que ambos tratamientos fueron igualmente eficaces para el control del peso de las pacientes, aunque la psicoeducación es un método menos caro. Por otro lado, Uehara *et al.* (2001) demostraron que un programa de psicoeducación y de entrenamiento en solución de problemas disminuía la ansiedad y la emoción expresada (EE) de los familiares al tiempo que mejoraba la sintomatología de los pacientes, aunque no evaluaron si esos cambios se mantuvieron en el tiempo. Y, por último, Sepúlveda *et al.* (2008) concluyeron que una intervención familiar para promover conocimiento y habilidades de comunicación consiguió un menor impacto de la enfermedad en los familiares y otros beneficios en su experiencia de cuidado. Este equipo realizó un seguimiento tres meses después y observaron que los cambios se mantuvieron en el tiempo. Sin embargo, no evaluaron las consecuencias en los pacientes. Por tanto, ningún programa de psicoeducación ha sido valorado tanto en familiares como en pacientes, a la vez que evaluando que los cambios se mantengan en el tiempo. Además, existe escasa información sobre ensayos clínicos basados en este tipo de intervención grupal familiar en TCA (Goddard *et al.*, 2011), por lo que no se puede determinar que un programa de psicoeducación específico sea superior a otro.

En el presente trabajo, presentamos el desarrollo de un nuevo programa estructurado grupal dirigido específicamente a familiares de pacientes con un TCA. El nuevo "Programa de psicoeducación familiar para TCA" se basó en un programa anterior de Fairburn (2008) para pacientes con TCA que ha demostrado una excelente eficacia (Fairburn *et al.*, 2009) y que se ha adaptado a los familiares. Se llevó a cabo un estudio piloto con tres objetivos: 1) determinar el nivel de satisfacción y de aceptación por parte de los familiares con los contenidos del programa; 2) explorar los cambios tras la intervención, tanto en los familiares (examinando si los talleres redujeron sus dificultades generales y específicas, el malestar psicológico y la EE) como en los pacientes (conductas alimentarias, ansiedad y depresión y malestar psicológico) y 3) evaluar si los cambios se mantenían después de tres meses.

## Método

### *Participantes*

Para este estudio piloto los participantes fueron reclutados de forma consecutiva de la Unidad de Día del Centro de Salud Mental de Usera del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Un total de 15 familiares y 14 pacientes formaron parte de la muestra.

El grupo de familiares estuvo mayormente compuesto por mujeres (93,3%), fundamentalmente madres (86,7%), casados (80%), con graduado escolar o un nivel educativo inferior (53,3%) y empleados (53,3%). La edad media de los familiares fue de 54,9 años ( $DT= 8,2$ ). El 73,3% convivía con su familiar enfermo.

La media de tiempo que pasaban familiares y pacientes juntos fue de 57,5 horas/semana ( $DT= 54,2$ ).

Respecto al grupo de pacientes, la mayoría eran chicas (92,9%) con una edad media de 25,4 años ( $DT= 6,1$ ). En el momento de entrar en el estudio, el 28,6% presentó un diagnóstico de anorexia nerviosa (AN), el 28,6% de bulimia nerviosa (BN) y el 42,9% de TCA no especificado (TCA-NE) según criterios del DSM-IV-R (APA, 2002). Presentaban el trastorno desde hacía 4,7 años de media ( $DT= 3,7$ ). El nivel de estudios fue en el 92,9% de los casos de bachillerato o superior (frente al 7,1% con graduado escolar como máximo). El 42,9% estaba trabajando frente al 50% que estaba en desempleo y un 7,1% que estudiaba. El 61,5% tenía pareja.

### *Instrumentos*

Dentro del protocolo de evaluación, se incluyeron medidas sociodemográficas de los familiares y los pacientes (sexo, edad, nivel educativo, situación laboral, estado marital), así como el parentesco, el tiempo de contacto y el tipo de convivencia entre ambos. En el caso de los familiares se utilizaron los siguientes instrumentos:

- “Cuestionario de percepción de la enfermedad-breve” (*Brief Illness Perception Questionnaire*, IPQ-Brief; Broadbent, Petrie, Main y Weinman, 2003). Evalúa las percepciones de los familiares sobre el TCA mediante 8 ítems (consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, comprensión y respuesta emocional) evaluados en una escala de 0 a 10 y un ítem abierto (causas). Se utiliza la puntuación global calculada a partir de los 8 primeros ítems. El rango de puntuaciones posible es de 0 a 80. Quiles, Terol, Tirado y Beléndez (2007) validaron en España la versión original del IPQ (Moss-Morris *et al.*, 2002) y Broadbent *et al.* (2003) demostraron que ambas versiones se correspondían. Una puntuación alta refleja una visión de la enfermedad más amenazante para el familiar.
- “Cuestionario de salud general” (*General Health Questionnaire*, GHQ-12; Goldberg, 1992). Mide morbilidad psiquiátrica y malestar psicológico en las dos últimas semanas. Esta versión de 12 ítems puntúa en una escala de cuatro puntos (0, 1, 2, 3), cuyo rango de puntuaciones va de 0 a 36. Cuenta con una consistencia interna de 0,87. Mayores puntuaciones indican un mayor malestar psicológico.
- “Inventario de la experiencia como cuidador” (*Experience Caregiving Inventory*, ECI; Szmukler *et al.*, 1996). Un total de 66 ítems con un formato tipo Likert de cinco opciones de respuesta (de “0” a “4”) evalúan la experiencia general de cuidado del familiar en el último mes. 52 ítems de la escala miden aspectos negativos del cuidado en ocho áreas diferentes (rango de 0 a 208). Puntuaciones más altas se refieren a valoraciones más negativas de la experiencia de cuidado. Hay también una escala positiva (14 ítems, 2 áreas que miden experiencia personal positiva y buena relación con el paciente), cuyo rango va de 0 a 56. Puntuaciones más altas refieren valoraciones más positivas de la experiencia de cuidado. Ha sido validado en

población española (Sepúlveda, Graell *et al.*, en prensa), presentando todas las subescalas una consistencia interna entre 0,67 y 0,90.

- “Escala de impacto de los síntomas de los trastornos alimentarios” (*Eating Disorders Symptom Impact Scale*, EDSIS; Sepúlveda, Whitney, Hankins y Treasure, 2008). Consta de 24 ítems referidos al impacto que los síntomas alimentarios tienen en el cuidador, es decir, mide la experiencia específica de cuidar en TCA. Concretamente, sus cuatro subescalas evalúan: el impacto de la nutrición, de la culpa, del aislamiento social y de conductas disfuncionales. El rango posible de puntuaciones global va de 0 a 96. Se ha validado en población española (Carral-Fernández, Sepúlveda, Gómez del Barrio, Graell y Treasure, 2013) presentando una excelente consistencia interna para la escala total ( $\alpha=0,88$ ). A mayor puntuación, una valoración más negativa en aspectos específicos de cuidado.
- “Cuestionario familiar” (*Family Questionnaire*, FQ; Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg, 2002). Es un cuestionario que evalúa la emoción expresada (EE) de los familiares hacia el paciente. Consta de 20 ítems distribuidos igualmente en dos subescalas: comentarios críticos (CC) y sobreimplicación emocional (SiE), evaluados de 1= “muy raramente” a 4= “frecuentemente”. El rango para cada subescala va de 10 a 40. Sepúlveda, Anastasiadou *et al.* (2014) han realizado la validación española, obteniendo una consistencia interna satisfactoria para ambas subescalas (CC:  $\alpha=0,82$  y SiE:  $\alpha=0,81$ ). Una puntuación mayor es indicador de mayores niveles de EE.
- Para evaluar la aceptabilidad de los talleres por parte de los familiares se utilizaron dos medidas. Por un lado, se registró la asistencia a las sesiones (tasa de participación) y se calculó la tasa de respuesta a las evaluaciones en forma de porcentaje. Por otro lado, los familiares rellenaron tras la última sesión un cuestionario de 9 ítems diseñado *ad hoc* para medir su grado de satisfacción con el programa. Valoraron en una escala de 0 a 10 los contenidos específicos recibidos clasificados en 5 ítems: 1) Diagnóstico y causas, 2) Preocupación obsesiva por el peso y la figura, 3) Consecuencias médicas, 4) Síntomas relacionados con la comida, y 5) Recursos y terapias para el tratamiento. Asimismo, tuvieron que valorar de 0 a 10 los talleres en general en términos de: 6) interés “¿Los talleres eran lo que esperaba?”, 7) utilidad “¿Cree que los talleres serán útiles para mejorar su experiencia como cuidador?” y 8) ayuda – “¿Siente que los talleres le han proporcionado herramientas con las que ayudar a la mejoría de su familiar?”. Y, finalmente, contestaron una pregunta abierta comentando los talleres.

Para evaluar a los pacientes se utilizaron los siguientes instrumentos:

- “Test de actitudes alimentarias” (*Eating Attitudes Test*, EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Este cuestionario que consta de 26 ítems que evalúan actitudes y conductas asociadas a los TCA (bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral), con seis opciones de respuestas que van desde “nunca” hasta “siempre” (rango posible de puntuaciones de 0 a 78). Las características psicométricas de la validación española del cuestionario con población femenina adolescente (Gandarilla, Zorrilla,

Sepúlveda y Muñoz, 2003) fueron similares ( $\alpha= 0,88$ ) a las de la versión original. Puntuaciones más altas reflejan conductas alimentarias más disfuncionales.

- “Escala hospitalaria de ansiedad y depresión” (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala consta de dos subescalas, ansiedad y depresión, cada una compuesta de 7 ítems con cuatro alternativas de respuesta puntuadas de 0 a 3. Traducida y validada en español en muestra clínica (Quintana *et al.*, 2003), quienes obtuvieron una fiabilidad mayor de 0,86 para cada subescala. Posteriormente, se ha validado en población general con una fiabilidad similar (Terol *et al.*, 2007). A mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad o depresión.
- “Cuestionario de salud general” (*General Health Questionnaire*, GHQ-12; Goldberg, 1992). Ya descrito en las medidas de familiares.

### Procedimiento

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético del Hospital 12 de Octubre y la participación en el estudio fue voluntaria. Los participantes fueron evaluados al inicio de la intervención ( $T_0$ ), al final de la intervención ( $T_1$ ) y en un seguimiento a los 3 meses de la finalización de los talleres ( $T_2$ ). Todas las medidas se obtuvieron a través de cuestionarios de lápiz y papel. A continuación se presenta una descripción del programa de intervención.

### DESCRIPCIÓN DEL “PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR PARA TCA”

El programa de psicoeducación consta de 6 sesiones-talleres de dos horas de duración cada una, llevadas a cabo quincenalmente en el plazo de tres meses. El contenido de las sesiones está especificado en la tabla 1. Los grupos están compuestos de 7 a 9 familias. El programa fue desarrollado por los autores con base en el modelo de Fairburn (2008) y siguiendo la estructura y las dinámicas del nuevo modelo colaborativo familiar de Treasure *et al.* (Sepúlveda *et al.*, 2008). Se ha desarrollado un manual y material en formato diapositivas *power point* para cada sesión, de forma estructurada como apoyo para trabajar en cada sesión-taller de padres. Los objetivos del programa son identificar y comprender los síntomas del TCA, conocer los recursos de tratamiento y ofrecer una perspectiva realista que ayude a reducir el estigma. La metodología incluye distintas actividades en parejas, debates y tareas de reflexión quincenales que se recogen al inicio de cada sesión.

Cada sesión está dirigida por una psiquiatra, una enfermera y una psicóloga con amplia formación en habilidades clínicas básicas y en intervención terapéutica grupal, tanto para pacientes como para padres. Posteriormente, se realizaron modificaciones para reducir texto y hacer gráficos más sencillos, se matizaron las dinámicas para hacerlas más atractivas y se fue adoptando un lenguaje más coloquial y apropiado para los padres.

Los padres participantes firmaron el consentimiento informado con las normas del grupo, que incluyen la confidencialidad de los temas tratados y el respeto por la intimidad del resto de participantes. Se recomendó no comentar de

forma específica ni detallada los temas tratados en cada sesión con el familiar enfermo, aunque sí con otros familiares cercanos. Los autores invitan a los lectores interesados en obtener una copia del manual a ponerse en contacto con ellos.

*Sesión 1. Presentación de los TCA.* Se inicia la sesión con la presentación de las normas del grupo. Seguidamente, se deja un tiempo para que en parejas se presenten a otro participante como “madre o padre de”, haciéndolo posteriormente de forma individual a todo el grupo. Asimismo, se les pide que comenten en parejas qué saben de los TCA, contestándose de forma grupal. A lo largo de esta discusión, el profesional que lidera presentará la enfermedad de forma exteriorizada como una “falsa amiga”, que estrecha las necesidades y emociones de sus hijos y arriesga su vida. A través de viñetas se presentan las características clínicas y los subtipos diagnósticos.

*Sesión 2. Consecuencias asociadas al TCA.* Los padres participan, tras la primera parte de repaso de la sesión anterior, comentando en pareja y luego en el grupo los aspectos de la salud de sus hijos que más les preocupan e impactan en la familia. El profesional les explicará las consecuencias que en un principio y a corto plazo pueden aliviar el malestar de sus hijos, pero que a medio y largo plazo les perjudican gravemente. Describirá cómo esta “falsa amiga” afecta a nivel biomédico, psicológico, social y familiar. Lo hará desde dos perspectivas, el cómo afecta desde la desnutrición y desde la obesidad. Esta sesión aporta información relevante de los comportamientos disfuncionales y funcionales de cada familia.

*Sesión 3. Causas asociadas al TCA. ¿Cómo se explica? (I).* Los padres participan y contestan en grupo a preguntas sobre las causas de la enfermedad de sus hijos. Se favorece que surjan en el grupo los mitos, creencias y expectativas (positivas o negativas) sobre la recuperación. Se presentarán los mitos más comunes por parte de los familiares, con respuestas objetivas basadas en las pruebas. En esta sesión, se enseñará el modelo multicausal de TCA (Lask y Frampton, 2011; Toro, 1996) –previamente a la enfermedad confluyen diversos factores predisponentes, sobre los que se producen los factores precipitantes y conflictos emocionales relacionados a aspectos propios de la adolescencia y adultez joven, a los que los hijos intentan dar una solución como pueden escogiendo a la FA que marca la sobrevaloración de la figura y el peso en detrimento de otros aspectos que configuren su autoestima. Esta respuesta se perpetuará a través de los factores mantenedores de la enfermedad.

*Sesión 4. Factores de mantenimiento. ¿Cómo se explica? (II).* Los padres discuten en parejas qué explicación ofrecen ellos al mantenimiento de la enfermedad y si han observado cambios en los síntomas a lo largo del tiempo. El profesional que lidera presentará el modelo transdiagnóstico (Fairburn, 2008). Después, se discuten en el grupo las distintas funciones de los síntomas (sobreingesta, dieta restrictiva, autoevaluación basada en el peso, etc.) o, dicho de otro modo, en qué sentido la “falsa amiga” encadena a sus hijos. Se irán ofreciendo explicaciones asequibles e ilustradas de modelos biopsicosociales para ayudar a entender el mantenimiento de los síntomas de sus hijos (Brunch, 1973; Fonagy, 2005; Mahoney y Mahoney, 1985; Orbach, 1985; Vasquez Echevarria, 2004; Williams, Williams, Desmarais y Ravenscroft, 2003).

*Sesión 5. ¿Cómo puedo ayudar yo?* Los padres discuten en parejas sobre lo que han aprendido que les sirva para ayudar a sus hijos. El profesional que lidera describirá tres posibles déficit o necesidades de sus hijos, de los cuáles se aprovecha la “falsa amiga”: 1) el perfeccionismo o autoexigencia, 2) la impulsividad, y 3) la baja autoestima. Se trata de obtener del grupo formas más tolerantes de actuar y relacionarse con el familiar enfermo.

*Sesión 6. ¿Cómo pueden ayudar los profesionales?* Se les pregunta a los padres de forma grupal qué recursos y tratamientos tienen o han tenido sus hijos. Posteriormente, el profesional describirá todos los recursos públicos sanitarios que ofrece el sistema nacional de salud. Para terminar, se les recomienda que sigan en contacto y que pasen sus teléfonos y correos entre los miembros del grupo.

**Tabla 1**

Descripción del “Programa de psicoeducación familiar para trastornos del comportamiento alimentario (TCA)”

Módulo I. El TCA	
<p>Sesión 1. Presentación de los TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es un TCA?</li> <li>• Diagnóstico y características generales</li> <li>• Subtipos. Externalizar la enfermedad (“falsa amiga”)</li> <li>• Prevalencia y epidemiología</li> <li>• Curso y pronóstico</li> </ul>	<p>Sesión 2. Consecuencias asociadas al TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias psicológicas</li> <li>• Consecuencias sociales/familiares</li> <li>• Consecuencias físicas y riesgos para la salud</li> </ul>
Módulo II. Cómo se produce el TCA	
<p>Sesión 3. ¿Cómo se explica? (I): causas asociadas al TCA</p> <p>Modelo multicausal del TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitos y realidades sobre el TCA</li> <li>• Factores predisponentes</li> <li>• Factores precipitantes</li> <li>• Factores mantenedores</li> </ul>	<p>Sesión 4. ¿Cómo se explica? (II): factores de mantenimiento del TCA</p> <p>Modelo transdiagnóstico del TCA</p> <p>Perspectivas psicoanalíticas y relacional sistémica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupaciones extremas sobre el cuerpo y el peso</li> <li>• Dieta extrema</li> <li>• Comer compulsivamente</li> <li>• Función del síntoma del TCA: regulación emocional a través de los síntomas</li> </ul>
Módulo III. Tratamiento del TCA	
<p>Sesión 5. ¿Cómo puedo ayudar yo? Hijos y padres frente a la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceso de motivación al cambio</li> <li>- Líneas generales de afrontamiento</li> </ul> </li> <li>• Hijo enfermo ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vómitos autoinducidos</li> <li>- Mal uso de diuréticos y laxantes</li> <li>- El ejercicio físico en el TCA: sobreejercicio vs. ejercicio supervisado</li> </ul> </li> <li>• Relación entre padres e hijos ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciclos de interacción en torno a la emoción expresada</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sesión 6. ¿Cómo pueden ayudar los profesionales?</p> <p>Recursos públicos para el tratamiento del TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto de tratamiento</li> <li>• Coordinación multidisciplinar</li> <li>• Red de tratamiento</li> <li>• Niveles de cuidado</li> <li>• Niveles de atención</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• Unidad de TCA</li> <li>• Tratamiento ambulatorio</li> <li>• Tratamiento psicofarmacológico</li> <li>• Tratamiento psicoterapéutico</li> </ul>



### Análisis estadístico

Los análisis fueron realizados con el programa SPSS versión 15.0 (SPSS, 2006). Se calcularon los descriptivos (medias, desviaciones típicas y/o porcentajes) de todas las medidas sociodemográficas, clínicas y psicológicas. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk y se comprobó que las variables seguían una distribución normal. La evolución de las distintas variables a lo largo de los distintos momentos ( $T_0$ ,  $T_1$  y  $T_2$ ) y los cambios producidos en las mismas se analizaron mediante análisis de la varianza (ANOVA). Previamente, se realizó el test de Mauchly para la asunción de la esfericidad. En los casos en los que se encontró significación en las comparaciones globales, se llevaron a cabo comparaciones por pares siguiendo un efecto principal significativo del tiempo (pruebas *post hoc* de Bonferroni). Finalmente, se calculó la *d* de Cohen para indicar la magnitud de la diferencia de grupo entre cada par de intervalos de tiempo. Según su autor (Cohen, 1998), un tamaño del efecto de 0,2 a 0,30 sería un efecto “pequeño”, alrededor de 0,50 sería un efecto “medio” y a partir de 0,80 sería “alto”.

Aunque el número de análisis estadísticos es superior al permitido para fijar el error tipo I en el habitual 5%, no se hicieron correcciones debido a la naturaleza exploratoria de la investigación. Por esa misma razón, a pesar de que se consideró como diferencia significativa el valor  $p < 0,05$ , las tendencias a la significación ( $p = 0,06-0,20$ ) también se tuvieron en cuenta.

## Resultados

### Aceptabilidad y viabilidad del programa

La tasa de participación de los familiares en los talleres fue elevada, un 93,3% de los cuidadores lo completaron (definido como asistir a 4 sesiones o más). La tasa de respuesta en el postratamiento ( $T_1$ ) fue 100% ( $n = 15$ ) y 73,3% ( $n = 11$ ) en el seguimiento a los tres meses ( $T_2$ ). Los familiares (14 de 15) completaron al final de la última sesión el cuestionario de satisfacción sobre los talleres de psicoeducación recibidos.

En cuanto a los pacientes, la tasa de respuesta a los cuestionarios fue 92,9% ( $n = 13$ ) para la evaluación  $T_1$  y 71,4% ( $n = 10$ ) para la evaluación de seguimiento  $T_2$ .

En cuanto a los contenidos específicos del programa y su nivel de satisfacción, la mayoría consideró que les habían ayudado mucho los contenidos referentes al diagnóstico y las causas (puntuación  $\geq 7$ : 13/14 familiares; nota media global = 7,7), les pareció útil entender la preocupación y obsesión de la persona afectada por el peso y la figura (puntuación  $\geq 7$ : 12/14;  $M = 7,7$ ), también les ayudó conocer las consecuencias que podría tener el TCA (puntuación  $\geq 7$ : 13/14;  $M = 8,1$ ), les sirvió para enfrentarse a los síntomas relacionados con la comida (puntuación  $\geq 7$ : 10/14;  $M = 7,7$ ) y consideraron de gran utilidad conocer los recursos y terapias disponibles para el tratamiento de las personas con un TCA (puntuación  $\geq 7$ : 12/14;  $M = 7,6$ ).

En general, la mayoría consideró que los talleres cumplieron en gran medida sus expectativas (dando una puntuación  $\geq 7$ : 9/14 familiares;  $M = 7,2$ ), es decir, los

contenidos y objetivos de la intervención les parecieron interesantes. Les fueron muy útiles para mejorar su experiencia como cuidadores (puntuación  $\geq 7$ : 13/14 familiares;  $M= 8,6$ ) y sintieron que les proporcionaron herramientas para poder cuidar mejor (puntuación  $\geq 7$ : 12/14;  $M= 8,2$ ).

Finalmente, en respuesta a la pregunta abierta sobre si los talleres les habían proporcionado herramientas para ayudar a su familiar, los participantes mencionaron haber ganado conocimientos prácticos sobre el trastorno de sus familiares y de servir de ayuda para su rol como cuidadores. Los talleres fueron muy valorados también por ofrecer la posibilidad de encuentro con otras personas en circunstancias similares.

*Cambios en la percepción sobre el trastorno alimentario, la experiencia de cuidado, el malestar y la emoción expresada de los cuidadores tras la intervención*

El malestar psicológico de los familiares, las valoraciones subjetivas sobre la enfermedad, la EE y su experiencia de cuidado en el periodo  $T_0$ ,  $T_1$  y  $T_2$  se muestran en la tabla 2. Dado que las pruebas de esfericidad de Mauchly para los distintos análisis no fueron estadísticamente significativas, no se necesitó hacer correcciones en los análisis ANOVA. En general, los resultados del ANOVA de medidas repetidas demostraron un descenso significativo del malestar psicológico de los cuidadores según el GHQ-12, así como de la experiencia de cuidado general negativa (ECI) a lo largo del tiempo tras la intervención. Las comparaciones *post hoc* de Bonferroni revelaron que las reducciones fueron significativas sólo entre línea base y seguimiento para el nivel de malestar psicológico según el GHQ-12 ( $T_2 < T_0$ ), aunque también se encontraron tendencias a la significación en la experiencia negativa de cuidado (ECI) entre la línea base y el seguimiento ( $T_2 < T_0$ ) y tras la intervención y el seguimiento ( $T_2 < T_1$ ).

Los resultados revelaron también claras tendencias a la significación. Se observó una experiencia de cuidado general cada vez más positiva para los familiares (ECI), sobre todo entre línea base y al final de la intervención ( $T_1 > T_0$ ), así como una reducción del impacto específico del TCA (EDSIS). Además, los niveles de EE (FQ), tanto de los niveles de comentarios críticos hacia la paciente como los niveles de sobreimplicación, también fueron en descenso; especialmente, los niveles de SIE en el seguimiento. Por último, se observó que la percepción amenazante que tuvieron del trastorno (IPQ-Breve) también descendió a lo largo del tiempo afectado por la intervención, sobre todo entre línea base y seguimiento ( $T_2 < T_0$ ), aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística.

En resumen, todos los cambios producidos por la intervención en los diferentes aspectos de los cuidadores se mantuvieron en el seguimiento ( $T_2 = T_1$ ) e, incluso, continuaron mejorando, como es el caso de la experiencia negativa de cuidador y los niveles de SIE ( $T_2 < T_1$ ). Los tamaños del efecto para las relaciones comentadas fueron medios (de 0,45 a 0,72).

**Tabla 2**  
Distribución de las puntuaciones de los cuidadores a lo largo del tiempo ( $T_0$ ,  $T_1$  y  $T_2$ )

Variables	N	Línea de base ( $T_0$ ) N= 15 M(DT)	Postintervención ( $T_1$ ) N= 15 M(DT)	Seguimiento ( $T_2$ ) N= 11 M(DT)	Comparaciones globales		Comparaciones por pares	
					$T_0-T_1-T_2$		$T_0-T_1$	$T_0-T_2$
					Estadístico <sup>∞</sup> (p)		d de Cohen	
Percepción de la enfermedad (IPQ-Breve)	8	40,50 (5,81)	35,00 (14,91)	35,50 (8,67)	1,03 (0,35)	0,52	<b>0,72<sup>+</sup></b>	0,04
Malestar Psicológico (GHQ-12)	11	12,45 (5,87)	9,45 (3,56)	10,45 (5,63)	6,51 <sup>~</sup> ( <b>0,04</b> )	0,65	<b>0,36<sup>*</sup></b>	0,22
Experiencia negativa de cuidado (ECI)	11	73,27 (28,24)	66,09 (33,87)	56,45 (37,04)	4,99 ( <b>0,04</b> )	0,24	<b>0,54<sup>+</sup></b>	<b>0,28<sup>+</sup></b>
Experiencia positiva de cuidado (ECI)	11	33,82 (7,83)	37,64 (9,97)	36,36 (9,82)	2,95 ( <b>0,08</b> )	<b>0,45<sup>+</sup></b>	0,30	0,14
Experiencia específica de cuidado (EDSIS)	11	19,00 (9,14)	15,00 (9,64)	13,18 (12,07)	3,17 ( <b>0,10</b> )	0,45	0,57	0,17
EE-CC (FQ)	11	18,00 (5,04)	17,18 (3,19)	15,64 (3,67)	2,04 ( <b>0,16</b> )	0,19	0,54	0,47
EE-SIE (FQ)	11	25,00 (5,06)	24,36 (4,11)	22,00 (4,63)	4,07 ( <b>0,06</b> )	0,15	<b>0,65<sup>+</sup></b>	<b>0,57<sup>*</sup></b>

Notas: <sup>∞</sup>= ANOVA medidas repetidas (F); p= en negrilla, lo significativo (p=<0,05) o con tendencia a la significación (p= 0,05-0,20). \* Es significativo (p≤ 0,05) según la prueba *post hoc* de Bonferroni:  $T_2 < T_0$  en GHQ-12,  $T_2 < T_1$  en FQ-SIE. <sup>+</sup>Tendencia a la significación (p= 0,05-0,20) según la prueba *post hoc* de Bonferroni:  $T_2 < T_0$  y  $T_2 < T_1$  en ECI-negativa;  $T_1 > T_0$  en ECI-positiva;  $T_2 < T_0$  en FQ-SIE.

### Cambios en la sintomatología alimentaria y los síntomas afectivos de los pacientes tras la intervención

Los cambios en la sintomatología alimentaria de los pacientes, sus niveles de ansiedad y depresión y su malestar psicológico en  $T_0$ ,  $T_1$  y  $T_2$  están en la tabla 3. Las comparaciones globales (ANOVA) mostraron una mejora estadísticamente significativa en cuanto a los síntomas alimentarios (EAT-26) y el nivel de malestar de los pacientes (GHQ-12). Asimismo, a un nivel estadísticamente no significativo pero sí en tendencia, se observa que los niveles de ansiedad y depresión (HADS) fueron disminuyendo a lo largo del tiempo, con la excepción de la ansiedad en el momento del seguimiento que, en lugar de bajar, subió ( $T_2 > T_1$ ), con una magnitud del efecto de 0,73.

Al comparar específicamente entre los diferentes tiempos a lo largo del programa (comparaciones *post hoc* de Bonferroni), se observó que los síntomas alimentarios decrecieron significativamente, pero no inmediatamente después de la intervención a sus cuidadores ( $T_1 = T_0$ ) –a pesar de un descenso clínico– sino a los tres meses ( $T_2 < T_1$  y  $T_2 < T_0$ ). Los síntomas afectivos (ansiedad, depresión y malestar psicológico) también cambiaron significativamente a los 3 meses de seguimiento. Concretamente, los niveles de depresión ( $T_2 < T_0$  y  $T_2 < T_1$ ) y el malestar psicológico ( $T_2 < T_0$ ). Los tamaños del efecto para las relaciones comentadas fueron grandes (de 0,70 a 2,23).

**Tabla 3**

Distribución de las puntuaciones de las pacientes a lo largo del tiempo ( $T_0$ ,  $T_1$  y  $T_2$ )

Variables	n	Línea de base ( $T_0$ )	Postintervención ( $T_1$ )	Seguimiento ( $T_2$ )	Comparación global	Comparación por pares		
		$N= 14$	$N= 13$	$N= 10$	$T_0-T_1-T_2$	$T_0-T_1$	$T_0-T_2$	$T_1-T_2$
		$M (DT)$	$M (DT)$	$M (DT)$	Estadístico <sup>∞</sup> ( $p$ )	$d$ de Cohen		
Actitudes ante la Alimentación (EAT-26)	7	33,29 (14,15)	20,86 (9,03)	10,71 (4,42)	10,29 <b>(0,002)</b>	1,13	<b>2,23*</b>	<b>1,54*</b>
Ansiedad (HADS)	9	10,44 (2,88)	9,78 (2,82)	11,67 (2,78)	1,77 <b>(0,20)</b>	0,25	0,46	0,73
Depresión (HADS)	9	11,56 (2,70)	10,78 (2,00)	9,56 (1,67)	5,07~ <b>(0,08)</b>	0,35	<b>0,94*</b>	<b>0,70+</b>
Malestar Psicológico (GHQ-12)	9	19,56 (11,51)	15,89 (11,17)	8,89 (10,45)	3,57 <b>(0,052)</b>	0,34	<b>1,00*</b>	0,69

Notas: <sup>∞</sup>= ANOVA medidas repetidas (F);  $p=$  en negrilla, lo significativo ( $p < 0,05$ ) o con tendencia a la significación (0,05-0,20). \*Es significativo ( $p \leq 0,05$ ) según la prueba *post hoc* de Bonferroni:  $T_2 < T_0$  y  $T_2 < T_1$  en EAT-26. +Tendencia a la significación ( $p=0,05-0,20$ ) según la prueba *post hoc* de Bonferroni:  $T_2 < T_0$  y  $T_2 < T_1$  en Depresión (HADS);  $T_2 < T_0$  en GHQ-12.

## Discusión

El objetivo de este estudio piloto fue presentar el "Programa de psicoeducación familiar para TCA" y evaluar su aceptabilidad e impacto en una muestra de cuidadores y pacientes adultos ambulatorios. La adherencia a la intervención fue alta, mostrando que fue bien aceptada (14/15 familiares vinieron a un mínimo de cuatro sesiones). El contenido y la forma de los talleres fueron juzgados como relevantes y de utilidad. El feedback cualitativo sugirió que los cuidadores aprendieron de los talleres sobre la enfermedad padecida por su familiar y que esto además repercutió positivamente en su estado emocional, sus habilidades de manejo con ellos y en su experiencia de cuidado. Además de estos, hubo otros beneficios expresados fruto del encuentro con otras personas en una situación similar. El formato de psicoeducación tiene como beneficio principal el adoptar un enfoque no patológico de dinámica grupal, de contacto con iguales que mantienen experiencias y preocupaciones similares, principalmente centrado en que los familiares aprendan información acerca del trastorno, por oposición a tratamientos clínicos que ignoran a la familia o a tratamientos con sesiones familiares puntuales individualizadas.

Los resultados también parecieron indicar que los beneficios de participar en las sesiones del programa de psicoeducación incluyeron una reducción en el nivel de malestar general y dificultades inherentes al cuidado de alguien con un TCA. Estos cambios se mantuvieron a lo largo del tiempo; concretamente, los beneficios se mantuvieron al mismo nivel tras tres meses en comparación con el momento justo después de la intervención. Todo esto se relacionó con dimensiones generales y específicas de su rol como cuidadores, así como con sus niveles de EE, malestar y amenaza percibida de la enfermedad. Estos resultados son consistentes con los estudios previos que encontraron efectos positivos de realizar grupos de psicoeducación (Uehara *et al.* 2001) y/o centrados en habilidades (Sepúlveda *et al.* 2008; Zucker *et al.* 2005) para cuidadores de personas con trastornos alimentarios. Ningún estudio de esta índole se ha efectuado con anterioridad en España. Por tanto, estos resultados sugieren que estos talleres son beneficiosos para personas que cuidan de una persona adulta con TCA en nuestro contexto. Futuros estudios con muestras más amplias deberían confirmarlos.

En el presente estudio se explora también el impacto de la intervención en los pacientes y en la enfermedad, lo que ha permitido profundizar en el efecto que pueda tener el programa en la eficacia de los cuidadores como tales. Los resultados al respecto han sido muy alentadores, al encontrarse consecuencias positivas también sobre los pacientes –en línea con los únicos dos estudios anteriores, Geist *et al.* (2000) y Uehara *et al.* (2001). Se observó una mejora tanto en las conductas alimentarias disfuncionales como en los síntomas afectivos y en el malestar general (GHQ-12). Curiosamente, esta mejora no se produjo inmediatamente después de la intervención sino a los tres meses del seguimiento. Parece razonable pensar que los cuidadores en ese tiempo asimilaron y pusieron en práctica todo lo aprendido durante los talleres; se requirió tiempo para que los cambios producidos en los cuidadores tuvieran su efecto en sus familiares enfermos. Podemos inferir que el descenso de los niveles de sobreimplicación

emocional (SiE) de los cuidadores hacia los pacientes tras el periodo de seguimiento, también influyó en esas mejoras, en línea con los estudios que remarcan la estrecha relación entre los niveles de EE y la sintomatología alimentaria (Medina-Pradas, Navarro, Lopez, Grau y Obiols, 2011).

Este estudio piloto es un paso ineludible para examinar la aceptación y viabilidad del programa intervención para las familias, es un paso necesario para poder evaluar posteriormente la eficacia del mismo. El *feedback* cualitativo sugiere que los cuidadores fueron capaces de captar los conceptos y que los beneficios a corto plazo de asistir a los talleres fueron evaluados positivamente. Lo que sí permite valorar este estudio es las técnicas e información utilizadas en el programa, recomendando que se adopte de forma estandarizada como parte del tratamiento de las familias que acuden a un dispositivo de Salud Mental y pudiendo servir de complemento a la intervención individual de los pacientes. Las tendencias de los cambios, ofrecen resultados alentadores, sin embargo, podría ser que las mejoras en la experiencia de cuidado y en el malestar de los cuidadores, así como en los síntomas de los pacientes, fueran simplemente cambios espontáneos en el tiempo o el resultado de efectos no específicos, como atención o apoyo, más que de los procedimientos y contenidos enseñados en los talleres. Para evaluar la eficacia de esta intervención, sería necesario un diseño de ensayo aleatorizado controlado. En esta línea, nuestro grupo está llevando a cabo una comparación entre el presente "Programa de psicoeducación familiar para TCA" y el "Programa Maudsley de Intervención con Familias de TCA" (Sepúlveda *et al.* 2008). Asimismo, de cara a futura investigación, se recomiendan también estudios con seguimientos más amplios para examinar si los cambios se mantienen a más a largo plazo.

En definitiva, esta intervención parece que puede ayudar tanto a cuidadores a cargo de una persona con un TCA en tratamiento ambulatorio como al propio enfermo. Se sabe que el tratamiento recomendado como elección primaria para los TCA es el ambulatorio (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2009), recayendo el cuidado mayormente sobre los familiares. Los hallazgos preliminares del presente estudio piloto sugieren que el "Programa de psicoeducación familiar para TCA" es aceptable, viable y rentable en cuanto a coste y beneficios y recomienda su uso y más estudios de su eficacia.

## Referencias

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2009). *Guía de práctica clínica (GPC) sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. y Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Bruch, H. (1973). Thin fat people. *Journal of the American Medical Women's Association*, 28, 187-188.
- Carral-Fernández, L., Sepúlveda, A. R., Gómez del Barrio, A., Graell, M. y Treasure, J. (2013). The Spanish validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) among caregivers. *Psychiatry Research*, 25, S0165-1781.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Nueva Jersey, NJ: Routledge.

- Fadden, G., Bebbington, P. y Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 285-292.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York: Guilford.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A. y Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 311-319.
- Fonagy, P. (2005, abril). *Eating disorders and dysfunctional attachment: a focus on mentalization*. Comunicación presentada en el 7th London International Eating Disorders Conference, Londres, Reino Unido.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, E. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Documentos Técnicos de Salud Pública, Instituto de Salud Pública.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, *12*, 871-878.
- Geist, R., Heinman, M., Stephens, D., Davis, R. y Katzman, D. K. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, *45*, 173-178.
- Goddard, E., Macdonald, P., Sepulveda, A., Naumann, U., Landau, S., Schmidt, U. y Treasure, J. (2011). Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *British Journal of Psychiatry*, *199*, 225-231.
- Goldberg, D. P. (1992). *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Windsor: NFER-Nelson.
- Highet, N., Thompson, M. y King, R. M. (2005). The experience of living with a person with an eating disorder: the impact on the carers. *Eating Disorders*, *13*, 327-344.
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B., Vloet, T. y Hagenah, U. (2005). Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen Program. *Eating Disorders*, *13*, 381-390.
- Keel, P. y Brown, T. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*, 195-204.
- Lask, B. y Frampton, I. (2011). *Eating disorders and the brain*. Chichester: Wiley & Sons.
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D. y Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*, 101-21.
- Mahoney, M. J. y Mahoney, K. (1985). *Permanent weight control*. Nueva York: Norton & Company.
- Martín, J., Padierna, A., Aguirre, U., Quintana, J. M., Hayas, C. L. y Muñoz, P. (2011). Quality of life among caregivers of patients with eating disorders. *Quality of Life Research*, *20*, 1359-1369.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A. y Obiols, J. E. (2011). Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology. *Appetite*, *57*, 743-748.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. y Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, *17*, 1-16.
- Orbach, S. (1985). Accepting the symptom: a feminist psychoanalytic treatment of anorexia nervosa. En D. Garner y P. Garfinkel (dir.), *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia nervosa*. Nueva York: Guilford.

- Padierna, A., Martín, J., Aguirre, U., González, N., Muñoz, P. y Quintana, J. M. (2013). Burden of caregiving amongst family caregivers of patients with eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 151-161.
- Quiles, Y., Terol, M. C., Tirado, S. y Beléndez, M. (2007). Estructura factorial de la versión española del "Cuestionario de Percepción de Enfermedad Revisado" (IPQ-R) en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 82, 9-22.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C. Graell, M. y Vaz, F. (en prensa). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder: differences in expressed emotion by gender. *Psicothema*.
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Almendros, C., Berbel, E., Andrés, P., Carrobes, J. A. (en prensa). Psychometric properties of the Spanish version of the Experience Caregiving Inventory (ECI) for carers of people with eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobes, J. A. y Morandé, G. (2012). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20, e78-84.
- Sepúlveda, A. R., Kyriacou, O. y Treasure, J. (2009). Development and validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *BCM Health Services Research*, 9, 171.
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W. y Treasure, J. (2008). An examination of the impact of Maudsley Eating Disorder Collaborative Care Workshops on the well-being of family members: A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 584-591.
- Sepúlveda, A. R., Whitney, J., Hankins, M. y Treasure, J. (2008). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 28.
- Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). V.15.0 (2006). Chicago, IL: SPSS Inc.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S. y Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13, 163-176.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S. I. y Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 132-138.
- Vasquez Echevarria, A. (2004). Estudio de la teoría de la adicción a los carbohidratos. *Revista Itinerario*, Año 1, N°1. Recuperado el 22 de Noviembre de 2011, desde: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/Estudiodelateoriadelaadiciona loscarbohidratos.htm>
- Vázquez-Arévalo, R., Ruiz-Martínez, A. O., Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M. y Suck-Antonio, T. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastornos del comportamiento alimentario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 105-117.



- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265-279.
- Williams, G., Williams, P., Desmarais, J. y Ravenscroft, K. (2003). *Exploring eating disorders in adolescents: the generosity of acceptance*. Londres: Karnac.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zucker, N. L., Ferriter, C., Best, S. y Brantley, A. (2005). Group parent training: a novel approach for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 391-405.

RECIBIDO: 13 de agosto de 2013

ACEPTADO: 7 de enero de 2014