



Valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria[‡]

Arturo Chávez Flores**

Resumen

El ambiente emocional de la familia ha sido estudiado, encontrándose como factor pronóstico en trastornos psiquiátricos. La emoción expresada (EE) es un constructo que permite entender los mecanismos de recaída y clasificar las relaciones de la vida familiar y la expresión de los síntomas. **Objetivos:** Investigar la correlación entre el nivel de EE y severidad sintomatológica del trastorno de conducta alimentaria (TCA) y examinar el poder predictivo de EE en relación con el curso clínico. **Material:** 42 pacientes que cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV para algún TCA fueron evaluados. Se evaluó severidad sintomatológica con escala Yale-Brown-Cornell para TCA. La EE se midió con Cuestionario-Encuesta-Evaluación de Guanilo-Seclén. **Método:** Se realizó evaluación diagnóstica y aplicación de instrumentos al inicio y a 6 meses de tratamiento a pacientes y familiares responsables. Se utilizó estadística descriptiva, análisis de medidas repetidas, correlación de Pearson, prueba de T para muestras relacionadas y para análisis estructural se validó por medio de AMOS. **Resultados:** El cambio en el nivel de hostilidad se correlacionó con mejoría en la severidad de la sintomatología del TCA, significativamente en las conductas rituales alimentarias. **Conclusión:** La EE aparece como un predictor significativo del curso de los TCA.

Palabras clave: Emoción expresada, trastornos de conducta alimentaria, gravedad sintomatológica.

Summary

The emotional environment in the family has been studied and it has been found out as a predicting factor in psychiatric disorders. Emotion Expressed (EE) is a construct which allows us to understand the relapse mechanisms. **Objectives:** This study's goal is to review EE predictive efficiency regarding the clinical course followed by ED patients during a six-month follow-up. To research the correlation existing between the EE level and the symptomatic severity of the ED. **Material:** Forty-two patients, fulfilling the DSM-IV diagnostic criteria for some ED. The Yale-Brown-Cornell Scale for ED was used to evaluate the degree of symptomatic severity. Guanilo-Seclén's Questionnaire-Survey-Evaluation was used to measure the EE level. **Method:** The diagnostic evaluation and the instruments application were conducted at the onset of the study and after a six-month treatment period, both to patients and responsible relatives. Descriptive statistics, repeated measures analysis, Pearson's correlation, and the T Test for related samples were used for the statistical analysis. The structural analysis was validated through AMOS. **Results:** The change in the hostility was correlated with an improvement in the ED symptomatic severity, specially in the eating behavior rituals. **Conclusion:** EE seems to be a significative predictor in the course followed by ED.

Key words: Expressed emotion, eating behavior disorders, symptomatic severity.

INTRODUCCIÓN

El estudio del ambiente emocional de la familia ha sido profundamente investigado en los trastornos psiquiátricos y se ha encontrado como un factor pronóstico. Brown y cols. encontraron que las actitudes emocionales de los familiares hacia sus pacientes esquizofrénicos estaban relacionadas con recaídas en la sintomatología.¹ Posteriormente, varios estudios lograron medir estas actitudes combinando las escalas de comentarios críticos, hostilidad

[‡] Trabajo realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

* Coordinador del CEINA Anorexia-Bulimia. Puebla, Pue.

Correspondencia:

Dr. Arturo Chávez Flores
15 Sur 707-Desp 205, Puebla, Pue. 72000,
Correo electrónico: chavezfa@mexico.com

Aceptado: 12-02-2007

y sobreinvolucramiento emocional sobre sus familiares enfermos.¹⁴ La EE es un constructo que permite medir actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica, y que a partir de ello es mensurable en los familiares.⁶ La crítica es referida como comentarios u observaciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen factores desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente. La sobreprotección está compuesta por elementos de autosacrificio o malestar emocional, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. Se considera hostilidad cuando el paciente recibe agresión con actitudes, palabras o comportamientos de los familiares, independientemente de sus propias conductas, y refleja una dificultad en tolerar y comprender la situación familiar del enfermo.⁸ En sus hallazgos encontraron que aquellas familias que presentaban niveles altos de emoción expresada también presentaban altos niveles de crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional, produciendo recaídas sintomáticas u hospitalizaciones subsecuentes. Trabajos posteriores han establecido la validez predictiva del constructo de EE en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos y médicos.^{5,10}

Tal como las familias de los pacientes esquizofrénicos, las familias de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria han sido ampliamente estudiadas y se ha encontrado que son familias con ambientes de soporte inadecuado a sus miembros y con problemas de cohesión, así como de expresión abierta de las emociones. En particular, las familias de pacientes con anorexia tienen altos niveles de cohesión, bajos niveles de expresividad y bajos niveles de conflicto;¹¹ y aunque la bulimia es también un trastorno alimentario, los ambientes familiares se diferencian ya que se han descrito como desorganizados, con altos niveles de conflictividad y de hostilidad.² Y en las familias de los pacientes con trastorno por atracones se ha observado que tienen poca cohesión e interés para expresar honestamente sus emociones, con mayores niveles de conflicto, limitadas en el énfasis de independencia, así como costumbres más rígidas y controladoras que los otros grupos de pacientes con TCA.⁴

El presente estudio examina el poder predictivo del constructo EE en relación con el curso clínico de los TCA, así como la finalidad de investigar la correlación entre el nivel de EE y la severidad sintomatológica del TCA.

MÉTODO

Sujetos

Se evaluaron 60 pacientes, y a sus familiares responsables, los cuales eran pacientes de la consulta externa de la Clí-

ca de TCA del Instituto Nacional de Psiquiatría y que reunieron criterios diagnósticos del DSM-IV,⁹ para anorexia, bulimia o trastorno de la alimentación no especificado (TANE). De los pacientes evaluados inicialmente, sólo 42 cumplieron los requisitos de la segunda evaluación realizada a los 6 meses. De estos 42 pacientes 41 eran mujeres y uno hombre, con una media de edad de 20 años (rango 14-45). En cuanto al estado civil 4 eran casadas y 38 solteras. Media escolaridad: 10.8 años (rango 8-16). Once cumplieron criterios diagnósticos para anorexia, 17 bulimia y 14 TANE. Se evaluó también a los familiares responsables, los cuales debían tener convivencia con el paciente por lo menos durante tres meses previos al estudio y continuar en convivencia con él hasta la segunda evaluación, a los 6 meses. Tuvieron como familiar responsable a la madre un 78.5%, al padre 14.2% y al esposo 7.2%.

Instrumentos

Emoción expresada

Esta emoción expresada, tal como se definió, se refiere a un índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica, y que a partir de ello es mensurable en los familiares, los cuales expresan crítica, hostilidad o actitudes de sobreinvolucramiento. Esta EE se evaluó mediante la autoaplicación del cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) aplicada al familiar responsable.³ Está conformada por 30 reactivos, que miden tres componentes: la crítica, la sobreprotección y la hostilidad. La calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la emoción expresada es más alta.

SEVERIDAD SINTOMATOLÓGICA

Los pacientes con trastornos de la alimentación presentan un amplio rango de preocupaciones y/o rituales. Las preocupaciones son definidas como ideas, pensamientos, imágenes o impulsos que entran en la mente, de forma repetida, y que pueden ocurrir en contra de la voluntad. Los rituales son definidos como conductas o actos, a los cuales se siente impulsado a realizar. Las preocupaciones pueden incluir cualquier comida, peso, apariencia que repetidamente ocurren en el paciente. Los rituales pueden incluir, cualquier conducta o acto relacionado con el alimento, el comer, la apariencia o el peso y el ejercicio. La escala Yale-Brown-Cornell para trastornos de la alimentación (YBC EDS) se ha elaborado para evaluar la severidad de la sintomatología, tomando en cuenta los síntomas de las preocupaciones y

rituales.¹² Esta escala fue adaptada de la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Los síntomas principales (p.e. preocupaciones y rituales) son determinados, y después evaluados en términos de tiempo de ocupación, interferencia del funcionamiento, ansiedad acusada y disminución del control sobre los síntomas.¹³

Método

Se realizó una evaluación diagnóstica y aplicación de instrumentos al inicio del estudio a pacientes y familiares responsables, así como también se evaluó la asistencia al grupo psicoeducativo por parte de los familiares responsables. Este estudio consiste en 4 sesiones, en el cual se otorga la información básica del diagnóstico, se analizan las complicaciones médicas del TCA, y se ofrecen algunos puntos de ayuda familiar y una orientación nutriológica.

En cuanto a los pacientes se evaluó su apego al tratamiento médico durante los 6 meses del estudio, tomando en cuenta el 70% de asistencia como punto de corte. Finalmente se les aplicó instrumentos para evaluación del nivel de EE a los familiares responsables y el YBCEDS a los pacientes para medir la severidad sintomatológica a los 6 meses de tratamiento.

Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva, análisis de medidas repetidas, correlación de Pearson, prueba de T para muestras relacionadas, y para el análisis estructural se validó por medio de AMOS.

RESULTADOS

Se evaluaron 42 pacientes con una media de edad de inicio del padecimiento de 16.02 años (rango 13-36). Y en cuanto a los años de evolución una media de 4.91 (rango 1-26). En cuanto a su apego al tratamiento el 66.6% tuvo buen apego y el 33.3% mal apego.

De los 42 familiares, 17 de ellos tenían una EE alta en la primera evaluación. De estos 17, 15 (88.23%) disminuyeron a baja EE en la segunda evaluación. En los 15 familiares que mejoró la EE, el 57.14% asistió al grupo psicoeducativo y el 66.6% de sus pacientes tuvieron un buen apego al tratamiento.

En cuanto a la severidad sintomatológica de su padecimiento, de los 42 pacientes evaluados, 38 tenían un puntaje alto de severidad sintomatológica en el YBCEDS, disminuyendo a severidad moderada el 44.7% (17 pac.) en la reevaluación. De estos 17 pacientes el 58.8% de sus familiares asistieron al grupo psicoeducativo y el 82.35% de ellos tuvieron un buen apego al tratamiento. Treinta y tres de los 42 pacientes tuvieron una alta severidad en los síntomas alimentarios y en 14 de ellos se redujo, en la segunda eva-

luación, de una alta severidad a severidad leve o moderada. En todos disminuyó la puntuación de la subescala de rituales centrales. Ocho de estos 14 tenían en su familiar responsable una alta EE, la cual disminuyó en el nivel, reflejándose como una baja EE en la segunda evaluación.

Al realizar el análisis estadístico para los niveles de EE, así como de las subescalas de crítica, sobreprotección y hostilidad entre los diferentes grupos de pacientes (anorexia, bulimia, TANE's) no se encontraron diferencias significativas.

Al analizar las interacciones de los familiares que asistieron al grupo psicoeducativo con el apego de los pacientes a su tratamiento, en las medias marginales, se encontró que disminuían significativamente aquéllos en los cuales los familiares sí asistieron al grupo y que conjuntamente los pacientes tenían un buen apego al tratamiento, tal como puede observarse en la figura 1.

En cuanto a los resultados de los efectos intersujetos se observó significancia en aquellos que tuvieron buen apego y asistencia al grupo, específicamente en los niveles de EE y en la subescala de hostilidad. Estos resultados se encuentran en el cuadro 1.

Para observar si había modificación entre los niveles de puntuación, en sus medias, con respecto a las dos evaluaciones realizadas en las subescalas del YBCEDS y EE, así como en los puntajes totales, se realizó el análisis, encontrando que los rituales centrales, el puntaje total del YBC, los niveles de hostilidad y del puntaje total de EE tenían cambios significativos entre la primera y la segunda eva-

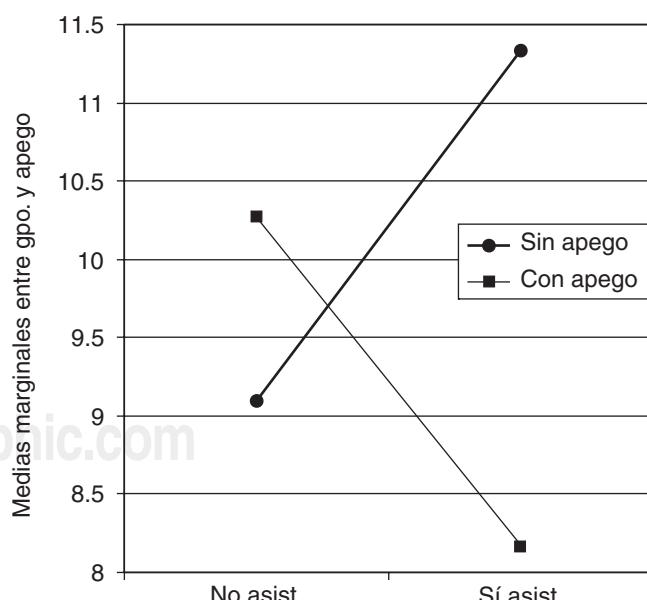


Figura 1. Interacción entre grupo y apego con rituales centrales.

luación. Los resultados se pueden visualizar en el cuadro II, así como en las figuras 2 y 3 en donde se evaluó la interacción del grupo psicoeducativo con respecto del apego al tratamiento, tanto en el nivel de hostilidad como en el puntaje total en la emoción expresada.

Al realizar correlación de Pearson para el cambio de las subescalas de cada instrumento, entre las dos evaluaciones, se indica que existió un cambio significativo en todas ellas. Esto se puede corroborar en el cuadro III.

Y al realizar el análisis de ruta estructural se confirmó el ajuste de los datos empíricos al diagrama de trayectorias con una significancia $\chi^2 = 5.181$ y p estricta de 0.00., tal como puede observarse en la figura 4.

DISCUSIÓN

La crítica y la hostilidad reflejada por los familiares responsables son los elementos que, se encontró, tenían modificaciones significativas con la asistencia de los familiares al grupo psicoeducativo y con apego al tratamiento por parte de los pacientes mismos. Este cambio en las conductas de crítica y hostilidad se correlaciona con una mejoría en la severidad de la sintomatología del trastorno alimentario, reflejado en disminución de las conductas rituales de los pacientes. Existe evidencia de que las intervenciones familiares tienen el efecto de proveer nuevas estrategias para enfrentar la enfermedad de sus pacientes, tal como se ha observado en algunos estudios en donde el clima familiar de los pacientes con TCA es el mayor predictor del trastorno;⁷ por lo que el tratamiento familiar y la psicoeducación han sido intervenciones diseñadas para la ayuda de los familiares y les permiten afrontar los eventos estresantes de la enfermedad de un familiar, así como provocar

el cambio de las actitudes hacia un mayor soporte, crítica menos destructiva y menor sobreinvolucramiento emocional. Con los hallazgos encontrados en nuestro

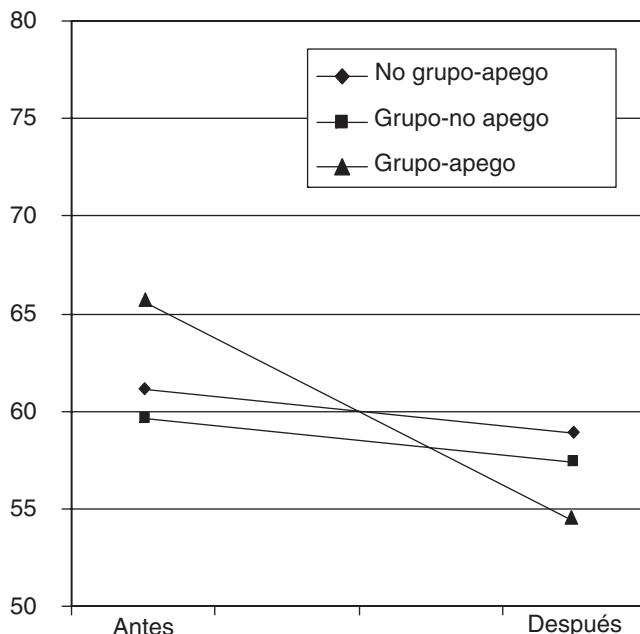


Figura 2. Interacción del grupo psicoeducativo con respecto del apego al tratamiento.

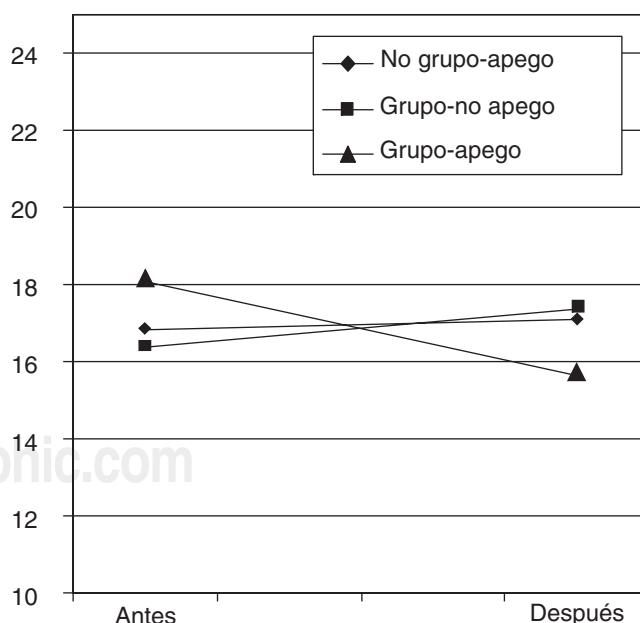


Figura 3. Interacción del grupo psicoeducativo con respecto del apego al tratamiento.

Cuadro I. Efectos intersujetos (tiempo) utilizando Lambda de Wils para significancia.

	Tiempo	Tiempo-grupo	Tiempo-apego	Tiempo-grupo-apego
Preocupaciones	*			
Rituales	*			
Total YBC-EDS	*			
Crítica	*			
Hostilidad	*		*	
Sobreprotección	*			
EE	*		*	

* Significancia < 0.01

Cuadro II. Comparación del nivel de puntuación entre la evaluación inicial y a los 6 meses.

	1ra. Evaluación (medias)	2da. Evaluación (medias)	t	Significancia
Preocupaciones	12.21	9.51	5.71	.228
Rituales	11.34	7.04	6.01	.005
Total YBCEDS	23.31	16.48	6.01	.044
Crítica	23.62	19.53	3.00	.078
Hostilidad	21.4	17.9	3.01	.044
Sobreprotección	24.85	20.58	4.52	.251
EE	65.68	56.85	4.36	.005

Cuadro III. Correlación de Pearson para el cambio de las subescalas de cada instrumento.

	Preocupaciones	Rituales	Puntaje total YBCEDS	Crítica	Sobreprotección
Preocupaciones					
Rituales	.670**				
Puntaje total YBCEDS	.808**	.951**			
Crítica	.238	.406**	.352*		
Sobreprotección	.378*	.417**	.435*	.579**	
Hostilidad	.359*	.356*	.386*	.259	.482**
Emoción expresada	.402**	.499*	.491**	.815**	.886**

* Correlación significativa a 0.05

** Correlación significativa a 0.01

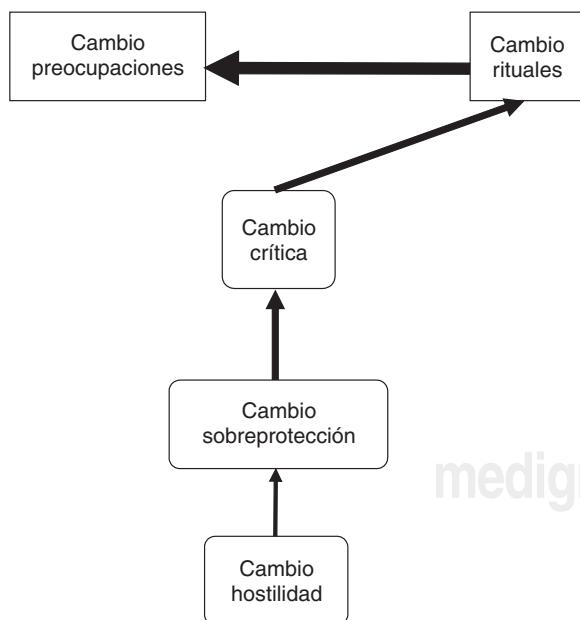


Figura 4. Diagrama de trayectorias de cambio de las subescalas del YBCEDS y EE.

estudio nos permite decir que la creación de grupos psicoeducativos y de apoyo a los familiares es de importancia para el tratamiento conjunto de los TCA. Y aunque esto no nos da la certeza de que el manejo familiar cambie el curso de la enfermedad, sí ayuda a disminuir la severidad de las recaídas. Esto tal vez sea por los cambios importantes en el clima familiar, cuando se ve al paciente como un verdadero enfermo que sufre un padecimiento. Ya que los familiares con una baja EE tienden a ser más tolerantes con las conductas de su paciente y menos impacientes con él, correlacionando que los pacientes que viven con menor crítica y hostilidad tienen un menor riesgo de recaída. Sin embargo, habrá que realizar estudios específicos que permitan evaluar el cambio que se produce en los familiares con el apoyo psicoeducativo.

La EE adquiere así un valor importante en el campo de los trastornos psiquiátricos, en nuestro caso en los TCA, ya que es un factor predictor de recaída que permite una intervención psicológica en los familiares, apreciando también como un predictor significativo del curso de los TCA.

La medición del nivel de EE en los familiares responsables puede ser empleada para ayuda diagnóstica y terapéutica en los pacientes con TCA.

REFERENCIAS

1. Brown M, Birley J, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder. *Br J Psychiatry* 1972; 121: 241-258.
2. Fornari V, Woderezyk K, Bisaga K, Matthe M, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL. Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comp Psychiatry* 1999; 40(6): 434-444.
3. Guanilo JV, Seclen YM. Relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad mental y el nivel de emoción expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externos del INSM HD-HN. *Tesis para optar el Título profesional de enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina*. Lima, Perú, 1993.
4. Hodges E, Cochrane C, Brewerton T. Family characteristics of binge eating disorder patient. *Int J Eat Disor* 1998; 23: 145-151.
5. Koenigsber HW, Klausner E, Pellino D, Rosnick P, Campbell R. Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1114-1115.
6. Koenigsber HW, Handley R. Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1361-1373.
7. Laliberte M, Boland FJ, Leichner P. Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *J Clin Psychol* 1999; 55(9): 1021-1040.
8. Magaña AB, Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Karna M, Jenkins J, Fallon RH. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research* 1987; 17: 203-212.
9. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Masson, Barcelona, 1995.
10. Miklowitz D, Goldstein MJ, Nuechterlein K, Zinder K, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 225-231.
11. Minuchi S, Rossman BL, Becker L. *Familias psicosomáticas: Anorexia nervosa en contexto*. Barcelona, Gedisa, 1989.
12. Mazure CM, Halmi KA, Sunday SR, Romano SJ, Einhorn AM. The Yale-Brown-Cornell Eating disorder Scale: Development, Use, Reliability and Validity. *J Psychiat Res* 1994; 28: 425-445.
13. Sunday SR, Halmi KA, Einhorn A. The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology. *Int J Eat Disord* 1995; 3: 237-245.
14. Vaughn C, Zinder K, Jones S, Freeman W, Falloon I. Family factors in schizophrenic relapse: replication in California of British research on expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1169-1177.