

# ***Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en psicopatología y ajuste social***

**Alberto ESPINA EIZAGUIRRE**  
**María Asunción ORTEGO SÁENZ DE CALDERÓN**  
**Íñigo OCHOA DE ALDA APELLÁNIZ**  
*Universidad del País Vasco*

## ***Resumen***

Se investiga la eficacia de dos intervenciones *Terapia Familiar Sistémica* (TFS) y *Grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo para las pacientes* (GAP+TG), aplicadas durante un año, para mejorar la psicopatología y el ajuste social en pacientes ambulatorios con trastornos de la alimentarios (TA). Setenta y un sujetos con TA según criterios diagnósticos del DSM-IV fueron asignados aleatoriamente a los dos tipos de intervención y evaluados con la *Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded* (BPRS-E), la *Symptoms Check List* (SCL-90-R), el *Beck Depression Inventory* (BDI), la *Self Anxiety Scale* (SAS) y la *Social Adjustment Scale Self Report* (SAS-SR) al inicio y fin del tratamiento. Ambas intervenciones mostraron mejorías significativas en la evaluación postratamiento, siendo los resultados mejores en la TFS frente a la GAP+TG, especialmente en pacientes con bulimia nerviosa. Los resultados avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la psicopatología y el ajuste social en pacientes ambulatorios con TA.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, terapia familiar sistémica, grupo de apoyo de padres, terapia de grupo, psicopatología, ajuste social.

## ***Abstract***

The efficacy of two interventions -systemic family therapy (SFT) and parents' support group + group therapy (PSG+GT)- to improve psychopathology and social adjustment, was investigated in outpatients with eating disorders (ED) for one year.

---

*Dirección de los autores:* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Av. de Tolosa 70. 20018 San Sebastián. *Correo electrónico:* ptpeseia@ss.ehu.es

Este estudio ha sido financiado por la Universidad del País Vasco con la Beca UPV 006.231-HA152/95.

Seventy one participants with ED (according to criteria from DSM-IV) were randomly assigned to one of two treatment groups and assessed with the Brief Psychiatric Rating Scale, SCL-90-R, BDI, Self Anxiety Scale and the Social Adjustment Scale at the beginning and at the end of treatment. Both treatments revealed significant improvement at posttreatment. SFT produced significantly greater improvement than did PSG+GT, especially in patients with bulimia nervosa (BN). The results provide support for the efficacy of this type of interventions to improve psychopathology and social adjustment in outpatients with eating disorders.

*Key words:* eating disorders, systemic family therapy, group therapy, parents' support group, psychopathology, social adjustment.

Desde hace décadas, numerosos autores han señalado que focalizar el estudio del cambio producido por las intervenciones psicosociales en los trastornos alimentarios (TA) en la ganancia de peso, recuperación de la regla y conductas alimentarias adecuadas es simplista y que el cambio en psicopatología y ajuste social es al menos tan importante como en las otras variables (Bruch, 1973; Crisp, 1980; Garfinkel y Garner, 1982). Hall y Crisp (1987) destacaban que tanto el cambio en la conducta alimentaria, como el psicológico son importantes y que estos últimos requieren muchas veces intervenciones más prolongadas.

La terapia familiar de los trastornos alimentarios (TA) adquirió un gran auge desde la aparición del estudio del equipo de la clínica de guía infantil de Filadelfia (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) que ofrecía unos resultados alentadores, un 86% de remisiones en anorexia nerviosa frente al 40-50% de otro tipo de intervenciones. Este trabajo, aunque no fue un ensayo controlado y las pacientes eran jóvenes y con una historia de la enfermedad no superior a tres años (factores de buen pronóstico según los datos hallados por Dare, Eisler, Russell y Szmukler, 1990), destacó la necesidad de intervenir en las familias en los casos de trastornos alimentarios re-

cogiendo las aportaciones del modelo sistémico (Minuchin, 1974; Selvini, 1974). Después del estudio pionero de Minuchin, *et al.* (1978), otros autores (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998; Stierlin y Weber, 1989) han publicado estudios de seguimiento de intervenciones familiares en TA. Los resultados de estos estudios, al igual que el de Minuchin, *et al.* (1978) son controvertidos al no haber controlado las condiciones del tratamiento ni los seguimientos y no ofrecer tratamientos comparativos en el mismo momento, con asignación aleatoria a los grupos de intervención.

Respecto a los ensayos controlados, el grupo del Maudsley Hospital ha realizado varios estudios en los que se comparaban intervenciones familiares e individuales (Dare, Eisler, Colahan, Crowther, Senior y Asen, 1995). En el primer ensayo, finalizado en 1985, se ofrecía terapia familiar y psicoterapia de apoyo individual durante un año, a un grupo de pacientes con TA (Russel, Szmukler, Dare y Eisler, 1987; Russell, Dare, Eisler y Le Grange, 1993; Dare, 1983; Dare *et al.* 1990; Dare y Szmukler, 1991; Szmukler, Eisler, Russell y Dare, 1985; Szmukler y Dare, 1991). Los mejores resultados en terapia familiar se daban en pacientes en los que el trastorno había aparecido antes de los 18 años y llevaban menos de tres años con el TA. En el

segundo ensayo se incluyeron pacientes anoréxicas y bulímicas con bajo peso con cuadros más graves y de más duración y se incluyó otra intervención: psicoterapia psicoanalítica individual (Malan, 1976). La TF era más efectiva para las pacientes que habían empezado en la adolescencia y para bulímicas de bajo peso (Russel *et al.* 1993). En el tercer ensayo se comparó: a) consejo familiar en sesiones con los padres y la paciente por separado, y b) terapia familiar conjunta. En ambas intervenciones se trabajaba la estructura familiar (Minuchin, 1974) y la emancipación (Haley, 1980). Los dos tratamientos resultaron efectivos (Le Grange, Eisler, Dare y Russell, 1992). En el cuarto ensayo, se ofrece terapia familiar, psicoterapia psicoanalítica focal y un programa de tratamiento psiquiátrico de apoyo, con contactos poco frecuentes, para pacientes adultos (Colahan, 1995).

Hall y Crisp (1987) realizaron un ensayo controlado con pacientes anoréxicas en el que comparaban 12 sesiones de consejo dietético con 12 sesiones de terapia familiar e individual combinada. En el seguimiento al año ambas intervenciones consiguieron mejorías significativas, el consejo dietético fue mejor para recuperar peso y la terapia familiar e individual para mejorar el ajuste sexual y social. Posteriormente Crisp, Norton, Gowers, Halek, Bowyer, Yeldam, Levett y Bhat (1991) compararon tres intervenciones: tratamiento hospitalario, terapia familiar/individual ambulatoria y terapia de grupo ambulatoria. Las tres intervenciones consiguieron mejorías en ganancia de peso, recuperación de la regla y ajuste social y sexual. Hubo abandonos en los tres tipos de intervención, especialmente en la terapia de grupo y los mejores resultados en ajuste social y sexual fueron en el grupo de terapia familiar/individual.

En cuanto a los grupos de padres varios autores han señalado la utilidad de este tipo de intervención, en el que se ofrece a los familiares una red social de apoyo y orientación psicoeducativa sobre los TA (Marner y Westerberg, 1987; Rogeber, 1990; Espina y Ortego, 1998), aunque no conocemos ensayos controlados sobre este tipo de intervención. La psicoterapia de grupo ha sido utilizada ampliamente en los TA, utilizando los modelos cognitivo-conductual, psicoeducativo, dinámico y fenomenológico-existencial (Osterheld, McKenna y Gould, 1987; Vandereycken, 1987; Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989; Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Vanderlinden y Vandereycken, 1988; Freeman, Barry, Dunkeld-turnbull y Henderson, 1988; Johnson, 1990; Eliot, 1990; Ehle, 1992; Rosenvinge, 1990; Lacey, 1983; Crisp *et al.* 1991), los resultados son variables, si bien hay recaídas, muchos pacientes mantienen su mejoría. El mayor problema en las intervenciones grupales es el de los abandonos en los primeros meses de la intervención (Yager, 1994).

El objetivo de este trabajo es comparar el cambio producido en psicopatología y ajuste social en pacientes con TA a los que se les aplicó dos tipos de intervenciones: 1) Terapia familiar sistémica (TFS), en la que se combinan sesiones familiares e individuales y 2) Grupo de apoyo de padres con terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG). Los cambios en conducta alimentaria han sido descritos en otro trabajo (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2000a) así como el cambio en la imagen corporal (Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2000b) y en alexitimia (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2000c). Una descripción detallada de la metodología empleada en este estudio puede verse en Espi-

na *et al.* (2000a), en este trabajo nos referiremos brevemente a los aspectos metodológicos, centrándonos en las diferencias entre la evaluación pretratamiento y posttratamiento en las variables señaladas.

## Método

### Muestra

La muestra está constituida por 71 casos: 14 con anorexia restrictiva (ANR), 22 con anorexia bulímica (ANB) y 35 con bulimia nerviosa (BN), que cumplen los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, [DSM-IV]*, (APA, 1994). Las características de la muestra se recogen en la tabla 1.

### Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas y de historia de la enfermedad se recogieron mediante una escala «ad hoc».

La patología alimentaria fue evaluada con:

- El *Eating Attitudes Test (EAT)*, de Garner y Garfinkel (1979).
- El *Bulimic Investigatory Test Edimburg (BITE)*, de Henderson y Freeman (1987).
- El *Eating Disorder Inventory (EDI)*, de Garner, Olmsted y Polivy (1983).
- La *Anorectic Behavior Observation Scale (ABOS)*, de Vandereycken, 1992).

La psicopatología fue evaluada con:

- La *Brief Psychiatry Rating Scale-Expanded (BPRS-E)*, de Lukoff, Nuechterlein y Ventura (1986), que es una escala heteroaplicada de síntomas compuesta por 24 ítems.

- La *Symptoms Check List (SCL-90-R)*, de Derogatis (1983), escala autoaplicada que recoge nueve dimensiones de síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres escalas de distres (índice global de severidad, IGS, índice de distres por síntomas positivos, IDSP, y total de síntomas positivos, PST).
- El *Beck Depression Inventory (BDI)*, de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaun (1961), que es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems y cuyos baremos para población española son: depresión ausente o mínima (puntuación menor a 12), depresión leve (entre 12 y 21), depresión moderada (entre 21 y 29), depresión grave (>30) (Conde y Franch, 1984).
- La *Self-Rating Anxiety Scale (SAS)*, de Zung (1971), que es un cuestionario de ansiedad autoaplicado de 20 ítems con 4 opciones de respuesta. La media para población española es de 35 y una puntuación superior a 45 indica la presencia de un cuadro ansioso (Conde y Franch, 1984).
- El *Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)*, de Weissman y Bothwell (1976) es un cuestionario autoaplicado de ajuste social que *evalúa de modo cuantitativo* las siguientes áreas: (1) Trabajo, (2) Tiempo libre, (3) Relaciones con la familia y (4) Relaciones con el otro sexo; y *evalúa de modo cualitativo*: (5) Ejecución (la calidad de ejecución en las tareas), (6) Conducta interpersonal, (7) Fricción con los demás, y (8) Sentimientos y satisfacción (recoge sentimientos de incapacidad, angustia, desinterés, soledad,

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas en la evaluación pretratamiento (Evaluación 0).

		TFS en ANR N= 14	TFS en ANB N= 12	TFS en BN N= 18	GAP+TG/ANB N= 10	GAP+TG/BN N= 17
EDAD	Media	18,66	19,17	22,50	20,30	21,18
	d.t.	3,99	4,09	6,04	6,41	3,66
EDAD INICIO	Media	15,64	16,08	17,28	16,60	17
	d.t.	2,90	2,64	2,19	3,17	2,43
MESES DE ENFERMEDAD	Media	33,59	34,92	57,83	35,80	54,41
	d.t. (rango)	30,88 (6-11)	20,08 (12-72)	52,20 (7-180)	34,91(6-98)	35,14 (12-137)
MESES DE HOSPITALIZACIÓN	Media	0,9	1,25	0,22	1,1	0,18
	d.t.	1,6	2,63	5,3	2,01	0,12
EDAD MENARQUIA	Media	12,64	13,08	13	12,50	13
	d.t.	1,34	0,9	1,41	1,27	1,34
PESO ACTUAL	Media	46,1	46,83	63,50	46,86	59,92
	d.t.	8,7	6,9	13,89	7,22	8,6
IMC	Media	16,21	16,82	22,79	17,08	22,00
	d.t.	1,98	1,32	3,86	1,06	2,44
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
	Normal			8 (44,4)		11 (64,7)
	Peso Bajo	9 (64,3)	7 (58,3)	5 (27,8)	6 (60)	3 (17,6)
	Sobrepeso			5 (27,8)		3 (17,6)
	Infrapeso	5 (35,7)	6 (41,7)		4 (40)	
SEXO	Hombre	1 (7,1)		2 (11,1)		
	Mujer	13 (92,9)	12 (100)	16 (88,9)	10 (100)	17 (100)
N.S.E.	Alto	3 (21,4)	5 (50)	10 (55,6)	5 (50)	5 (29,4)
	Medio	11(78,6)	6 (41,7)	6 (33,3)	4 (40)	9 (52,9)
	Bajo		1 (8,3)	2 (11,1)	1 (10)	3 (17,6)
MEDIO	Rural	3 (21,4)	2 (16,7)	4 (22,2)	1 (10)	1 (5,9)
	Urbano	11 (78,6)	10 (83,3)	14 (77,8)	9 (90)	16 (94,1)
REGLA	No	13 (92,9)	12 (100)	1 (5,6)	10 (100)	
	Irregular			10 (55,6)		6 (33,3)
	Si			5 (27,8)		11 (64,7)
	Hombre	1 (7,1)		2 (11,1)		

TFS = Terapia Familiar Sistémica. GAP + TG = Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo.  
 ANR = Anorexia Nerviosa Restrictiva. ANB = Anorexia Nerviosa Bulímica. BN = Bulimia Nerviosa.  
 NSE = Nivel Socioeconómico.

aburrimiento y resentimiento). En las tablas hemos usado los centiles, a mayor puntuación peor ajuste y viceversa.

La variable tratamiento se ha evaluado mediante una escala *ad hoc* que recoge datos sobre el número y frecuencia de las sesiones, miembros que acuden y duración del tratamiento.

### Tratamiento

Las intervenciones fueron:

A. *Terapia Familiar Sistémica*. Unifamiliar dirigida por uno o dos terapeutas, se realizaban sesiones familiares, con varios miembros e individuales. La media de sesiones fue de 26,17 (Dt. 9,3) y el rango 9-40. La terapia siguió el modelo integral

(Sluzki, 1983; Espina 1996) en el que se abordan la estructura, los procesos y los sistemas de creencias familiares. Los conflictos presentados se relacionan con la propia historia, las vivencias interiores, la historia transgeneracional y la interacción actual que tienen los miembros de la familia. En el estudio de un caso describimos detalladamente el proceso terapéutico seguido (Espina, 1997).

B. Los *Grupos de Apoyo de Padres* se realizaban en sesiones quincenales de una hora y media, durante un año, sumando 19 sesiones. En estos grupos la expresión emocional tiene gran importancia, así como el apoyo que se brindan los miembros del grupo. Cada grupo era coordinado por dos terapeutas (hombre y mujer) e integrado por padres de hijos de una patología: ANB o BN.

C. *Terapia de Grupo* para los pacientes. Se realizaba en sesiones semanales de una hora y media, durante un año, sumando 34 sesiones. Cada grupo fue coordinado por dos psicoterapeutas mujeres. Se siguió un modelo de psicoterapia breve de orientación gestáltica (Harper-Giufre y MacKenzie, 1992) focalizada en su situación vital actual y en las relaciones familiares. El mundo emocional tiene gran importancia en este abordaje. Se utilizaron las siguientes técnicas: fantasías dirigidas, polaridades, técnicas de relajación, role-playing, silla vacía, ejercicios de movimiento, escultura y tareas para casa.

### **Procedimiento**

La asignación de los sujetos a los grupos fue realizada al azar. Para los análisis estadísticos hemos dividido la muestra de dos formas: para estudiar los resultados por patologías hemos dividido la muestra en cinco grupos:

#### *Grupo 1:*

TFS en pacientes con ANR (n = 14)

#### *Grupo 2:*

TFS en pacientes con ANB (n = 12)

#### *Grupo 3:*

TFS en pacientes con BN (n = 18)

#### *Grupo 4:*

GAP+TG en pacientes con ANB (n = 10)

#### *Grupo 5:*

GAP+TG en pacientes con BN (n = 17)

Para estudiar la eficacia de cada intervención en todas las patologías hemos dividido la muestra en dos grupos: *Grupo TFS* (n = 44) y *Grupo GAP+TG* (n = 27). No se formó grupo de GAP+TG en pacientes con ANR porque no hubo suficientes casos y preferimos ofrecer terapia sistémica a los que acudieron, por ofrecer una ayuda individualizada y poder controlar mejor el riesgo de ingreso.

### **Análisis estadísticos**

Para estudiar la homogeneidad de los grupos en la evaluación pretratamiento hemos comparado las variables estudiadas por medio de los siguientes análisis estadísticos: Chi-cuadrado y Test exacto de Fisher para las variables cualitativas, el test no paramétrico de Mann-Whitney para las variables cuantitativas para comparar los grupos 2-4 (ANB) y 3-5 (BN); y T-Test para comparar los grupos TFS y GP+TG. Para estudiar las diferencias entre el pre y el posttratamiento fueron empleados los siguientes análisis: para las variables cuantitativas en los grupos 1 a 5, test no paramétrico de Wilcoxon y T-Test para los Grupos TFS y GAP+TG. Para las variables cualitativas dicotomizadas hemos utilizado el test no-paramétrico de McNemar para los grupos 1 a 5. El paquete estadístico utilizado ha sido

el *Statistical Package of Social Sciences (SPSS)* para Windows, versión 9.

## Resultados

En los dos primeros meses de la intervención abandonaron sus tratamientos siete casos (25,9%), tres de ellos con ANB y cuatro con BN asignados a la intervención GAP+TG. Fueron derivados a tratamiento hospitalario por riesgo de suicidio dos casos (4,5%), uno con ANB y uno con ANR asignados a TFS. En estos casos las familias eran muy desorganizadas y uno de los padres presentaba patología psiquiátrica grave; fueron admitidos con la idea de valorar las posibilidades de un tratamiento ambulatorio, ante la demanda de los familiares y el deseo de no ingresar a la paciente. Aunque hemos tratado casos semejantes en terapia ambulatoria, la caótica situación familiar nos llevó a decidir, al cabo de cuatro o cinco sesiones, que dicha terapia no ofrecía contención suficiente y fueron por tanto derivados a un servicio hospitalario. Los casos de abandonos y derivaciones no han sido incluidos en los análisis postratamiento.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos 2-4 y 3-5 en las variables estudiadas. El grupo de ANR no

se comparó con ninguno, pues solo había un tipo de intervención.

Al comparar la evaluación pre y posttratamiento en los grupos 1 a 5, hemos hallado mejorías significativas en psicopatología en todos los grupos: totales de BPRS, SAS y BDI. Respecto al SCL-90-R, encontramos las siguientes diferencias significativas: en todos los grupos hay mejoría en el índice global de severidad; en cuanto a las subescalas hallamos los siguientes cambios significativos:

*Grupo 1:* en depresión, obsesión-compulsión, depresión, hostilidad, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal.

*Grupo 2:* en todas excepto en ansiedad fóbica y psicoticismo.

*Grupo 3:* en ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, obsesión-compulsión y somatización.

*Grupo 4:* en todas excepto en ideación paranoide y somatización.

*Grupo 5:* en todas mejoría significativa. (Ver tablas 2 y 3).

Respecto al ajuste social total, la mejoría ha sido significativa en los grupos 1 ( $z = -2,240$ ;  $p = .02$ ), 3 ( $z = ,340$ ;  $p = .001$ ) y 4 ( $z = ,336$ ;  $p = .018$ ) y no lo ha sido en

Tabla 2. Resultados pre-post en sintomatología psiquiátrica (BPRS), ansiedad (SAS) y depresión (BDI) en los 5 grupos.

		TFS ANR			TFS ANB			TFS BN			GAP+TG ANB			GAP+TG BN		
		N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
BPRS	Rangos +	0			0			2			1			2		
	Rangos -	13			11			16			6			11		
	+/-	0	-3.18	.001	0	-2.93	.003	0	-3.44	.001	0	-2.19	.028	0	-2.83	.005
SAS	Rangos +	0			0			0			0			0		
	Rangos -	13			11			17			7			13		
	+/-	0	-3.18	.001	0	-2.94	.003	1	-3.62	.000	0	-2.36	.018	0	-3.18	.001
BDI	Rangos +	0			0			0			0			1		
	Rangos -	13			11			18			6			12		
	+/-	0	-3.18	.001	0	-2.93	.003	0	-3.72	.000	1	-2.20	.028	0	-2.94	.003

TFS = Terapia Familiar Sistémica. GAP + TG = Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo. ANR = Anorexia Nerviosa Restrictiva. ANB = Anorexia Nerviosa Bulímica. BN = Bulimia Nerviosa. BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale. SAS = Self-Rating Anxiety Scale. BDI = Beck Depression inventory.

Tabla 3. Resultados pre-post en los 5 grupos en el SCL90-R..

SCL-90-r		TFS			ANR			TFS ANB			TFS BN			GAP + TG ANB			GAP + TG BN		
		N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
Índice de Severidad Global	Rangos +	0			1			0			1			0			0		
	Rangos -	7			7			16			6			13					
	+/-	0	-2.36	.018	0	-2.38	.017	0	-3.51	.000	0	-2.19	.028	0	-3.18	.001			
Somatización	Rangos +	0			1			0			1			3					
	Rangos -	7			7			14			6			9					
	+/-	0	-2.37	.018	0	-2.38	.017	1	-3.29	.001	0	-2.11	.034	1	-2.19	.028			
Obsesión-Compulsión	Rangos +	1			1			0			1			2					
	Rangos -	6			6			14			6			10					
	+/-	0	-1.87	.061	0	-1.94	.015	1	-3.30	.001	0	-1.86	.063	1	-2.78	.005			
Sensibilidad Interpersonal	Rangos +	0			2			1			1			0					
	Rangos -	7			6			14			5			13					
	+/-	0	-2.37	.018	0	-2.10	.035	0	-3.29	.001	1	-1.78	.078	0	-3.18	.001			
Depresión	Rangos +	0			0			1			2			1					
	Rangos -	7			8			14			5			12					
	+/-	0	-2.37	.018	0	-2.52	.012	0	-3.32	.001	0	-1.61	.017	0	-3.11	.002			
Ansiedad	Rangos +	0			1			3			1			1					
	Rangos -	6			7			12			4			12					
	+/-	1	-2.20	.028	0	-2.31	.021	0	-2.90	.004	2	-1.76	.078	0	-2.90	.004			
Hostilidad	Rangos +	2			1			2			1			1					
	Rangos -	5			7			9			5			10					
	+/-	0	-1.70	.088	0	-1.68	.092	4	-2.58	.010	1	-1.80	.072	2	-2.76	.006			
Ansiedad Fóbica	Rangos +	2			2			2			1			3					
	Rangos -	4			6			12			4			8					
	+/-	1	-1.57	.115	0	-2.03	.042	1	-2.61	.009	2	-1.49	.136	2	-1.96	.049			
Ideación Paranoide	Rangos +	3			1			1			2			2					
	Rangos -	4			7			12			5			8					
	+/-	0	-0.67	.049	0	-1.89	.058	1	-2.74	.006	0	-1.87	.061	3	-2.24	.025			
Psicoticismo	Rangos +	0			1			0			3			2					
	Rangos -	7			7			15			4			10					
	+/-	0	-2.37	.018	0	-1.96	.049	0	-3.41	.001	0	-1.27	.204	1	-2.75	.006			

TFS = Terapia Familiar Sistémica. GAP + TG = Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo. ANR = Anorexia Nerviosa Restrictiva. ANB = Anorexia Nerviosa Bulímica. BN = Bulimia Nerviosa.

los grupos 2 y 5. En las escalas del SAS-SR las mejorías estadísticamente significativas son las siguientes:

*Grupo 1:* ejecución, conducta interpersonal, tiempo libre, satisfacción, relaciones familiares y ajuste social total.

*Grupo 2:* tiempo libre.

*Grupo 3:* ejecución, tiempo libre, satisfacción, familia, trabajo y ajuste total.

*Grupo 4:* satisfacción y ajuste total.

*Grupo 5:* tiempo libre y familia.

Luego hemos dicotomizado las variables ansiedad (SAS) y depresión (BDI) en presencia o ausencia de patología, para posteriormente hacer análisis pre-post.

En el *grupo 1* aparecen cambios significativos en ambas: en SAS ( $p = .031$ ) se pasa del 64.3% de los casos con ansiedad al inicio al 0% al final de la intervención y en BDI ( $p = .004$ ) del 92.9% al 15.4%.

En el *grupo 2* encontramos mejoría significativa en ansiedad ( $p = .031$ ) del 66.7% al 9.1% y una tendencia a la significación en depresión ( $p = .063$ ) del 100% al 45.5%.

En el *grupo 3* encontramos mejorías significativas en las dos variables: en SAS ( $p = .016$ ) del 38.9% se pasa a ningún caso con ansiedad y en BDI ( $p = .000$ ) del 83.3% al 5.6%.

En el *grupo 4* no hallamos diferencias significativas.

En el *grupo 5* hallamos mejoría significativa en ansiedad, en SAS ( $p = .031$ ) del 56.3% se pasa al 15.4% de casos con ansiedad.

Debemos señalar que al final de la intervención presentaban patología depresiva dos casos del grupo 1, cinco del grupo 2, uno del grupo 3, cuatro del grupo 4 y once del grupo 5. En cuanto a la ansiedad, padecían un cuadro ansioso al finalizar el tratamiento un caso del grupo 2 y dos casos del grupo 5.

Al comparar las evaluaciones pre y posttratamiento en los grupos TFS ( $n = 42$ ) y GAP+TG ( $n = 20$ ), hallamos mejorías con un nivel de significación de  $p = .000$  en ambos grupos en BPRS, SAS, BDI e IGS. Respecto al ajuste social, podemos ver en la tabla 4 que en el grupo TFS mejoran significativamente el ajuste social total y 5 subescalas, mientras que en el grupo GAP+TG lo hacen el ajuste total y 2 subescalas.

A continuación hemos comparado los grupos en las medidas de la evaluación 1. Como ya hemos señalado, no encontrábamos diferencias significativas en la evaluación pretratamiento entre los *grupos 2-4 y 3-5*. Más tarde hemos comparado los mismos grupos, 2-4 y 3-5, en la evaluación postratamiento en las variables cuantitativas y hemos encontrado las siguientes diferencias significativas: entre los *grupos 2 y 4* los resultados son mejores en el grupo 4 frente al 2 en la escala de ansiedad del SCL-90-R ( $z = -2.207$ ;  $p = .02$ ), mientras que en el *grupo 2* se han realizado menos sesiones ( $z = -3,180$ ;  $p = .008$ ). Al comparar los *grupos 3 y 5* hemos encontrado diferencias significativas con mejores resultados en el *grupo 3* en las siguientes variables: las evaluaciones pre y postratamiento BDI ( $z = -3,572$ ;  $p = .000$ ), SAS ( $z = -2,588$ ;  $p = .008$ ), IGS ( $z = -2,894$ ;  $p = .003$ ), BPRS ( $z = -2,932$ ;  $p = .003$ ), en tres subescalas del SAS- SR : satisfacción ( $z = -$

2,446;  $p = .01$ ), trabajo ( $z = -3,336$ ;  $p = .001$ ) y ejecución ( $z = -2,029$ ;  $p = .04$ ), así como menor número de sesiones ( $z = -3.567$ ;  $p = .000$ ). En las subescalas del SCL-90-R aparecen diferencias significativas, a favor de la TFS, en todas menos en hostilidad y somatización. Es decir que la mejoría hallada en el *grupo 3*, TFS en BN, es superior a la hallada en el *grupo 5*, GAP+TG en BN, en casi todas las variables estudiadas.

Finalmente, hemos comparado los grupos TFS y GAP+TG en la evaluación posttratamiento y hemos hallado que el grupo TFS presenta mejores resultados, estadísticamente significativos, en: SAS ( $T = -2.51$ , g.l. 60,  $p = .01$ ), BDI ( $T = -4.46$ , g.l. 60,  $p = .000$ ), BPRS ( $T = -2.75$ , g.l. 60,  $p = .008$ ), IGS ( $T = -3.28$ , g.l. 50,  $p = .002$ ), varias escalas del SCL-90-R: depresión ( $T = -3.76$ , g.l. 49,  $p = .000$ ), sensibilidad interpersonal ( $T = -2.32$ , g.l. 49,  $p = .024$ ), obsesión-compulsión ( $T = -2.60$ , g.l. 49,  $p = .010$ ), psicoticismo ( $T = -3.03$ , g.l. 34,7,  $p = .005$ ) y en varias escalas del SAS-SR: ejecución ( $T = -2.48$ , g.l. 60,  $p = .016$ ), tiempo libre ( $T = -3.34$ , g.l. 60,  $p = .001$ ) trabajo ( $T = -3.36$ , g.l. 60,  $p = .001$ ) y satisfacción ( $T = -2.80$ , g.l. 60,  $p = .007$ ). (Ver tabla 4).

## Discusión

Algunas limitaciones de este estudio deben ser señaladas: en primer lugar la muestra es reducida, especialmente en el grupo GAP+TG, para generalizar los resultados. En segundo lugar la ausencia de grupo control sin tratamiento que, si bien se debe a motivos éticos dada la gravedad de las patologías tratadas, empobrece en cierta medida la comparación de los resultados. En tercer lugar, los tratamientos utilizados no están estandarizados, como las

Tabla 4. Resultados pre-post en los grupos TFS y GA + TG en Ajuste Social.

Ajuste		TFS N=42					GAP+TG N=20				
		Media	(e.t)	T	G.I	P	Media	(e.t)	T	G.I	P
<i>Familiar</i>	pre	45.23	(2.03)				50.48	(2.74)			
	post	34.85	(1.92)				39.68	(2.25)			
	cambio	10.38	(2.04)	5.08	41	.000	10.80	(2.59)	4.16	19	.001
<i>Interacción</i>	pre	42.62	(2.26)				40.20	(3.37)			
	post	37.21	(1.93)				37.55	(3.45)			
	cambio	5.40	(2.49)	2.16	41	.003	2.56	(3.26)	.813	19	.426
<i>Ejecución</i>	pre	39.43	(2.09)				43.10	(3.05)			
	post	31.81	(2.01)				40.78	(3.07)			
	cambio	7.61	(2.44)	3.11	41	.003	2.32	(3.32)	.700	19	.493
<i>Fricción</i>	pre	28.95	(1.98)				29.05	(3.54)			
	post	32.17	(1.87)				31.10	(2.97)			
	cambio	-3.21	(2.32)	-1.38	41	.175	-2.05	(3.23)	.634	19	.534
<i>Tiempo Libre</i>	pre	46.18	(2.28)				53.64	(3.35)			
	post	31.98	(1.72)				43.42	(3.38)			
	cambio	14.19	(2.23)	6.34	41	.000	10.22	(2.89)	3.52	19	.002
<i>Trabajo</i>	pre	38.44	(2.51)				44.08	(4.86)			
	post	32.31	(3.18)				38.60	(2.42)			
	cambio	6.13	(2.07)	5.14	41	.081	5.48	(4.45)	1.23	19	.234
<i>Satisfacción</i>	pre	42.24	(1.87)				47.02	(3.03)			
	post	31.55	(1.84)				41.55	(3.43)			
	cambio	10.69	(2.07)	5.14	41	.000	5.46	(3.83)	1.42	19	.171
<i>Pareja</i>	pre	28.48	(4.47)				18.33	(6.51)			
	post	26.78	(4.30)				23.79	(6.52)			
	cambio	1.70	(5.30)	.321	41	.750	-5.45	(7.39)	-.738	19	.470
<i>Ajuste Total</i>	pre	62.83	(2.31)				68.05	(3.23)			
	post	51.05	(2.89)				58.35	(2.95)			
	cambio	11.78	(2.72)	4.32	41	.000	9.70	(2.98)	3.24	19	.004

TFS = Terapia Familiar Sistémica. GAP + TG = Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo.

terapias cognitivo-conductuales. A pesar de que el terapeuta más experto supervisó todas las terapias con el fin de que las intervenciones se ajustaran al modelo propuesto, el estilo personal del terapeuta hace más difícil replicar este tipo de terapias, limitando la generalización de los resultados. Teniendo en cuenta estas limitaciones, vamos a comentar los resultados estadísticamente significativos.

Los resultados de este estudio sugieren que tanto la TFS como la GAP+TG son

efectivas para reducir la psicopatología en los TA. Pero si comparamos ambas intervenciones, en las pacientes bulímicas, los resultados son significativamente mejores en la TFS que combina sesiones familiares e individuales, frente a la intervención que combina grupo de apoyo de padres más terapia de grupo. Al comparar los dos tipos de intervenciones agrupando todas las patologías, los resultados son mejores también en TFS. Debemos añadir también que en la TFS el número de sesiones es menor

y no hay abandonos, aunque 2 pacientes, en las que no veíamos muy clara la indicación de terapia ambulatoria, fueron derivadas por riesgo de suicidio al cabo de 4-5 sesiones de valoración, mientras que en la GAP+TG hemos tenido un 25,9% de abandonos. Según la mayoría de los autores (Crisp *et al.*, 1991; Yager, 1994), la tasa de abandonos en las intervenciones grupales suele oscilar entre el 20-50%, ya sea terapia de grupo o grupo de familiares, lo cual contrarresta la ventaja de atender a varios casos a la vez. La flexibilidad del encuadre de la TFS en cuanto a quién citar en cada sesión, frecuencia, número de sesiones y duración del tratamiento, pueden ser algunos de los aspectos que hacen que éste sea un formato de tratamiento más adecuado.

El planteamiento general de las terapias utilizadas en este trabajo consiste en destacar las implicaciones somáticas, relacionales y psicológicas de las conductas alimentarias disfuncionales, para ello se desfocalizan los síntomas, sin dejar de prestarles atención y buscar su remisión, para centrarnos en los problemas relacionales e intrapsíquicos que estarían en la base de la patología según los modelos sistémico y dinámico, sin descuidar los aspectos biológicos.

También debemos señalar que un porcentaje muy elevado de pacientes, de un 77,8% a un 100%, habían tenido tratamientos previos, de los cuales los psiquiátricos se daban en un rango de 77% a 91,7% y los psicológicos de 42,9% a 60%, los cuales habían sido fallidos. Comparado con otras intervenciones, la reducción en las puntuaciones medias del BDI al finalizar la intervención es superior en la TFS a la conseguida por Davis, Olmsted, Rockert, Marques y Dolhanty, (1997) con grupos psicoeducativos con y sin psicoterapia, mientras que los resultados en estas intervenciones

son semejantes a la de GAP+TG. La TFS muestra mejorías también superiores, al comparar las medias pre y post, a las conseguidas por Fairburn *et al.* (1991) con terapia conductual, cognitivo conductual y psicoterapia interpersonal en el BDI y el IGS, mientras que la GAP+TG es semejante a la terapia conductual e inferior a las otras dos intervenciones.

El cambio en la conducta alimentaria ha sido descrito en Espina *et al.* (2000a). Simplemente resaltar que en los grupos de TFS encontramos remisiones de la patología alimentaria en el 85,1 % y en GAP+TG el 48,35 % de remisiones en los sujetos que finalizaron la intervención.

De todas maneras estos resultados deben ser valorados con cautela, pues el número de pacientes en cada tipo de patología es reducido y en este trabajo nos referimos únicamente a los resultados al final de la terapia, además 8 pacientes del grupo de TFS aún presentaban patología depresiva al finalizar el tratamiento y 1 ansiedad. En el grupo GAP+TG 15 padecían depresión y 2 ansiedad al finalizar la intervención. El que la depresión se mantenga en más casos que la ansiedad puede ser debido a que no solo nos hallamos frente a cuadros depresivos, sino a alteraciones de la personalidad en las que la depresión ocupa un papel importante, como hemos podido observar en estas pacientes en los perfiles del MMPI, a ello nos referiremos en un próximo trabajo.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: APA.
- Beck, A.T., Ward, C.M., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaun, J.K. (1961). An inventory

- for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic.
- Colahan, M. (1995). Being a therapist in eating disorder treatment trials: Constraints and creativity. *Journal of Family Therapy*, 17, 79-96.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación conductual para la clasificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Departamento de psicología médica de la Universidad de Valladolid.
- Crisp, A.H. (1980). *Anorexia nervosa. Let me be*. Londres: Academic Press.
- Crisp, A.H., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldam, D., Levett, G. y Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 325-333.
- Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., Marques, P. y Dolhanty, J. (1997) Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of eating disorders*, 22, 25-34.
- Dare, C. (1983). Family therapy for families containing an anorectic younger. En *Understanding anorexia nervosa and bulimia*. Columbus (Ohio): Ross Laboratories.
- Dare, C., Eisler, I., Colahan, M., Crowther, C., Senior, R. y Asen, E. (1995). The listening heart and the chi square: Clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa, *Journal of Family therapy*, 17, 31-57.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G.F.M. y Szmukler, G. (1990). The Clinical and Theoretical Impact of a Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*. 16 (1), 39-57.
- Dare, C. y Szmukler, G. (1991). The family therapy of short history early onset anorexia nervosa. En D. B. Woodside y L. Shekter-Wolfson (Eds.), *Family approaches to eating disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Press.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual-II. Clinical psychometric research*. Towson, MA.
- Ehle, G. (1992). Experiences with «planned» dynamic group psychotherapy of patients with anorexia nervosa. *Group analysis*, 25, 43-53.
- Eliot, A.O. (1990). Group coleadership. A new role for parents of adolescents with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40 (3), 339-351.
- Espina, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nervosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds.), *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.
- Espina, A. (1997). Evaluación y proceso terapéutico en un caso de anorexia nervosa. *Sistémica*, 3, 67-98.
- Espina, A. y Ortego, A. (1998). Grupo de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de terapia familiar*, 37, 39-49.
- Espina, A., Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2000a). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de Psiquiatría*, 16 (8), 322-336.

- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2000b). Imagen Corporal en los trastornos alimentarios: Un ensayo controlado de Terapia Familiar Sistémica y Terapia de Grupo+ Grupo de Apoyo de Padres. *Cuadernos de terapia familiar*, 44-45, 71-82.
- Espina, A., Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2000c). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. *Anales de Psiquiatría*, 17(2), 34-42.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M., Burton, J. y Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Freeman, C.P., Barry, F., Dunkeldturnbull, J. & Henderson, A. (1988). A controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 296, 521-525.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983). The development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Haley, J. (1980). *Leaving Home*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Hall, A. y Crisp, A.H. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 151, 185-191.
- Harper-Giuffre, H. y MacKenzie, K.R. (1992). *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Press.
- Henderson, M. y Freeman, C.P. (1987). A self-rating scale for bulimia: The Bite. *British Journal of psychiatry*, 150, 18-24.
- Johnson, J. (1990). Why group therapy for bulimia?. *International Group Psychotherapy*, 40, (2), 169-187.
- Lacey, J.H. (1983). Bulimia nervosa, binge eating and psychogenic vomiting: A controlled treatment study and long-term outcome. *British Medical Journal*, 2, 1609-1613.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. y Russell, G. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 347-357.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K.H. y Ventura, J. (1986). Appendix A: Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.
- Malan, D.H. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy - a replication*. Nueva York: Plenum Press.
- Marnar, T. y Westernberg, C. (1987). Concomitant group therapy with anorectics and their parents as a supplement to family therapy. *Journal of Family Therapy*, 9, 255-263.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Londres: Harvard University Press.
- Osterheld, J.R. McKenna, M.S. y Gould, N.B. (1987). Group psychotherapy of bulimia: A critical review. *International*

- nal Journal of Group Psychotherapy*, 37, 163-184.
- Rogeberg, K. (1990). Eating disorders and the family experiences gathered in a parent support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361(82) Suppl., 50-51.
- Rosenvinge, J.H. (1990). Group therapy for anorexic and bulimic patients. Some aspects on the conduction of group therapy and a critical review of some recent studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361 (82), Suppl., 38-43.
- Russell, G.F.M., Szumkier, G.I., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Russell, G.F.M., Dare, C., Eisler, I. y Le Grange, P.D.F. (1993). Controlled trials of family interventions in anorexia nervosa. En A. H. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington: American Psychopathological Association Series.
- Selvini, M. (1974). *Self-Starvation*. Londres : Chaucer Publishing.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A.M. (1998). Ragazze anorexiche e bulimiche. Milan: Raffaello Cortina Editore ( *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós. 1999).
- Sluzki, C. (1983). Process, Structure and World views: An integrated view of systemic models in family therapy. *Family process*, 22, 469-476.
- Stierlin, H., y Weber, C. (1989). *Unlocking the family door*. Nueva York. Brunner/Mazel (*Detrás de la puerta familiar*. Barcelona: Gedisa. 1990).
- Szumkier, G.I. Eisler, I., Russell, G.F.M. y Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental «Expressed Emotion» and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Szumkier, G.I. y Dare, C. (1991). The Maudsley Hospital study of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. En D. B. Woodside, y L. Shekter-Wolfson (Eds.), *Family approaches to eating disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Press.
- Vandereycken, W. (1987). The constructive family approach to eating disorders: Critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 455-467.
- Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behaviour Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 163-166.
- Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. Nueva York: PMA Publishing Corp.
- Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1988). Perception of changes in eating disorder patients during group treatment. *Psychotherapy psychosomatic*, 49, 160-163.
- Weissman, M.M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Yager, J. (1994). Psychosocial treatments for eating disorders. *Psychiatry*, 57, 153-164.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.