



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**PAPEL DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y SOPORTE SOCIAL
EN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS
DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

Francisco M. Martín, Adolfo J. Cangas, Eugenia M. Pozo
y Margarita Martínez

Psicopatol. salud ment. 2010,15, 63-73

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario

FRANCISCO M. MARTÍN^{AB}, ADOLFO J. CANGAS^A, EUGENIA M^a POZO^B, MARGARITA MARTÍNEZ^B

RESUMEN

Se diseñó un estudio de seguimiento cuyos objetivos fueron determinar la relación entre la evolución del trastorno del comportamiento alimentario (TCA) y diversas variables relacionadas con el soporte social. Participaron un total de 34 pacientes que se evaluaron al inicio del tratamiento y después de cuatro años. Los resultados mostraron que la mejoría en los TCA se relacionó con la presencia de relaciones de pareja, elevada adaptación funcional en las familias y la alta adherencia al tratamiento. Los pacientes de familias con alto nivel de injerencia y déficit en la expresividad emocional contaron con comorbilidad psicopatológica de mayor gravedad. PALABRAS CLAVE: relaciones familiares, soporte social, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, estudio de seguimiento.

ABSTRACT

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RELATIONSHIPS IN THE EVOLUTION OF EATING DISORDERS. This paper presents a follow-up study designed to determine the relation between the evolution of eating disorders (ED) and various variables related to social support. A total of 34 patients were evaluated at the beginning of treatment and after four years. The results showed that improvements in the ED were related to the presence of couple relationships, high functional adjustment in the family and strong adherence to treatment. The children of families with high levels of interference and deficits in emotional expressiveness presented an increased severity of psychopathological comorbidity. KEY WORDS: family relationships, social support, anorexia nervosa, bulimia nervosa, follow-up study.

RESUM

PAPER DE LES RELACIONS FAMILIARS I SUPORT SOCIAL EN L'EVOLUCIÓ DELS TRASTORNS DEL COMPORTEMENT ALIMENTARI. Es va dissenyar un estudi de seguiment amb l'objectiu de determinar la relació entre l'evolució del trastorn del comportament alimentari (TCA) i diverses variables relacionades amb el suport social. Van participar-hi un total de 34 pacients que es van avaluar a l'inici del tractament i després de quatre anys. Els resultats van mostrar que la milloria en els TCA tenien a veure amb la presència de relacions de parella, elevada adaptació funcional en les famílies i l'alta adherència al tractament. Els pacients de famílies amb un alt grau d'ingerència i dèficit en l'expressivitat emocional van comptar amb comorbiditat psicopatològica de major gravetat. PARAULES CLAU: relacions familiars, suport social, anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa, estudi de seguiment.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son dos de los trastornos psicológicos actuales de mayor relevancia mediática y clínica (Fernández y Turón 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005). Entre los facto-

res predisponentes, precipitantes y mantenedores se han descrito diversas variables relevantes para explicar el curso y pronóstico como el tiempo de duración del trastorno, debut adolescente, estilos de personalidad, pre-

Recibido: 26/01/2009 - Aceptado: 08/01/2010

AB. Psicólogo, especialista en psicología clínica. Instituto de Ciencias del Comportamiento. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Universidad de Almería

A. Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos. Universidad de Almería.

B. Psicóloga clínica. Instituto de Ciencias del Comportamiento. Correspondencia: murcia@cop.es

sencia de abuso sexual, intensidad del funcionamiento obsesivo en relación a la imagen corporal, presencia de conductas purgativas, elevada ansiedad, el vegetarianismo previo al trastorno o el número de hospitalizaciones (Martín Murcia, 2009; Steinhausen, 2009; Yackbovitch-Gavan et al, 2009). Este tipo de variables han sido estudiadas con profusión y aunque se ha establecido la importancia de factores relacionados específicamente con el ambiente social y familiar (Toro y Vilardell 1987; Toro 1996; Saldaña, Tomás y Bach, 1997; Beato y Rodríguez 2000), no existen muchos trabajos que aborden específicamente dicha área. De igual modo, cabe destacar la profusa psicopatología de los TCA, como por ejemplo la elevada obsesión, estilos de personalidad desadaptativos o graves alteraciones del humor y de ansiedad (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000), lo que podría relacionarse bidireccionalmente con alteraciones en las redes de apoyo y en las relaciones significativas como la familia, pareja y amigos (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Bulik et al., 2000; Etxeberria et al., 2002).

La familia y las relaciones familiares han recibido una especial atención dado que aquella sigue siendo el contexto por antonomasia en el que se dirimen las contradicciones de la sociedad (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Minuchin, 2001; González y Pérez-Álvarez 2007). Es destacable la línea de investigación sobre la "emoción expresada" (EE) que ha sido más estudiada en las familias con un miembro esquizofrénico, existiendo un notable acuerdo en la relación entre el constructo EE y una menor tasa de recaída, frecuencia de hospitalizaciones y necesidad de psicofármacos (Vaughn y Left 1976; Left et al. 1982; Kuipers y Bebbintong, 1988; Kuipers, 1992). Otras estrategias clínicas de impronta familiar parecen disponer de evidencias empíricas sobre la importancia de la familia en la disminución de recaídas, la mejoría en el funcionamiento psicosocial y la reducción de síntomas, como la terapia familiar psicoeducativa, la de "diálogo abierto" o la terapia familiar conductual (Robin, Siegel, Moye, 1995; Eisler et al., 2007; González y Pérez-Álvarez 2007; Becerra, 2008; Kupfer, Regier, First, 2008). La emoción expresada vendría a medir el *clima o atmósfera* de la familia (Brown, 1985), mientras que el soporte social mediría los recursos instrumentales de la familia –y por extensión, de la comunidad– para afrontar crisis vitales. El constructo "apoyo social" se entiende como el con-

junto de provisiones expresivas e instrumentales –percibidas o recibidas– proporcionadas por la comunidad, desde las expresiones de cariño y afecto hasta la ayuda eficiente para resolver problemas o afrontar crisis vitales. Sin embargo, tal y como ha señalado Whitaker (1992) –aunque en relación a otra población clínica– el tener una amplia red social no implica necesariamente más apoyo. Respecto al tópico de emoción expresada, se ha evaluado a través de entrevistas familiares como la *Camberwell Family Interview* (CFI), en la que se establecen cinco escalas (Comentarios críticos, Observaciones positivas, Hostilidad, Calor e Implicación emocional), contando con una fiabilidad interjueces de 0,80 (Vaughn et al., 1984). De éstas, las que han sido relacionadas con recaídas o peor manejo del problema clínico han sido las de Hostilidad, Críticas e Implicación emocional.

En relación a la población específica con TCA, Quiles Marcos (2003) apunta que a pesar de que los pacientes con TCA tienen el mismo acceso a escenarios de soporte social, se muestran más insatisfechos con sus redes sociales de apoyo, explicitan mayor número de interacciones negativas y menor eficacia autopercibida, pertenecen a grupos sociales menos densos y describen un menor apoyo familiar. Por otro lado, la dinámica familiar de afrontamiento de la situación clínica hace que la familia sea percibida en muchos casos como un "enemigo". Y, al contrario, una "buena percepción" del apoyo familiar o de pareja por parte del paciente no eximiría de que aquel fuera iatrogénico; se recordarán las "alianzas sobreprotectoras" y las "conductas de enfermedad" que estarían al servicio del mantenimiento del problema o la existencia de relaciones de pareja con componentes agresivos aceptados por sentimientos exacerbados de culpa o miedo a no encontrar otra relación significativa futura (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Bulik et al, 2000; Espina et al., 2001). Por tanto, a pesar de que el interés sobre dicho tópico estriba en el aparente acuerdo existente sobre la relación "protectora" del apoyo social sobre la salud –sea profiláctica o terapéutica–, sería conveniente hacer operativo dicho constructo en componentes conductuales que puedan ser observados y registrados, relacionar éstos con la evolución del TCA y discriminar el peso específico de cada uno de ellos en la mejoría. La propuesta del presente trabajo fue analizar de forma introductoria algunos aspectos relevantes de las interacciones significativas del

contexto sociofamiliar y terapéutico, describiendo conductas interactivas prototípicas de un número de familias con un miembro afectado por TCA, así como la presencia de relaciones de pareja y el mantenimiento de la relación terapéutica, atendiendo a su relación con la evolución del TCA.

Método

Participantes

En total participaron 34 pacientes que asistieron a una consulta ambulatoria especializada en trastornos de la conducta alimentaria, que cumplían los criterios diagnósticos según DSM IV-TR para AN y BN. 21 cumplían los criterios diagnósticos de anorexia (15 de tipo restrictiva y 6 de tipo compulsivo-purgativa) y 13 de bulimia nerviosa. Respecto al índice de masa corporal (IMC) la media en el grupo de AN fue de 17,5 y de 23 en el de BN. La edad media de los participantes fue 22,1 años (DT = 3,85). Todos los participantes fueron de sexo femenino. La media de tiempo de evolución previa al tratamiento fue de 3,2 años con una DT de 1,7.

Instrumentos

- Registro del estilo comportamental familiar. Se diseñaron protocolos de registro específicos de frecuencia de ocurrencia para la recogida de datos acerca del estilo de conductas interactivas familiares. Los registros se realizaron en el contexto de grupos de autoayuda, atendiendo a las respuestas familiares ante problemas cotidianos y su forma de afrontarlos, incluyendo *role playings* y otras dramatizaciones (como conductas clínicamente relevantes durante las sesiones de autoayuda; por ejemplo críticas al terapeuta o al cónyuge, evitación experiencial o posturas querulantes).

Se establecieron cinco estilos de funcionamiento interactivo familiar categorizados como:

- Estilo funcional: conductas empáticas, con actitudes abiertas a tratar los problemas, colaboradoras y con una filosofía de aceptación vital y buen humor, así como favorecedoras de una exposición natural y de responsabilidad en los asuntos personales.

- Estilo invasivo: con una alta prevalencia de relaciones familiares especialmente sobreprotectoras y limitantes, con alta frecuencia de conductas que impiden la intimidad del hijo (por ejemplo, tomar decisiones sobre estudios u otras actividades, registrar diarios o llamadas,

control sobre sus relaciones sociales y anticipación a las ideas o deseos del hijo).

- Estilo frío: dificultad para expresar y aceptar sentimientos y con una comunicación general muy deficitaria. Poca reactividad conductual a estímulos emocionales.

- Estilo hostil: alta conflictividad y el manejo de problemas de forma agresiva.

- Estilo invalidante: respuestas erráticas e inapropiadas a la experiencia privada de los hijos (por ejemplo, sistema de castigos desproporcionado o refuerzo no contingente, negación sistemática de la realidad verbalizada por hijo), así como respuestas exageradas o dramáticas en situaciones de experiencia compartida (fomentando miedos e inseguridad). La concordancia interjueces realizada por tres observadores independientes respecto al formato de registro utilizado obtuvo un valor Kappa de 0,8.

- Entrevista clínica. La anamnesis fue protocolizada para evaluar a través de entrevista estructurada una serie de áreas comportamentales específicas relacionadas con la conducta sexual, relaciones de pareja, relaciones socio-familiares, antecedentes psicopatológicos familiares.

- *Eating attitude test* (EAT 40). Se trata es un cuestionario autoinformado diseñado por Garner y Garfinkel (1979), ampliamente utilizado como instrumento de evaluación de actitudes significativas relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria en población general. Consta de 40 ítems con 3 opciones de respuesta. Se utilizó la versión española validada por Castro et al. (1991). El punto de corte utilizado fue de 30 aunque en la muestra estudiada aparecieron frecuentes casos de falsos negativos (especialmente en los grupos de pacientes con AN), probablemente debido a la habitual negación de la enfermedad.

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Para la evaluación de la psicopatología general (PG) se utilizó el MCMI II (Millon, 1998 versión española), que es un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso, que informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones se convierten en tasas base, cuyo punto de corte se sitúa en el valor 75, siendo los valores superiores sugestivos de algún problema clínico y por encima de 84 discriminaria

trastornos del Eje I y II. Cuenta con escalas de control como medidas de validez, sinceridad, deseo y exageración deliberada de la sintomatología. No se trata de un instrumento diseñado para poblaciones no clínicas, siendo su propósito la exploración diagnóstica o la evaluación clínica. El propósito sería alertar al clínico sobre aspectos de la historia o del funcionamiento del paciente, para mejorar el diseño de evaluación-intervención (Millon, 1998). Se utilizó la versión II editada por TEA en vez de la actualizada versión III dado que no existía en el inicio de la investigación la adaptación a muestra española.

Se realizó prueba *t* de *Student* para pruebas relacionadas, con el fin de analizar la existencia de diferencias entre las puntuaciones MCMI II al inicio del estudio y la conclusión del seguimiento (Ver Anexo Tabla 1). El análisis estadístico de las variables categóricas se realizó a través del Test Exacto de Fisher dada la existencia de un pequeño número de efectivos en algunos resultados. Para los cálculos y análisis se utilizaron los programas SPSS v.11 y R (2009).

Procedimiento

Todos los participantes fueron informados acerca de la investigación, señalando los objetivos generales. Tras las evaluaciones clínicas iniciales, se realizó la adscripción de los participantes al grupo de elevada PG cuando el participante presentaba diagnósticos adicionales del Eje I y II, así como puntuaciones significativas ($TB > 75$) en síndromes clínicos o formas graves de personalidad (esta última era condición necesaria pero no suficiente para la inclusión). Para participar en el estudio se requirió el consentimiento informado tanto de los pacientes como de los familiares. Durante el periodo de seguimiento, tres investigadores registraron las conductas interactivas familiares, en el marco de grupos de autoayuda para padres y familiares que promovía la Asociación Almeriense Contra la Anorexia y Bulimia. Estas sesiones tuvieron una frecuencia quincenal y una duración aproximada de tres horas, repartidas a lo largo de dos años. Se registraron 20 sesiones del total, de las cuáles las diez primeras se asumieron como línea base. Se atendió a la frecuencia de eventos de ocurrencia de las conductas verbales familiares durante dichas sesiones, estableciéndose cinco estilos de funcionamiento: interactivo familiar, categorizados como funcional, invasivo, frío, hostil e invalidante, que cada observador

registraba sistemáticamente. El estilo de interacción familiar predominante se catalogó en función de los eventos observados con mayor frecuencia.

Los criterios de alta clínica de los pacientes con TCA fueron los siguientes:

A. Seguimiento de pautas alimentarias según dieta familiar habitual, durante más de 1 año, confirmado por familiares con los que conviva el sujeto.

B. Ausencia de atracones, al menos durante el último año.

C. Tener índice de masa corporal (IMC) $> \text{ó} = 19$.

D. Peso actual = ± 3 kg Peso premórbido.

E. Ausencia de conductas compensatoria, por ejemplo, uso de laxantes, diuréticos, anorexígenos, dietas restrictivas, ejercicio físico compulsivo (más de siete horas semanales) y vómitos.

Por su parte, los criterios de refractariedad al tratamiento fueron los siguientes:

A. Abandono de terapia con presencia de criterios diagnósticos DSM IV-TR para anorexia nerviosa compulsivo-purgativa (AN C-P), anorexia nerviosa restrictiva (AN R), bulimia nerviosa o TCA atípico (incluye códigos F50.1 y F50.3 de la CIE 10).

B. Tratamiento completado sin éxito, con presencia de criterios diagnósticos DSM IV-TR para anorexia nerviosa compulsivo-purgativa, anorexia nerviosa restrictiva o bulimia nerviosa.

C. Abandono de terapia y/o tratamiento completado con presencia de criterios diagnósticos DSM IV para TCA atípico (incluye códigos F50.1 y F50.3 de la CIE 10). La evolución se analizó a los dos años, incluso en los casos de abandono o de resolución precoz del TCA.

Resultados

Evolución del TCA

El período de tratamiento total (que incluiría una fase de seguimiento de 12 meses) tuvo una duración media de 4 años. La evaluación diagnóstica de los pacientes tras ese intervalo determinó que 22 no obtuvieron criterios para TCA, 4 cumplieron criterios diagnósticos de BN P, 4 de AN R, 3 de TCA atípico (síndromes parciales) y 1 presentó AN CP.

Respecto a la evolución intragrupo, los datos obtenidos fueron que de las 6 participantes con AN C-P, 2 fueron refractarias a la intervención, 1 mejoró sintomáticamente (TCA atípico o síndrome parcial) y 3 resolvie-

ron el TCA. En el grupo de las 15 pacientes con AN R, 3 continuaron con AN R, 2 evolucionaron hacia BN, 1 mejoró sintomáticamente (síndrome parcial) y 9 resolvieron el TCA. Por último, en el grupo de 13 pacientes con BN se encontró que 2 mantuvieron el TCA, 1 paciente mejoró (síndrome parcial), mientras que 10 participantes no obtuvieron criterios diagnósticos de TCA, tal como se muestra en la Tabla 2. No obstante, cabe decir que a lo largo del seguimiento la evolución no fue lógicamente lineal, sino que se observaron por un lado cambios en las topografías (fundamentalmente de restrictivas a compulsivas) y, por otro, vueltas a la línea base en conductas restrictivas y en frecuencia e intensidad de conductas purgativas.

Tabla 2. Evolución del TCA

	Pretest	Postest
ANR	15	4
AN CP	6	1
BN	13	4
TCA atípico	0	3
No TCA	0	22

Evolución del TCA, Psicopatología General y Estilo de Interacción Familiar

Se obtuvo una significativa presencia de TCA familiar en AN (18,4%) frente al grupo BN (3,6%). Por otro lado, la Tabla 3 muestra la distribución de frecuencias de los estilos familiares encontrados.

Tabla 3. Estilos familiares

	N	TCA postest
Funcional	10*	0
Invasiva	10	5
Hostilidad	3	2
Frialdad	10	4
Invalidante	1	1
Total	34	12

* ($p = 0,0$)

Las familias que se agruparon en el estilo interactivo *funcional* ($n=10$) no contaron con ningún paciente refractario al tratamiento del TCA, la PG fue de menor

intensidad o ausente (patrones de personalidad narcisistas, histriónicos y evitativos) y la evolución de ésta fue favorable. Por otra parte, entre las familias no funcionales se advirtió un reparto mayor de frecuencias en las categorías *invasivas* ($n = 10$) así como *frías* ($n = 10$). El estilo *invalidante* ($n = 1$), se encontró en 1 caso con PG grave, con diagnóstico de trastorno límite de personalidad. El estilo *hostil* se observó en 3 casos. Los pacientes con mayor rango de deterioro en las relaciones interpersonales (por ejemplo estilos de personalidad esquizoide) aparecieron de forma más frecuente en la categoría de familias con déficit en la expresividad emocional (frías) o invasivas. Se encontró relación significativa entre la evolución positiva del TCA y el estilo familiar funcional ($p = 0,00$), pero no entre la evolución de la psicopatología general y dicho estilo ($p = 0,2$).

Por otra parte, se observó una evolución con significación estadística en forma de decremento en casi todas las escalas del MCMI II a excepción de dependiente, histriónica, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, hipomanía y abuso de alcohol (Anexo 1, Tabla 1).

Evolución del TCA y relaciones de pareja

Respecto a la variable relaciones de pareja, se observó que el 64% de los pacientes no tenían relaciones de pareja en el pretest frente al 44,1% de ausencia de relaciones al finalizar el tratamiento. En la AN se observó un aumento de relaciones de pareja a lo largo del tiempo de tratamiento, que pasó de 8 en el pretest a 10 en el postest. En el grupo AN, se encontró que de las 10 pacientes que sí tenían relaciones de pareja (tanto desde el inicio del tratamiento como nuevas relaciones aparecidas durante éste), 8 resolvieron o mejoraron y 2 persistieron en el TCA ($p = 0,2$). De las 11 pacientes sin relaciones de pareja, 6 resolvieron el TCA y 5 lo mantuvieron ($p = 0,3$). En la BN, se observó un aumento mayor de relaciones de pareja a lo largo del tiempo de tratamiento que en el grupo de AN, pasando de 4 en el pretest a 9 en el postest. Respecto a la evolución del TCA, de las 9 pacientes con relaciones de pareja, 7 resolvieron o mejoraron y 2 persistieron en el TCA ($p = 1$). En ninguno de los 4 pacientes sin relaciones de pareja se diagnóstico TCA al finalizar el tratamiento, tal como se recoge en la Tabla 4.

Psicopatología general y relaciones de pareja

En el grupo AN, se encontró que de las 10 pacientes que sí tenían relaciones de pareja (tanto desde el inicio del tratamiento como nuevas relaciones aparecidas

durante éste), 5 mejoraron en los criterios de PG y 5 no. De las 11 pacientes sin relaciones de pareja 1 mejoró en PG y 10 lo mantuvieron. Se encontró relación estadísticamente significativa entre tener relación de pareja en el grupo AN y la ausencia de PG en el postest ($p = 0,05$). En el grupo BN, se encontró que de las 9 pacientes que si tenían relaciones de pareja (tanto desde el inicio del tratamiento como nuevas relaciones aparecidas durante éste), 6 mejoraron en los criterios de PG y 3 no. De las 4 pacientes sin relaciones de pareja ninguna presentó criterios diagnósticos de PG tras el tratamiento. No se encontró relación significativa entre las dos variables ($p = 0,4$).

Adherencia al tratamiento y evolución del TCA

Se analizó la adherencia al tratamiento entendiendo la relación terapéutica como un factor más de soporte social y como un ejemplo de interacción significativa, estableciendo dos categorías –finalizar o abandonar el tratamiento–, escogiéndose como variable independiente controlada -no manipulada- la evolución del TCA –categorizado como presencia/ausencia–. La adherencia al tratamiento se relacionó significativamente con el pronóstico del TCA ($p = 0,05$). Los resultados determinaron que el 70,6% finalizó el tratamiento, con un 29,4% de abandonos (Tabla 5). En la muestra hubo una tasa mayor de abandono si el paciente pertenecía al grupo AN que al de BN; de hecho, de los 10 abandonos 8 tenían diagnóstico previo de AN.

Tabla 5. Adherencia al tratamiento y evolución del TCA

N	TCA postest	
Adherencia al tratamiento	24	19 No TCA* 1 Atípico 4 TCA
Abandonos	8 AN 2 BN	3 No TCA 2 Atípico 5 TCA

* ($p = 0,05$)

Adherencia al tratamiento y nivel académico

Por otro lado, parece existir una significativa relación entre el nivel académico en relación a los abandonos del tratamiento; de los 10 sujetos que dejaron el tratamiento voluntariamente (no se han contabilizado los aban-

donos temporales por ingreso con readmisión ambulatoria posterior), 7 de ellos no tenían estudios universitarios. Se trata de una proporción significativamente mayor de la esperada, dado que la muestra contaba con un 50% ($n = 17$) de pacientes con grado universitario, 38,2% ($n = 13$) con grado medio y un 11,8% ($n = 4$) con estudios básicos ($p = 0,03$).

Discusión

Evolución del TCA

En primer lugar destacar la alta presencia de relaciones disfuncionales, desde la invasividad (que contemplaría un elevado índice de conductas de sobreprotección o injerencia en la vida del hijo, así como unas pobres relaciones entre los padres y una elevada presencia de ansiedad en el escrutinio del comportamiento de los hijos), hasta la frialdad (entendida en general como una dificultad en la expresión de emociones y en la creación de intimidad y afecto). En algunos casos, la presencia tangencial del padre (al menos en nuestra muestra) en el manejo del hijo podría dar lugar a una esperable sobreimplicación del otro progenitor. De esta manera, parece que un estilo familiar funcional (caracterizado tanto por la ausencia de alta conflictividad como por el manejo adaptativo de los problemas familiares), posee un carácter preventivo, donde se observa que, de los pacientes que no resolvieron el TCA, ninguno tenía este estilo interactivo. Sea como factor causal o como consecuencia, puede concluirse que la dinámica familiar en la muestra de TCA es altamente disfuncional. Los estudios que utilizan distintos cuestionarios para la evaluación de variables familiares, por ejemplo el *Moos Family Environment Scale*, el *Family Environment Scale* o el *Leuven Family Questionnaire* arrojan resultados contradictorios (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991). Se apunta a la necesidad de construir formatos de evaluación interobservadores más que medidas de autoinforme para aumentar la fiabilidad y validez de los datos. En todo caso, la presencia de familias en conflicto parece ser un hecho ampliamente observado en la clínica de estos pacientes. Los pacientes esquizoides y esquizotípicos suelen tener también un alto nivel de injerencia, con predominio de conductas hostiles, así como con baja expresividad emocional positiva. Los pacientes con patrones obsesivo-compulsivos presentan familias invasivas y aquellos con un formato de conducta depen-

diente suelen tener familias con dificultades en la expresión de sentimientos. Los pacientes con mayor desregulación emocional y desajuste conductual pertenecían a familias invalidantes, frías y con alto nivel de comportamiento agresivo. Las familias funcionales registraron pacientes con estilos narcisista, evitativo y sin PG.

No obstante, habría que tener en consideración que la mejoría general observada en cuanto resolución del TCA (22 casos de 34) y mejoría de la PG, podría estar mediada en algunos casos por la disminución progresiva de la relevancia familiar producida con la incorporación de los pacientes a nuevos contextos de relaciones significativas (lo que generaría una menor influencia de las interacciones familiares disfuncionales), sin menoscabo del papel protector y/o terapéutico que las propias relaciones de pareja y terapéuticas tengan de suyo. Del apartado anterior se deduce la perentoria necesidad de incluir a la familia tanto en la evaluación como en la intervención, habida cuenta de la especial complejidad de éstas.

La gran presencia de PG comórbil se encontró en el Eje II y en trastornos afectivos, en línea con lo expuesto en la literatura (Herzog et al. 1992a y 1992b; Grilo et al. 1996; Rämstan, 1999; Graell 1999; Echeburúa y Marañón 2001; Gargallo, Fernández y Raich, 2003; Marañón, Echeburúa y Grijalbo, 2007; Martín Murcia et al. 2008; Martín Murcia et al. 2009). Respecto a la relación entre la evolución del TCA y las relaciones de pareja en esta muestra, se encontró que la presencia de relaciones de pareja en el grupo de AN está relacionada con un mejor pronóstico en el trastorno alimentario. Así, las pacientes con AN que no mejoraron no tenían relaciones de pareja ni al inicio ni al finalizar el tratamiento. Por tanto, se podría concluir que obtener o mantener relaciones sentimentales sería un factor protector para la evolución de pacientes con AN.

Destacó la significativa carencia de relaciones de pareja en los estilos esquizoide y esquizotípico durante todo el intervalo temporal controlado (a pesar de que la media de edad posttest fue de 27,2 años) y la baja frecuencia encontrada en los estilos evitativos (solo 1 caso de los 8 presentó relaciones de pareja al comienzo del tratamiento). Por otro lado, parece que la presencia de relaciones de pareja en el grupo de AN se relaciona con una mayor probabilidad de mejoría y resolución sintomática del TCA, dato que no se observa en el grupo BN. Dado que las conductas de evitación social se aso-

cian en mayor medida al grupo AN, es comprensible que su mejora (cuyo dato objetivo más relevante sería el establecimiento de relaciones de intimidad) se asocie a una mejoría general del patrón anoréxico entre otras cosas por la generalización del estilo de afrontamiento (que incluiría, entre otros, aceptación personal, resolución de problemas, compromiso con objetivos vitales y contacto con reforzadores sociales). En el grupo de BN, sin embargo, la presencia de relaciones sociales no parece un buen predictor de cambio en estas variables, probablemente por la especial complejidad de las relaciones de pareja en este grupo, debida en parte a la elevada inestabilidad emocional presente (tándem ansiedad-depresión y ciclos rápidos euforia-disforia), lo que ha llevado algunos autores incluso a proponer la BN dentro del espectro de los trastornos bipolares (Perugi y Akiskal, 2002).

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es un tema poco susceptible de ser abordado empíricamente dadas las grandes diferencias en los diversos tratamientos psicológicos. Los abandonos (*drop-outs*) podrían ser una de las medidas más objetivas de la adherencia. La adherencia al tratamiento también podría analizarse como un ejemplo más del formato relacional del paciente, en el que se actualizarían las conductas relevantes (clínicas o no) de su patrón interactivo. Lo cierto es que la relación terapéutica no deja de ser una relación –por lo demás significativa– a la que se presta cada vez mayor consideración (Linehan 2003; Kholenberg et al. 2005; González y Pérez-Álvarez 2007). Sea como fuere, la literatura aborda poco este fenómeno que sería de especial relevancia en los pacientes con TCA, habida cuenta de la elevada frecuencia de abandonos descrita en este grupo clínico (Fassino et al. 2002).

Por lo que se refiere a la tasa de abandono, es algo menor a la encontrada en la literatura (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Clinton, 1996). En este sentido, se apuntaría a las dificultades en el establecimiento de un rapport adecuado con los pacientes esquizoides, esquizotípicos y evitativos (6 de los 10 abandonos) como factor relevante, sin perjuicio de valorar la motivación al cambio, problemas económicos, la propia estrategia terapéutica y/o los desajustes familiares como otros elementos relevantes. Los pacientes que mantuvieron elevada PG a lo largo del período de seguimiento son los que tuvieron unas tasas de abandonos signifi-

cativamente mayores. Este hecho podría explicarse por el efecto reforzante del cambio adaptativo en los estilos de personalidad; así, los pacientes que a lo largo del proceso de terapia van modificando su forma de afrontar la vida, tanto flexibilizando su comportamiento como comprometiéndose con asuntos vitales valiosos y obteniendo experiencias reforzantes serían las que aumentarían la adherencia a la terapia. Respecto al nivel académico, existió una relación entre el nivel de estudios alcanzado y la adherencia al tratamiento; fue significativamente mayor el porcentaje de estudiantes universitarios que acabaron el tratamiento en relación a los pacientes con estudios básicos y medios. Probablemente cursar estudios superiores requeriría, entre otras consideraciones, un estilo de afrontamiento relacionado con la planificación de actividades de autocontrol, una mayor aceptación del esfuerzo y mayor capacidad verbal (herramienta básica del tratamiento psicológico), sin obviar el soporte social que podrían tener los grupos escolares.

El estudio presenta, no obstante, diversas limitaciones como es el pequeño tamaño de la muestra, que no cuenta con un grupo control o la necesidad de incluir otros instrumentos de evaluación –por ejemplo diversos cuestionarios– para contrastar la información obtenida.

Notas

1. Este criterio se estimó habida cuenta de que la no recuperación del peso habitual del sujeto trae a equívocos, dado que en muchos casos en los que el sujeto no recupera su peso habitual, aunque no se sitúa en franja de infrapeso, suele existir una aparente mejoría psicológica, que en realidad refleja el haber conseguido mantener un peso inferior al peso inicial habitual, con lo que el objetivo básico de la aceptación de la imagen corporal o del peso normal no se habría dado.

Bibliografía

BEATO L, RODRIGUEZ T (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Psiquis*, 6, 50-55.

BECERRA, J. A (2008). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la Emoción Expresada. *Revista Electrónica Psicología Científica*.

BROWN, G (1985). *The discovery of EE: induction or deduction?* En Left, J. y Vaughn, C, eds. *Expressed Emotions in Families*. New York, Guilford.

BULIK, C. M; SULLIVAN P F; FEAR J L; PICKERING A (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.

CASTRO, J; TORO, J; SALAMERO, M; GUIMERÁ, E (1991). The eating attitude test: validation of spanish version. *Evaluación psicológica/ Psychological assessment*, 7, 175-190.

CLINTON, D (1996). Why do eating disorder patients drop-out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29-35.

ECHEBURÚA E; MARAÑÓN I (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513- 525.

EISLER A; SIMIC M; RUSSELL G F; DARE C (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552-560.

ESPINA A; ORTEGO M; OCHOA I; DE APELLÁNIZ M; ALEMÁN MÉNDEZ A (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.

ETXEBARRÍA Y; GONZÁLEZ N; PADIerno J A; QUINTANA J M; RUÍZ I (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de la alimentación. *Psicothema*, 14, 399-404.

FASSINO S; DAGA G A; PIREÒ A; ROVERA G G (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 200-206.

FERNÁNDEZ F Y TURÓN V (2002). *Trastornos de la Alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona, Masson.

GARGALLO M; FERNÁNDEZ F; RAICH R (2003). Bulimia Nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 335-349.

GARNER D; GARFINKEL P (1979). The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

GONZÁLEZ H; PÉREZ-ÁLVAREZ M (2007). *La invención de la enfermedad mental*. Madrid, Alianza Editorial.

GRAELL, M (1999). Comorbilidad en anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 4, 82-84.

GRILO C M; LEVY K N; BECKER D F; EDELL W S;

MCGLASHAN T H (1996). Comorbidity of DSM III-R axis Y and II disorders female inpatients with eating disorders. *Psychiatry Service*, 47, 426-429.

HERZOG D B; KELLER MB; LAVORI P W; ET AL.; SACKS N R (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.

HERZOG D B; KELLER M B; LAVORI P W; ET AL. (1992b). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-818.

KHOLENBERG R J; TSAI M; FERRO R; FERNÁNDEZ A; VIRUÉS J (2005). Psicoterapia Analítico Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.

KUIPERS L (1992). Expressed Emotion research in Europe. *British journal of Clinical Psychology*, 31, 429-443.

KUIPERS L; BEBBINTONG P (1988). Expressed Emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18, 893-909.

KUPFER D; REGIER D; FIRST M (2008). *Agenda de Investigación para el DSM IV*. Barcelona, Masson.

LEFT J P; KUIPERS R; BERKOWITZ R; ET AL. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

LINEHAN M (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, Paidós.

MARAÑÓN I; ECHEBURÚA E; GRIJALBO J (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control group's comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 283-293.

MARTÍN MURCIA F; CANGAS A; POZO E; SÁNCHEZ M; LÓPEZ M (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 16, 187-203.

MARTÍN MURCIA F; CANGAS A; POZO E; SÁNCHEZ M; LÓPEZ M (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 1, 33-38.

MILLON T. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. Madrid, TEA.

MINUCHIN, S (2001). *Familias y terapia familiar*. Barce-

lona, Gedisa.

PELÁEZ M A; LABRADOR F J; RAICH R M (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol./Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* 5, 131-144.

PERUGI G; AKISKAL H S (2002). The soft bipolar spectrum redefines: focus on the cyclothimic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol and binge eating connections in bipolar II and related conditions. *Psychiatric Clinic North American*, 25, 713-737.

QUILES MARCOS Y; TEROL M; QUILES M J (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 313-333.

R DEVELOPMENT CORE TEAM (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna: <http://www.R-project.org>.

RÄMSTAN M (1999). Personality and eating disorders. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26, 105-106.

ROBIN A L; SIEGE, P T; MOYE A (1995). Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 313-322.

ROSENVINGE J H; MARTINUSSEN M; OSTENSEN E (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.

SALDAÑA C; TOMÁS I; BACH L (1997). Técnicas de intervención en los trastornos alimentarios. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.

STEINHAUSEN H C (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 225-242.

TORO J; VILARDELL E (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona, Martínez Roca.

TORO J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona, Ariel.

VANDEREYCKEN W; CASTRO J; VANDERLINDEN J (1991). *Anorexia y bulimia: la familia en su génesis y su tratamiento*. Barcelona, Martínez Roca.

VAUGHN C E; LEFT J P (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of psychiatry*, 129, 125-137.

VAUGHN C E; SNYDER K; JONES S; ET AL. (1984). Family factors in the relapse of schizophrenic patients.

Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos...

Archives of General Psychiatry, 41, 1169-1177.

WHITAKKER J K (1992). Enhancing social support for high risk youth and their families following residential care. En J. D Van der Ploeg, ET AL., (eds.) *Vulnerable youth in residential care. Part I: Social competence, social support and social climate*. Apeldoorn, Garant Publishers, p. 81-100.

YACKOBOVITCH-GAVAN M; GOLAN M; VALEVSKI A; KREITLER S; ET AL. (2009). An Integrative Quantitative Model of Factors Influencing the Course of Anorexia Nervosa Over Time. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 306-317.

Tabla 1. Puntuaciones MCMI II

	<i>Medias pretest</i>	<i>Medias posttest</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>Sig bilateral</i>
Esquizoide	81,2	56,2	25,1	4,8	0,0
Fóbica	68,3	39,3	32,1	5,6	0,0
Dependiente	56,1	54,8	32,7	0,2	0,8
Histórica	59,0	53,7	27,6	1,0	0,2
Narcisista	48,5	57,7	31,0	-1,8	0,0
Antisocial	53,7	52,5	25,7	0,2	0,8
Agresiva dura	54,8	48,7	27,7	1,0	0,3
Compulsiva	59,7	68,9	28,4	-1,7	0,0
Pasivoagresiva	67,8	38,9	25,4	5,7	0,0
Autodestructiva	70,1	36,6	25,3	6,9	0,0
Esquizotípica	61,5	45,8	24,4	3,0	0,0
Límite	59,9	39,6	23,3	4,0	0,0
Paranoide	58,1	48,9	19,1	2,1	0,0
Ansiedad	56,6	45,0	21,8	2,2	0,0
Histeriforme	52,6	43,6	16,3	2,0	0,0
Hipomanía	56,1	49,2	23,2	1,5	0,1
Neurosis depresiva	53,5	42,7	26,3	2,2	0,0
Abuso de alcohol	32,9	35,8	23,7	-0,5	0,6
Abuso de drogas	53,0	43,5	20,8	2,0	0,0
Pensamiento psicótico	57,6	44,0	20,3	2,6	0,0
Depresión mayor	55,5	31,0	22,8	4,2	0,0
Delirios psicóticos	61,4	50,9	15,9	2,4	0,0

(*p < 0,05)

Tabla 4. Relaciones de pareja y evolución

	<i>N</i>	<i>TCA Postest</i>	<i>Psicopatología general (PG) postest</i>
Relación de pareja AN	10	2 TCA 6 NO TCA 2 Atípico	5 NO PG 5PG *
No relación de pareja AN	11	5 TCA 6 NO TCA	1 NO PG 10 PG *
Relación de pareja BN	9	2 TCA 6 NO PG 1 Atípico	6 NO TCA 3 PG
No relación de pareja BN	4	4 NO TCA 0 TCA	4 NO PG 0 PG

* ($p = 0,05$)