

Intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Impacto en la carga familiar

D. Alberto Espina. Psiquiatra.

Dña. M^a Asunción Ortego. Psicóloga. Unidad de Salud Infanto-Juvenil de Torremolinos. Servicio Andaluz de Salud.

La familia ante la enfermedad.

La enfermedad grave supone un desafío importante para las familias y les obliga a poner en marcha medidas adaptativas para afrontarla de la mejor manera posible. Desde el modelo bio-psico-social, los servicios asistenciales deben conocer el tipo y curso "natural" de la enfermedad, los aspectos referidos al enfermo, su familia, especialmente su estructura, estilos relacionales y sistema de valores y creencias, junto con el contexto en el que viven, para evaluar adecuadamente los recursos y carencias, y poder realizar así intervenciones eficaces, si estas fueran necesarias.

El impacto que produce la enfermedad grave va a provocar una serie de cambios en la vida familiar que pueden desajustar su funcionamiento. Si la enfermedad se hace crónica, lo cual sucede con demasiada frecuencia en los trastornos alimentarios, la familia se ve sometida a una "carga", que hace referencia al impacto que la convivencia con el paciente produce en la salud y el estilo de vida de los familiares (Fadden, et al, 1987). La "carga objetiva" se refiere a los efectos sobre la vida social, problemas económicos y de tiempo libre, especialmente en la persona que ejerce el rol de "cuidador primario" del paciente, y la "carga subjetiva" es la derivada del estrés producido por la conducta del paciente que lleva a los familiares a tener sentimientos de inadecuación, cólera y culpa.

La carga se ve muchas veces acompañada por el estigma social que afecta a las familias de enfermos mentales debido a su estigmatización.

liares, y ambos favorecen relaciones enmarañadas en las que la comunicación se vuelve disfuncional, apareciendo frecuentes conflictos. Todo ello lleva a una situación en la que el estrés es alto, por la preocupación y dedicación que conlleva el hecho de tener un enfermo en el hogar, y el apoyo social se ve limitado por el aislamiento. La familia puede también ver alteradas sus conductas alimentarias debido a un intento de adaptación a la paciente. De esta manera, las relaciones familiares se ven sometidas a una gran presión, a la vez que disfrutan de poco soporte social, por lo que la irritabilidad, ansiedad, depresión, alexitimia, síntomas psicósomáticos y conflictos relacionales se van a dar en mayor proporción que en familias sin un paciente en la familia.

En la adolescencia, edad en la que suelen aparecer con mayor frecuencia los TA, el proceso de autonomización es un elemento clave en el pasaje a la edad adulta. Las pacientes con un TA, necesitan separarse de sus padres, pero por otro lado se muestran incapaces hasta de alimentarse por sí mismas, lo cual estimula conductas controladoras en los padres que hacen sentirse mucho más dependientes a las pacientes y provocan reacciones de rebeldía, expresadas muchas veces a través de las conductas alimentarias anómalas.

La persona que ejerce el rol de cuidador primario, casi siempre la madre, deja a un lado áreas importantes de su vida social y profesional y se ve sometida a una mayor carga

adopte conductas sobreprotectoras, que pueden crear nuevos problemas al dificultar el desarrollo de la paciente y su autonomización, convirtiéndose, paradójicamente, en un freno para la recuperación.

En los trastornos alimentarios los padres se ven sometidos a esta situación, muchas veces agravada por la incompreensión de los servicios asistenciales que, en lugar de brindarles apoyo, los culpabiliza de la patología de la hija, achacando el trastorno a una educación inadecuada o a conflictos familiares previos. Sabemos que en los TA frecuentemente existen antecedentes familiares de trastornos afectivos, abuso de alcohol, trastornos alimentarios, obesidad, dificultades en relación con la autonomía y problemas de pareja (Woodside, 1993). Pero esos

«Debemos evitar la atribución causal que lleva a calificar a estas familias de patológicas»

antecedentes existen en otras patologías y no se dan siempre en los TA, por lo que debemos evitar la atribución causal que lleva a calificar a estas familias de "patológicas", cuando no "culpables" del problema de su hija.

Por otro lado no debemos desdeñar estos aspectos pues, aunque su papel etiológico no está demostrado, la salud y el funcionamiento familiar son de gran importancia para afrontar una situación tan difícil como el hecho de tener una hija con un TA. Por ello nos interesará cómo era la familia antes y cómo funciona ahora, con vistas a discriminar los problemas que se dan en la familia.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es la forma de relacionarse con el paciente. La actitud emocional de los familiares hacia el paciente ha sido estudiada a través del constructo Emoción Expresada (EE) (Leff y Vaughn, 1985) y se ha comprobado que las conductas críticas, hostiles y sobreimplicadas de los familiares, favorecen la recaída en diferentes patologías. Las conductas de sobreimplicación emocional son muy frecuentes en los familiares de las pacientes con TA: control excesivo, relaciones simbióticas y respuestas emocionales excesivas. Las conductas controladoras de los padres suelen ser estimuladas por la conducta alimentaria de la hija, pero la solución intentada se convierte en otro problema. Además las reacciones emocionales excesivas actúan como culpabilizaciones muy dañinas para una hija con baja autoestima y depresión.

Generalmente las conductas críticas y hostiles suelen asociarse a la frustración y al desconocimiento del problema. No suele ser difícil entender y aceptar enfermedades de carácter orgánico en el seno de la familia, pero el que una persona no coma, o se de atracones y vomite, resulta incomprendible para los familiares, lo cual favorece conductas altas en emoción expresada.

Numerosos estudios han confirmado que el criticismo y la hostilidad favorecen la recaída en pacientes depresivos (Espina, 1993). En los trastornos de la alimentación casi siempre encontramos depresión, por lo que las conductas críticas de los padres van a incidir negativamente en la paciente. Dare, Eisler, Russel y Szmulder, (1990) hallaron que altos niveles de EE en las madres de hijas

con TA se asociaban al abandono en la terapia familiar.

Un ensayo controlado.

Vamos a presentar algunos datos sobre el cambio hallado en algunos aspectos de la carga familiar, ansiedad, depresión y alexitimia, en un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos de la conducta alimentaria (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2000^a, 2000^b, 2002; Espina, Ortego, Ochoa de Alda, y Alemán, 2001).

Muestra

La muestra estaba compuesta por 52 familias con una hija con un trastorno alimentario: 26 con anorexia nerviosa y otras 26 con bulimia nerviosa, según criterios diagnósticos del DSM-IV. La edad media de las pacientes era 20,29 años (dt. 4,32), la edad media de inicio de la enfermedad era 16,54 años (dt. 2,78). Los meses de enfermedad: media 44,41 (dt. 32,08). Edad del padre: media 49,89 (dt. 5,50) y de la madre 49,08 (dt. 6,45).

Variables e instrumentos de medida

En los artículos citados se describe la batería completa de pruebas utilizadas en este estudio.

- Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979).
- Self-Rating Anxiety Scale (SAS) (Zung, 1971).
- Beck Depresión Inventor (BDI) (Beck, 1961).
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) Bagby, Parker, y Taylor (1994)

Intervenciones

Las intervenciones han sido descritas extensamente en Espina et al. (2000), por lo que únicamente su-

mos a nombrarlas aquí. Fueron de dos tipos: 1. Terapia familiar sistémica (TFS) (Espina, 1996), y 2. Grupo de apoyo de padres (Espina y Ortego, 1998), más terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG). Los meses de tratamiento fueron: TFS rango = 4-12, GAP+TG 12 en todos los casos. La media de sesiones de la TFS fue de 26,17 (Dt = 9,3, rango = 9-40). En la GAP+TG los padres recibieron 19 sesiones y las hijas 34.

Procedimiento

La muestra fue obtenida de la Asociación Contra la Anorexia y Bulimia de Euskadi (ACABE) de Guipúzcoa

Los sujetos fueron evaluados consecutivamente por psicólogas entrenadas en la pasación de las pruebas diagnósticas, y asignados al azar a las dos modalidades de tratamiento. Se envió a las pacientes a su médico de cabecera para que les realizara un examen para evaluar el riesgo de descompensación somática, así como su estado físico general. El peso y estatura fue controlado por el equipo investigador. Al año de iniciada la intervención se volvieron a administrar las pruebas de la evaluación inicial.

Resultados

Padres, madres e hijas mostraron mejorías significativas en la evaluación postratamiento en alexitimia con ambas intervenciones. En el grupo TFS las madres mejoraron en ansiedad y depresión y los padres en ansiedad. Las hijas mejoraron en ansiedad y depresión con ambas intervenciones. En la tabla 1 podemos ver el cambio en alexitimia, ansiedad, depresión y EAT de la evaluación pretratamiento al postratamiento, en padres e hijas en el grupo de TFS.

«El que una persona no coma, o se de atracones y vomite, resulta incomprendible para los familiares»

Tabla 1. Comparación pre-postratamiento en alexitimia, ansiedad, depresión y EAT en el grupo de Terapia Familiar Sistémica.

	Media	N	Dt.	t	gl	Sig.
MTAS	55.19	26	11.42			
MTAS1	46.27	26	11.91	5.934	25	.000
PTAS	49.62	26	10.64			
PTAS1	42.38	26	11.36	4.057	25	.000
PSAS	32.73	26	5.96			
PSAS1	30.42	26	6.32	2.368	25	.026
PBDI	6.69	26	6.37			
PBDI1	5.42	26	6.26	1.420	25	.168
MSAS	39.96	26	6.90			
MSAS1	33.69	26	8.65	3.408	25	.002
MBDI	11.46	26	6.35			
MBDI1	6.88	26	5.67	3.349	25	.003
HBDI	23.69	26	10.31			
HBDI1	8.69	26	5.79	8.969	25	.000
HSAS	45.08	26	9.62			
HSAS1	33.42	26	6.31	7.070	25	.000
HEAT	62.85	26	11.25			
HEAT1	18.69	26	13.37	14.311	25	.000
HTAS	64.38	26	11.75			
HTAS1	46.27	26	11.74	10.713	25	.000

MTAS = TAS en la madre; PTAS = TAS en el padre; HTAS = TAS en la hija; MSAS = SAS en la madre; PSAS = SAS en el padre; HSAS = SAS en la hija; MBDI = BDI en la madre; PBDI = BDI en el padre; HBDI = BDI en la hija; HEAT = EAT en la hija.

Tabla 2. Comparación pre-postratamiento en alexitimia, ansiedad, depresión y EAT en el grupo de Apoyo de Padres + Terapia de Grupo.

	Media	N	Dt.	t	gl	Sig.
MTAS	56.04	26	12.91			
MTAS1	48.54	26	11.81	6.961	25	.000
PTAS	54.08	26	10.58			
PTAS1	46.23	26	11.41	5.931	25	.000
PSAS	36.16	25	7.03			
PSAS1	35.08	25	6.89	.809	24	.427
PBDI	7.12	25	5.04			
PBDI1	6.00	25	4.72	1.395	24	.176
MSAS	37.08	26	7.13			
MSAS1	35.96	26	7.27	1.246	25	.224
MBDI	10.27	26	8.57			
MBDI1	8.73	26	8.63	1.736	25	.095
HBDI	24.42	26	5.20			
HBDI1	15.15	26	6.46	5.514	25	.000
HSAS	47.08	26	6.57			
HSAS1	35.85	26	5.85	6.993	25	.000
HEAT	61.12	26	14.80			
HEAT1	31.85	26	18.47	7.374	25	.000
HTAS	65.19	26	8.65			
HTAS1	55.50	26	9.51	6.286	25	.000

MTAS = TAS en la madre; PTAS = TAS en el padre; HTAS = TAS en la hija; MSAS = SAS en la madre; PSAS = SAS en el padre; HSAS = SAS en la hija; MBDI = BDI en la madre; PBDI = BDI en el padre; HBDI = BDI en la hija; HEAT = EAT en la hija.

En la tabla 2 podemos ver el cambio en el grupo GAP+TG.

Conclusiones

1. Ambas intervenciones son eficaces para mejorar la alexitimia en padres, madres e hijas.
2. La TFS es eficaz para mejorar la ansiedad y depresión de las madres y la ansiedad de los padres.
3. Ambas intervenciones son eficaces para mejorar la ansiedad, depresión y las puntuaciones en el EAT de las hijas.
4. Sería conveniente incluir intervenciones específicas para la ansiedad y depresión en los grupos de padres.

Bibliografía

- Bagby, Parker, y Taylor (1994). Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Beck, A. T., Ward, C. M., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F. M. y Szmulker, 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.
- Espina, A. (1993). Factores familiares y depresión. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 22, 5-16.
- Espina, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nervosa. En A. Espina y B. Putnam

- (Eds), *Terapia Familiar Sistémica. Teoría, Clínica e Investigación* (pp. 153-184). Madrid: Fundamentos.
- Espina, A. y Orrego, A. (1998). Grupo de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de terapia familiar*, 37, 39-49.
- Espina, A., Orrego, A. y Ochoa de Alda, I. (2000a). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. *Anales de Psiquiatría*, 16 (8), 322-336.
- Espina, A., Orrego, A. y Ochoa de Alda, I. (2000b). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. *Anales de Psiquiatría*, 17 (2), 64-72.
- Espina, A., Orrego, A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2001). Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 58/59, 29-40.