

Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios

A. Espina¹, M.A. Ortego², I. Ochoa de Alda³, A. Alemán⁴

Resumen

Objetivo: la eficacia en el trastorno de la imagen corporal de dos intervenciones-terapia: familiar sistémica (TFS) y grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG), fue investigada en pacientes ambulatorios con trastorno alimentarios (TA) al final de la intervención. Método: setenta y un pacientes con trastornos alimentario (según criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, DSM-IV; American Psychiatric Association, APA, 1994) fueron asignados aleatoriamente a cada uno de los dos tratamientos. La evaluación fue realizada con entrevistas, el Body Shape Questionnaire y la escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory al inicio y al final del tratamiento. Resultados: ambos tratamientos fueron significativamente efectivos para mejorar la imagen corporal. La TFS produjo mejores resultados que la GAP+TG, especialmente en pacientes con bulimia nerviosa (BN). Discusión: los resultados avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la imagen corporal en pacientes ambulatorios con TA.

Palabras clave: trastorno de la imagen corporal. Trastornos alimentarios. Terapia familiar sistémica. Terapia de grupo. Grupo de apoyo de familiares.

Summary

Objective: The efficacy in body image disturbance of two interventions: systemic family therapy (SFT) and parents support group + group therapy (PSG+GT), was investigated in outpa-

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

¹Psiquiatra. Psicoterapeuta. Profesor titular y director del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

²Psicóloga. Pedagoga. Terapeuta familiar. Jefa de Organización y docente del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

³Psicólogo. Terapeuta familiar. Jefe de estudios y del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

⁴Psicóloga. Terapeuta familiar.

Correspondencia: Dr. Alberto Espina Eizaguirre.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología,

Avenida de Tolosa, 70.

20018 SAN SEBASTIÁN (Guipúzcoa)

E-mail: ptpeseia@ss.ehu.es

tients with eating disorders (ED) at the end of the treatment. Method: Seventy one participants with ED (according to criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV; American Psychiatric Association, APA, 1994) were randomly assigned to one of two treatment groups. Assessment was by interview, Body Shape Questionnaire and the body dissatisfaction scale of the Eating Disorders Inventory at the beginning and at the end of treatment. Results: Both treatments were high significantly effective at one year in terms of reductions in body image disturbance. SFT produced significantly greater results than did PSG+GT, especially in patients with bulimia nervosa (BN). Discussion: The results provide support for the efficacy of this type of interventions to improve body image in outpatients with eating disorders.

Key words: Body image disturbance. Eating disorders. Systemic family therapy. Group therapy. Parents' support group.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones sobre la imagen corporal (IC) se han centrado en dos componentes: uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (Gardner, 1996). Cash (1994) distingue tres dimensiones en las actitudes hacia el cuerpo: a) evaluación (por Ej. satisfacción corporal, apreciación cognitiva y pensamientos evaluativos que derivan de discrepancias con el self ideal; b) inversión cognitivo- conductual (por Ej. esquemas sobre la apariencia, fuerza de las ideas internalizadas sobre el físico); c) afecto (por Ej. disforia situacional sobre la imagen corporal).

La distorsión corporal hace referencia a la discrepancia entre la percepción y creencias sobre la talla o figura y la realidad observable. La insatisfacción corporal se refiere al disgusto con el propio cuerpo. Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados pero diferentes: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

El trastorno de la imagen corporal (TIC), trastorno dismórfico o dismorfofobia, incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Lo cual lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión

de los demás y a pensar que no se vale ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales. Como señala Hutchinson (1982) la imagen corporal se refiere a la descripción corporal donde cuerpo-mente-cultura se relacionan, es el espacio donde confluyen los pensamientos, sensaciones, percepciones, actitudes, valores y juicios sobre nuestro cuerpo.

La magnitud de la disparidad entre, autopercepción del físico y las ideas internalizadas sobre el mismo, están asociadas a la insatisfacción corporal y a los Trastornos alimentarios (TA) (Cash y Szymanski, 1995; Jacobi y Cash, 1994; Strauman y Glemberg, 1994). Bruch (1962) destacó que en los pacientes con trastornos alimentarios la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerdan. Para Hutchinson (1982) las distorsiones en la percepción de la talla son efímeras y por ello no deben ser un criterio en los TA, mientras que Cash y Brown (1987) y Cooper y Taylor (1988) encontraron una sobreestimación de la talla en pacientes con TA, especialmente con Bulimia nerviosa (BN), aunque también se daba, en menor medida, en el grupo control, lo cual es atribuido por Rodin, Silberstein y Striegel-Moore (1985) al peso de la cultura. Las alteraciones en la imagen corporal es un criterio diagnóstico esencial en la anorexia y bulimia nerviosas según la American Psychiatric Association (APA, 1994).

Bruch (1973) apuntó la hipótesis de que en

los TA el control del peso era una forma de sentir que tenían autonomía frente a unos padres sobreprotectores, Selvini (1974) y Crisp (1980) planteaban que las anoréxicas vivían el cuerpo como amenazante en la pubertad y adelgazando volvían a un estado prepuberal. Muchas mujeres con TA han tenido experiencias de rechazo social asociado a su apariencia y/o agresión sexual, por lo que el cuerpo se convierte en algo negativo que hay que controlar (Brown, Cash y Lewis, 1989; Fabian y Thomson, 1989; Wooley y Kearney-Cooke, 1986). Las distorsiones de la imagen corporal juegan un papel muy importante en los TA y una negativa imagen corporal suele ir asociada a baja autoestima (Fairburn y Garner, 1986; Cash y Green 1986; Garner, Garfinkel y Berato, 1987). La insatisfacción corporal ha sido asociada a los TA en diferentes etnias y culturas (Powel y Khan, 1995; Ruckert y Cash, 1992).

Rosen (1996) revisó los ensayos controlados sobre intervenciones en TA en los que se incidía en la imagen corporal y concluyó que en los 5 estudios revisados sobre terapia cognitivo-conductual (TCC) se obtenían mejorías significativas comparado con pacientes en lista de espera, aunque en los dos estudios en los que se comparaban con sujetos normales la mejoría no era significativa. La TCC que no incluye trabajo sobre la IC es inefectiva en AN y BN (Channon, De Silva, Hemsley y Perkins, 1989; Kirkley, Schneneider, Agras y Bachman, 1985). En los estudios en los que se aplicaba TCC, que incluía trabajo sobre imagen corporal, a pacientes con BN los resultados eran modestos y peores en AN (Fairburn et al., 1991; Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993; Wolf y Crowther, 1992, Channon et al. 1989), mientras que en otros trastornos (obesidad, mujeres preocupadas por su peso y trastorno dismórfico) los resultados eran mejores (Rosen, Orosan y Reiter, 1995). La terapia de grupo psicoeducativa es inefectiva para mejorar el TIC (Berry y Abramowitz, 1989; Connors, Jonson y Stuke, 1984). La terapia interpersonal es igual de efectiva en imagen corporal que la TCC en el seguimiento (Fairburn et al. 1991, 1993); (Garner et al., 1993) compararon la CCT y la psicoterapia dinámica y encontraron que la primera era ligeramente superior, pero ninguna de las dos conseguía cambios importantes.

En el estudio de Robin, Siegel, Koepke, Moyer y Tice (1994) en el que comparaban terapia individual orientada al yo y terapia familiar conductual aplicadas a pacientes con AN, la mejoría se daba únicamente en una de las dos medidas utilizadas.

A nivel terapéutico Fairburn et al. (1993) y Rosen (1992, 1996) destacan que el trastorno de la imagen corporal juega un papel importante en el mantenimiento y pronóstico de los TA y la ausencia de cambios en ese nivel constituye un riesgo de recaída.

El objetivo de este trabajo es comparar el cambio producido en la imagen corporal 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+ 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, 2000) así como el cambio en alexitimia (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2001). Una descripción detallada de la metodología empleada en este estudio puede verse en Espina et al. (2000), en este trabajo nos referiremos brevemente a los aspectos metodológicos, centrándonos en las diferencias entre la evaluación pretratamiento y postratamiento en las variables señaladas.

MÉTODOS

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.

Evaluación

Variables e instrumentos

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

- Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979) prueba autoaplicada de 40 ítems

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas en la evaluación pretratamiento

(Evaluación 0).

	TFS en ANR	TFS en ANB	TFS en BN	GAP+TG en ANB	GAP+TG en BN
	n= 14	n= 12	n= 18	n= 10	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 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 Hospital					
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
IMC	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)
Sí			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. NSE: nivel socioeconómico; ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva. ANB: Anorexia Nerviosa Bulímica. BN: Bulimia Nerviosa.

que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30 (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991).

- Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Cuestionario autoaplicado, consta de 34 ítems. Sirve para evaluar el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. El punto de corte utilizado es 105 (Raich et al. 1996).

- Escala de insatisfacción corporal (InC) del Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) (Garner, 1998). Cuestionario autoaplicado, consta de 9 ítems, no hemos utilizado punto de corte (TEA).

Las intervenciones fueron: *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.

Encuadre y proceso. Terapia unifamiliar, conducida por uno o dos terapeutas, en la que se incluirán sesiones familiares conjuntas al principio, más tarde con subsistemas, con díadas y sesiones individuales; la periodicidad de las sesiones será semanal, al principio, y posteriormente se van espaciando. Si la paciente es joven y no presenta una psicopatología grave, la terapia es fundamentalmente familiar. Con pacientes adultas se inicia una terapia familiar, junto con sesiones individuales periódicas, para centrarnos más adelante en la terapia individual y realizar sesiones familiares esporádicas. Las sesiones son de 1 hora aprox. La primera sesión consta de: fase social, fase de definición del problema y fase de interacción. En la segunda sesión se exploran las familias de origen y se fijan objetivos explícitos e implícitos. El número de las sesiones se limitó a un máximo de 40. Las técnicas utilizadas eran directas y paradójicas dentro y fuera de la de

sesión, desarrolladas por las escuelas sistémicas (Espina, 1996).

Respecto a la imagen corporal, las intervenciones se centraban en varios aspectos: 1. La imagen corporal como mensaje enviado a la familia y a la sociedad, especialmente en la AN, 2. Dificultad en la asunción del cuerpo sexuado, debida muchas veces a experiencias negativas vinculadas al cuerpo: abuso sexual, rechazo social, burlas y a la relación con el padre vivida como peligrosa al desarrollarse su cuerpo sexuado 3. Identidad y autoestima, 4. Identificación con la madre y proceso de separación-individuación con ella, 6. Significado atribuido a cada parte del cuerpo relacionándolo con cualidades e identificaciones, 7. Desplazamiento al cuerpo de conflictos psicológicos por Ej. , deseo de controlar impulsos vividos como negativos y rechazo de los mismos, deseo de desembarazarse de “deformidades físicas” vinculadas a aspectos yoicos y/o a experiencias negativas. Dicho de otra manera, la paciente se centra en el cuerpo por varias razones: teme su sexualidad y quiere un cuerpo no deseable (AN), no se valora como persona e intenta resolver ese problema teniendo un cuerpo como las “top models” para así ser valorada, se centra en la apariencia física para no pensar en otras cosas que le crean conflicto, experiencias de rechazo por su cuerpo obeso le anclan en la idea de que delgada no será rechazada, la madre es obesa y no desea ser como ella y/o quiere separarse de ella, atribuye al cuerpo o a partes del mismo cualidades psicológicas y de género rechazadas.

El planteamiento general es que la insatisfacción corporal y la sobrevaloración del mismo, se deben a que en él se depositan otras problemáticas, tanto intrapsíquicas como relacionales. La terapia irá dirigida a minimizar la importancia de la apariencia física, realzando la persona y ayudando a desarrollar los aspectos personales que no han podido desarrollarse adecuadamente, por déficit en la crianza o por experiencias traumáticas, y a resolver los conflictos relacionales. El proceso consiste en vincular la insatisfacción corporal con los problemas señalados, dejar de lado la IC como tema de conversación (desfocalizar) y centrarse en la solución de los problemas “originales”, tanto intrapsíquicos como relacio-

nales, utilizando interpretaciones dinámicas y técnicas sistémicas en sesiones familiares e individuales.

Los grupos de apoyo de padres. Se realizaban en sesiones quincenales de 1,30 horas, durante un año, totalizando 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 2 terapeutas (hombre y mujer) e integrado por padres de hijos de una patología: ANB o BN. Respecto a la imagen corporal se explicaba a los padres que la insatisfacción corporal se debía a varios factores: la presión social, la baja autoestima y el desplazamiento al cuerpo de problemas que tenían más que ver con dificultades personales y relacionales.

Terapia de grupo para los pacientes. Se realizaba en sesiones semanales de 1,30 horas, durante un año. Totalizando 34 sesiones. Cada grupo fue coordinado por 2 psicoterapeutas mujeres. Encuadre. Grupos formados por 8-10 sujetos homogéneos en cuanto a patología. La orientación era gestáltica (Harper-Giufre, & MacKenzie, 1992) siguiendo un modelo de psicoterapia breve focalizada en su situación vital actual y en las relaciones familiares. Se utilizaron las siguientes técnicas: fantasías dirigidas, polaridades, técnicas de relajación, role-playing, silla vacía, ejercicios de movimiento, escultura, tareas para casa. Proceso: 1. Al principio se explica el encuadre y se desarrolla una fase social de presentación y expectativas (deseos y temores). 2. Historia del problema y tratamientos previos, vivencias y causas de abandonos. 3. Ejercicios de cohesión: la mujer en la sociedad actual. ¿Yo valgo por mí misma o por mi apariencia?. 4. Imagen corporal: valoración y aceptación del propio cuerpo. Autoestima. 5. Control y descontrol (interno y externo). 6. Relaciones familiares y autonomización. 7. Relaciones sociales y afectivas. El trabajo sobre la imagen corporal se realizaba con viajes de fantasía y ejercicios corporales grupales por Ej. En relajación imaginar una flor interior a la que el aire que respira ayuda a crecer, se desarrolla y la cuida. Descripción corporal por parejas. Viaje de fantasía visitando el museo y convertirse en estatua que cobra vida. Salir y entrar en un círculo formado por el resto del grupo. Dejarse caer y que le recojan, etc...

Procedimiento

Los sujetos fueron evaluados por 4 psicólogas clínicas entrenadas en la pasación de las pruebas. Desconocían la condición del tratamiento y no participaron en la terapia de ninguno de los casos. Todos los sujetos fueron evaluados al inicio y final del tratamiento con las mismas pruebas. En cada evaluación se administró una batería amplia de pruebas diagnósticas que incluía a toda la familia, en este trabajo vamos a referirnos a los instrumentos descritos anteriormente. Los pacientes fueron evaluados consecutivamente, según nos los enviaban de ACABE. Se les realizó una entrevista para realizar el diagnóstico según criterios DSM-IV, recoger información sobre la historia de enfermedad y aplicar las escalas. A los padres se les recogió información sobre variables sociodemográficas, clínicas e historia de la enfermedad, y una batería de pruebas que no describiremos aquí por no ser objeto de este trabajo. 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 nosotros. Al finalizar el tratamiento se volvieron a pasar las pruebas de la evaluación inicial (Evaluación 0).

La asignación de los sujetos a los grupos fue realizada al azar, siguiendo el orden de llegada al centro, los grupos se formaron al principio con la bolsa de pacientes que estaban esperando, con el fin de evaluarlos todos a la vez e iniciar las intervenciones nada más evaluarlos. Para los análisis estadísticos hemos dividido la muestra de dos formas: para estudiar los resultados por patologías hemos dividido la muestra en 5 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) y 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 todas las variables estudiadas (clínicas, sociodemográficas e historia de la enfermedad) 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 for Social Sciences (SPSS) para windows, versión 9.

RESULTADOS

Abandonos y derivaciones. *Abandonaron* en los 2 primeros meses de la intervención siete casos (25,9%): 3 con ANB y 4 con BN asignados a la intervención GAP+TG. Fueron *derivados a tratamiento hospitalario* por riesgo de suicidio dos casos (4,5%), 1 con ANB y 1 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 situación caótica familiar nos llevó a decidir, al cabo de 4-5 sesiones, que la terapia ambulatoria no ofrecía contención suficiente y fueron derivados a un servicio hospitalario. Los abandonos y derivaciones no han sido incluidos en los análisis posttratamiento.

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 nin-

guno, pues solo había un tipo de intervención. Al comparar los grupos TFS (n = 44) y GAP+TG (n = 27), hemos encontrado diferencias significativas en el ICM y la regla, debido a la presencia de ANR en el grupo TFS.

Hemos analizado las diferencias de puntuaciones totales entre la evaluación pre y posttratamiento en los grupos 1-5 y hemos hallado mejoras significativas en las puntuaciones totales del BSQ y la escala de insatisfacción corporal del EDI-2, en todos los grupos. Respecto al IMC hemos hallado aumentos significativos en todos los grupos excepto en el 4 (ver tabla 3). En los grupos TFS (n = 42) y GAP+TG (n = 20) también encontramos mejoras significativas (ver tabla 4).

Al dicotomizar las variables BSQ (normal-patológico) y regla (presente-ausente) y hacer análisis pre-post, encontramos que en el grupo 1 (TFS en ANR) aparecen cambios significativos en el BSQ, solo un paciente puntúa patológico en la evaluación posttratamiento y todas las pacientes tienen la regla en la evaluación posttratamiento. En los grupos 2 y 3 encontramos mejoras significativas en las dos variables. En el grupo 4 (GAP+TG en ANB), únicamente hallamos una tendencia a la significación ($p = .06$) en el BSQ y en la regla. En el grupo 5 (GAP+TG en ANB) hallamos una tendencia a la significación ($p = .06$) en el BSQ.

Como ya hemos señalado, no encontramos diferencias significativas en la evaluación 0 entre los grupos 2-4 y 3-5. Más tarde hemos comparado los mismos grupos, 2-4 y 3-5, en la evaluación 1 en las variables cuantitativas, mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y hemos encontrado los siguientes resultados: Al comparar los grupos 2 y 4 no hemos hallado diferencias significativas en las variables estudiadas, excepto en un menor número de sesiones en el grupo 2 ($z = -3.180$; $p = .001$). Al comparar los grupos 3 y 5 hemos encontrado diferencias significativas con mejores resultados en el grupo 3 en el BSQ ($z = -2.983$; $p = .002$), en la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 ($z = -2.092$; $p = .038$), así como en un menor número de sesiones en el grupo 3 ($z = -3.567$; $p = .000$). Es decir que la mejoría hallada en el grupo 3, TFS en BN, es superior a

Tabla 2
Resultados pre-post en insatisfacción con la imagen corporal e índice de masa corporal en los grupos 1 - 5

		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	n	z	p	n	z	p	n	z	p			
InC (EDI-2)	Rangos +	0			0			0			0			0			0			0			0			0			0		
	Rangos-	13			10			17			7			11																	
	+/-	0	-3,18	.001	1	-2,81	.005	1	-3,62	.000	0	-2,37	.018	2	-2,93	.003															
BSQ	Rangos +	0			0			0			0			0			0			0			0			0			0		
	Rangos-	13			11			18			7			13																	
	+/-	0	-3,18	.001	0	-2,93	.003	0	-3,72	.000	0	-2,36	.018	0	-3,18	.001															
IMC	Rangos +	13			9			6			5			10																	
	Rangos-	0			2			8			1			1																	
	+/-	0	-3,18	.001	0	-2,40	.016	4	-0,72	.470	1	-1,57	.116	2	-2,49	.013															

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. InC (EDI-2): escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory 2; BSQ: body shape questionnaire; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 3
Resultados pre-post en los grupos Terapia Familiar Sistémica (TFS) y Grupos de Apoyo de Padres más Terapia de Grupo (GAP+TG)

		TFS					GAP+TG				
		n=42					n=20				
		Media	(e.t)	T	G.l.	P	Media	(e.t)	T	G.l.	P
InC (EDI-2)	pre	18.29	(0.90)				20.20	(1.36)			
	post	6.86	(1.01)				12.95	(1.88)			
	cambio	11.43	(0.94)	12.13	41	.000	7.25	(1.65)	4.40	19	.000
BSQ	Pre	142.43	(3.96)				154.25	(6.05)			
	Post	68.19	(4.34)				104.20	(8.80)			
	cambio	74.24	(4.56)	16.26	41	.000	50.05	(7.10)	7.05	19	.000
IMC	Pre	19.52	(0.44)				20.70	(0.56)			
	Post	21.12	(0.64)				20.73	(0.78)			
	cambio	1.60	(0.36)	4.38	41	.000	0.03	(0.52)	.049	19	.961

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva; ANB: Anorexia Nerviosa Bulímica; BN: Bulimia Nerviosa. . InC (EDI-2): escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory 2; BSQ: body shape questionnaire; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 4
Resultados pre-post en presencia/ausencia de patología en el body shape questionnaire (BSQ) y en la regla en los grupos 1-5

		TFS			TFS			TFS			GA+TG			GAP + TG		
		ANR			ANB			BN			ANB			BN		
		Ev. 0	Ev. 1	Sig. Ev. 0	Ev. 1	Sig. Ev. 0	Ev. 1	Sig. Ev. 0	Ev. 1	Sig. Ev. 0	Ev. 1	Sig. Ev. 0	Ev. 1	Sig. Ev. 0	Ev. 1	Sig.
		n=14	n=13	n=12	n=11	n=18	n=18	n=10	n=7	n=17	n=13	n=13	n=13	n=13	n=13	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
BSQ																
<105		12 (92,3)	***		10 (90,9)	**	1 (5,6)	15 (88,9)	***	5 (71,4)	.06		5 (38,5)	.06		
>104	14 (100)	1 (7,7)		12 (100)	1 (9,1)		17 (94,4)	2 (11,1)		10 (100)	2 (28,6)		17 (100)	8 (61,5)		
Regla																
Sí		12 (100)	***		11 (100)	***	17 (84,4)	18 (100)	NS	4 (57,1)	.06		17 (100)	13 (100)	NS	
No	13 (100)			12 (100)			1 (5,6)			10 (100)	3 (42,9)					

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

** p ≤ .01, *** p ≤ .001

la hallada en el grupo 5, grupo de GAP+TG en BN, en todas las variables estudiadas

Finalmente, hemos comparado los grupos TFS y GAP+TG en la evaluación postratamiento, excluyendo las variables IMC y regla, y hemos hallado que el grupo TFS presenta mejores resultados, estadísticamente significativos, en el BSQ ($T = -3.67$, g.l. 60, $p = .001$), y en la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2 ($T = -3.11$, g.l. 60, $p = .003$).

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 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 insatisfacción corporal 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.

Desde el modelo sistémico la apariencia corporal es un mensaje dentro de un contexto relacional. A través del cuerpo se transmite información: mírame, aléjate, hazme caso, cuídame, recházame, valórame etc..., también se puede presentar la insatisfacción corporal como un problema para ocultar, o denunciar, otros problemas familiares. Desde el modelo dinámico la imagen corporal está relacionada con el yo, "el yo es ante todo un ser corpóreo" (Freud, 1923), si no se valora el cuerpo, si se está insatisfecho con él, esa insatisfacción remite a insatisfacciones con su persona, a aspectos de su vida y sus relaciones. Desde ambos modelos, la insatisfacción corporal, con todo lo que conlleva, remite a las pautas de crianza y las relaciones familiares actuales. En una revisión de estudios sobre características de las familias de pacientes con TA (Espina, Pumar, García, Santos & Ayerbe, 1994) encontramos que casi todos los autores describen diferencias significativas entre los familiares en las tres patologías. Las familias de bulímicas son las más patológicas, predominando la hostilidad, defectos nutricionales, desligamiento, impulsividad y falta de empatía parental, aunque no aparece conflicto conyugal. En las familias de anoréxico-bulímicas aparece alguno de estos rasgos pero no los déficit en nutrición y sí conflicto conyugal. En las familias de anoréxicas restrictivas los padres son más positivos y el conflicto conyugal más intenso. Desde este punto de vista, el TA se asocia a carencias afectivas, a un déficit en la autoestima y a las relaciones familiares actuales en las que el trastorno cobra sentido. El terapeuta ofrecerá a paciente y familiares una relación en la que puedan desarrollarse.

El planteamiento general de las terapias utilizadas en este trabajo consiste en dejar a un lado

la valoración del cuerpo, para adentrarnos en los problemas relacionales e intrapsíquicos que estarían en la base de la insatisfacción corporal, el terapeuta le dirá al paciente: “nadie tenemos un cuerpo perfecto”, “tú eres más que tu cuerpo, tu apariencia no me interesa, me interesas tú, como persona”, “comprendo que estés obsesionada por tu apariencia, pero tú eres bastante más que tu apariencia”, “si no ocuparas tu mente con la obsesión por tu cuerpo ¿en qué pensarías?”, ¿qué crees que estás diciendo a tus padres con ese cuerpo maltratado? ¿qué consigues con ese cuerpo tan delgado?, “deseas un cuerpo perfecto, pero tienes un cuerpo que resulta desagradable a todo el mundo ¿quién te ha vendido esa idea? ¿qué crees que consigues en realidad? Etc... continuando por las líneas abiertas a través de esas preguntas, utilizamos técnicas sistémicas e interpretaciones, para conseguir el cambio que, obviamente, no se limita a la insatisfacción corporal.

Rosen (1996) planteaba la cuestión de si el cambio en la imagen corporal podría estar mediatizado por cambios en la conducta alimentaria, la autoestima o el humor. En otro trabajo nos referimos al cambio en otras áreas y se confirma que la mejoría en la insatisfacción corporal se acompaña de cambios en el estado de ánimo, la conducta alimentaria y en la psicopatología (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 1999). Nuestros resultados avalan la eficacia de intervenciones que, si bien tienen en cuenta la insatisfacción corporal, se centran en los aspectos intrapsíquicos y relacionales asociados a la imagen corporal.

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 61,1% a 91,7% y los psicológicos de 42,9% a 70%, los cuales habían sido fallidos. 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.**: Practice gui-

- deline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150 (2): 212-228, 1993.
2. **American Psychiatric Association.**: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV)* Washington, DC: Author. 1994.
 3. **Berry, DM, Abramowitz, SI.**: Educative/support groups and subliminal psychodynamic activation for bulimic college women. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 75-85, 1989.
 4. **Brown TA, Cash TF, Lewis RJ.**: Body-image disturbances in adolescent female binge-purgers: A brief report of the results of a national survey in the USA. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30: 605-613., 1989.
 5. **Bruch H.**: Perceptual and Conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24: 187-194, 1962.
 6. **Bruch H.**: *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*, New York: Basic. 1973.
 7. **Cash TF.**: Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78: 1168-1170, 1994.
 8. **Cash TF, Green GK.**: Body weight and body image among college women: Perception, cognition and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50: 290-301, 1986.
 9. **Cash TF, Brown TA.**: Body image in anorexia nervosa y bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11: 487-521, 1987.
 10. **Cash TF, Szymanski ML.**: The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 65: 466-477, 1995.
 11. **Castro J, Toro J, Salamero M, Gimerá E.**: The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 7 (2): 175-189, 1991.
 12. **Channon S, De Silva P, Hemsley D, Perkins RA.**: Controlled trial of cognitive-behavioral and behavioral treatment of anorexia nervosa. *Behavior research and Therapy*, 27: 529-535, 1989.
 13. **Connors ME, Johnson CL, Stukey MK.**: Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 141: 1512-1516, 1984.
 14. **Cooper PJ, Taylor MJ.**: Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Supl. 2): 32-36, 1988.
 15. **Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG.**: The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6: 485-494, 1987.
 16. **Crisp AH.**: *Anorexia nervosa. Let me be*. London: Academic Press. 1980.

17. **Crisp A H, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldam D, Levett G, Bhat A.:** A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159: 325-333, 1991.
18. **Espina A.:** Terapia familiar sistémica en la anorexia nervosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos. 1996.
19. **Espina A, Pumar B, García Santos A, Ayerbe A.:** Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nervosa, 27: 5-17, 1994.
20. **Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I.:** Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Ponencia presentada en el I congreso internacional de intervención Bio-psico-social en los trastornos de la alimentación. Bilbao. 1999.
21. **Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I.:** Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de Psiquiatría*, 16(8): 322-336, 2000.
22. **Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I.:** Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. *Anales de Psiquiatría.*, 17(2): 64-72, 2001.
23. **Fabian LJ, Thomson JK.:** Body image and eating disorders in young females. *International Journal of Eatind Disorders*, 8:63-74, 1989.
24. **Fairburn CG, Garner DM.:** The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5: 403-419, 1986.
25. **Fairburn CG, Jones R, Peveler C, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor M, Burton J, Hop, RA.:** Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48: 463-469, 1991.
26. **Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M.:** Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archive of General Psychiatry*, 50: 419-428, 1993.
27. **Freud S.:** *El yo y el ello*. O.C. Madrid. Biblioteca Nueva, (Ed. Original, 1923), 1967.
28. **Gardner RM.:** Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87: 327-337, 1996.
29. **Garner DM.:** *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid. TEA. 1998.
30. **Garner DM, Garfinkel PE.:** The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 273-279, 1979.
31. **Garner DM, Garfinkel PE.:** Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*. 2; 11: 263-284, 1981.
32. **Garner DM, Garfinkel PE, Bonato DT.:** Body image measurement in eating disorders. *Advances in psychosomatic Medicine*, 17, 1-7, 1987.
33. **Garner M, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M.:** Comparison of cognitive behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150: 37-46, 1993.
34. **Harper-Giuffre H, MacKenzie KR.:** Group psychotherapy for eating disorders. Washington D.C: American Psychiatric Press. 1992.
35. **Hutchinson MG.:** Transforming body-image: Your body, friend or foe? *Women and Therapy*, 1, 59-67, 1982.
36. **Jacobi L, Cash TF.:** In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self and ideal percepts of multiple physical attributes. *Journal of Applied Social Psychology*, 4: 379-396, 1994.
37. **Kirkley BG, Schneneider JA, Agras WS, Bachman JA.:** Comparison of two group treatments for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 43-48, 1985.
38. **Powel AD, Khan AS.:** Racial differences in women's desires to be thin. *International Journal of Eating Disorders*, 17: 191-195, 1995.
39. **Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L.:** Adaptación española de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7 (1): 51-66, 1996.
40. **Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye A, Tice S.:** Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15: 111-116, 1994.
41. **Rodin J, Silberstein LR, Striegel-Moore RH.:** Women and weight: A normative discontent. In T.B. Sonderegger (Ed.). *Nebraska symposium on motivation: psychology and gender* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press, 1985.
42. **Rosen JC, Orosan P, Reiter J.:** Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26: 25-42, 1995.
43. **Rosen JC.:** Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia: The individual and familial context* (pp. 157-177). Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.1992.
44. **Rosen J.C.:** Body image assessment and treat-

-
- ment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (n° 4): 331-343, 1996.
45. **Rucker CE, Cash TF.:** Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among African-American and White college women. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 291-300, 1992.
46. **Selvini M.:** *Self-Starvation*. London: Chaucer Publishing. 1974.
47. **Sluzki C.:** Process, structure and World views: An integrated view of systemic models in family therapy family process, 22: 469-476, 1983.
48. **Strauman TJ, Glenberg AM.:** Self-concept and body image disturbance: Which self-beliefs predict body size overestimation? *Cognitive research and Therapy*, 18: 105-125, 1994.
49. **Wolf EM, Crowther JH.:** An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 3-15, 1992.
50. **Wooley SC, Kearney-Cooke A.:** Intensive treatment of bulimia and body-image disturbance. In K. D. Brownell & J.P. Foreyt (Eds.) *Handbook of eating disorders: Physiology, Psychology, and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. New York. Basic Books. 1986.
51. **Yager J.:** Psychosocial treatments for eating disorders. *Psychiatry*, 57: 153-164, 1994.