

# ACTUALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL CONTEXTO FAMILIAR EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: EL ROL DE LOS PADRES

## UPDATE OF INTERVENTIONS AIMED AT THE FAMILY CONTEXT IN EATING DISORDERS: THE ROLE OF THE PARENTS

Ana Rosa Sepúlveda<sup>1,2,3</sup>, Alba Moreno<sup>1,2,4</sup> y Lucía Beltrán<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Biológica y de la salud,

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. España

<sup>3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6041-2889>

<sup>4</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6303-0915>.

<sup>5</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7254-9575>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sepúlveda, A.R., Moreno, A. y Beltrán, L. (2020). Actualización de las Intervenciones Dirigidas al Contexto Familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario: El Rol de los Padres. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 49-62. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.355>

### Resumen

Los cuidadores de las personas que sufren un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) suelen presentar problemas de salud y estrés asociados con la experiencia de ser cuidador. Mayoritariamente son los padres, ya que el inicio de este trastorno es durante la adolescencia. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión acerca de cuál es la implicación de los factores familiares en la etiología de los TCA, conocer el impacto en la salud y las necesidades de las familias. Se revisaron algunas de las principales intervenciones dirigidas a la psicoeducación o a enseñar habilidades de afrontamiento. Los resultados muestran principalmente que existen algunos aspectos de las familias que pueden facilitar el mantenimiento de la patología como la emoción expresada o acomodarse a la sintomatología alimentaria de los hijos. Los resultados muestran la importancia de intervenir en los factores mantenedores asociados al rol del cuidador familiar, y que las intervenciones dirigidas a enseñar habilidades de afrontamiento han demostrado buenos resultados tanto en el bienestar de los familiares como en la sintomatología alimentaria de los pacientes.

Palabras clave: Familia, Trastornos Alimentarios, Etiología, Intervenciones Psicoeducativas; Intervenciones Basadas en Habilidades de Afrontamiento.

### Abstract

Caregivers of relatives suffering from an Eating Disorder (ED) often have health problems and stress associated to the caregiving experience. Most caregivers are parents, due the illness onset is during adolescence. This study aims to review the involvement of family factors in the etiology of eating disorders, to study the impact on health and their needs. To revise the main interventions aimed at psycho-educational or skills-based interventions for parents. The results show there are aspects of the families that can influence on the maintenance of the pathology as expressed emotion or accommodating to the eating symptoms. The results show the importance of intervening in these maintaining factors associated to caregiver role, and that coping skill interventions directly on family members that have shown good results both in the well-being of family members and in the eating symptomatology of the patients.

Keywords: Family, Eating Disorders, Etiology, Psycho-Educational Intervention, Coping Skill Intervention.

Fecha de recepción: 15 de enero de 2020. Fecha de aceptación: 7 de febrero de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [anarosa.sepulveda@uam.es](mailto:anarosa.sepulveda@uam.es)

Dirección postal: Dra. Ana Rosa Sepúlveda, Profesora Contratada Doctor. Facultad de Psicología. UAM: C/ Iván P. Pavlov, nº6. Campus de Cantoblanco. 28049. Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



Los trastornos del comportamiento alimentario son problemas psicológicos graves, con inicio en la adolescencia principalmente, que tienen en común la alteración de la conducta alimentaria y de la imagen corporal (5.<sup>a</sup> Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association [APA], 2013; Toro, 2004). Se caracterizan por una etiología multifactorial, que implica factores de riesgo biológicos y genéticos que interactúan con factores socioculturales y psicológicos individuales, que facilitan el desarrollo de la patología (Culbert, Racine y Klump, 2015; Garner, David y Garfinkel, 1980), y donde la acumulación de eventos estresantes cercanos al inicio, son factores precipitantes claves (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek y Machado, 2014; Moreno-Encinas et al., 2020). Se considera que estas patologías cursan con un importante coste personal, familiar y social.

Por una parte, la desnutrición y la pérdida de peso severa asociada a la anorexia nerviosa (AN) o el comportamiento de vómitos pueden resultar en complicaciones en el funcionamiento endocrino, trastornos gastrointestinales, disfunción renal, entre otros (5.<sup>a</sup> Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association, 2013). Las altas tasas de mortalidad, a menudo debido a complicaciones médicas o suicidio, llegan a ser de 5,86 por mil para la AN (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011). Una quinta parte de las adolescentes que empiezan presentan un curso prolongado de la enfermedad (23% en BN *versus* 20% en AN) (Steinhausen, 2002, 2009), y una alta resistencia a recibir tratamientos. Por otra parte, además de las complicaciones físicas, estos trastornos también presentan una serie de consecuencias psicosociales, dificultades a nivel laboral y el funcionamiento social, de pareja y en el hogar familiar (Harrison, Tchanturia, Naumann y Treasure, 2012).

A nivel sanitario los TCA resultan relevantes, ya que suponen el 23,1% de los ingresos hospitalarios por trastorno psicológico en mujeres entre 15-24 años en la Comunidad de Madrid, donde la estancia media hospitalaria es de 30 días (cuatro veces mayor que todos los diagnósticos) (Oliva, Gandarillas, Ssonego, Diez-Gañan y Ordobás, 2011). A mayor comorbilidad psiquiátrica, se incrementa el uso del ingreso hospitalario, donde más de la mitad de las personas con TCA cumplen los criterios clínicos de otro problema psicológico, como ansiedad, depresión, patología obsesiva-compulsiva, entre otros (Arcelus et al., 2011).

En el ámbito familiar, la convivencia en el hogar con una persona con TCA se asocia a mayores niveles de malestar psicológico de aquellos con quienes conviven o están a su cargo, como son los padres u otros familiares cercanos (Sepúlveda et al., 2012). Además, estos familiares presentan niveles elevados de estrés y angustia, sentimiento de sobrecarga y agotamiento físico, así como dificultades en el funcionamiento familiar, y problemas en la comunicación, flexibilidad y cohesión familiar (Martín et al., 2011; Whitney, Haigh, Weinman y Treasure, 2007). La pérdida de control y el fracaso de todos los intentos por ayudar a la persona con TCA provoca frustración y desesperanza entre los familiares. La dificultad en el proceso de recuperación supone una importante fuente de estrés y preocupación en la familia que, con el tiempo, conlleva al deterioro y al conflicto en las relaciones familiares.

Autores como Lucas, Crowson, O'Fallon y Melton (1999) describieron algunas conductas patológicas y las alteraciones en el estado de ánimo de los jóvenes con TCA, con los que habría que convivir y afrontar en el contexto familiar.

Tabla 1. *Actitudes o comportamientos patológicos de las personas con TCA y problemas asociados (tomado de Lucas et al., 1999).*

<i>Actitudes o comportamiento patológicos</i>	<i>Problemas emocionales y de convivencia de los jóvenes con TCA.</i>
Negación de la enfermedad	✓ Irritabilidad, poca cooperación ✓ No acepta el tratamiento o la ayuda
Alteración de la corporalidad	✓ Falta de reconocimiento de hambre-saciedad, desánimo, cambios de humor, fatiga
Miedo a la gordura	✓ Evitan comida, selección de alimentos, ejercicio compulsivo, problemas con ropa, gastan mucho
Restricción alimentaria	✓ Evita comer con familiares, amigos, compañeras ✓ Trastornos depresivos, de ansiedad
Ciclos de atracón-purga	✓ Enfado, agresividad, llanto continuado
Comer a escondidas	✓ Falta comida, roban dinero, mentiras
Rasgos obsesivos	✓ Rituales con la comida, ejercicio, irritabilidad, rumiaciones, intento de control ambiental

Respecto al impacto del trastorno según tipo de cuidadores, parece que es común que existan diferencias de género, de modo que las madres suelen ser las cuidadoras primarias (definido por el mayor número de horas dedicadas al cuidado) y los padres los cuidadores secundarios (Berbel et al., 2010; Sepúlveda et al., 2012). Parece que los cuidadores primarios suelen tener peores niveles de bienestar psicológico que los cuidadores secundarios, aunque estos tienen mayores niveles de ansiedad en relación con los cuidadores de adolescentes sanas (Sepúlveda et al., 2012). En esa línea, en el estudio realizado por Berbel et al. (2010) se encontraron niveles más altos de depresión, ansiedad e índice de severidad global en los cuidadores primarios que en los secundarios.

Respecto al impacto de este trastorno comparado con otras patologías en el contexto familiar, se ha encontrado que en TCA las familias perciben la experiencia como cuidador de manera más negativa, que está marcada por la angustia y por una peor salud física, y acompañada por una mayor sensación de sobrecarga comparadas con otras familias de adolescentes con consumo de sustancias o con familias de adolescentes sin patología (Anastasiadou et al., 2016). En contraste, se obtienen resultados similares en el nivel de sobrecarga y de angustia en familias que cuidan a jóvenes con TCA y a jóvenes con esquizofrenia (Graap et al., 2008).

Respecto al impacto en las necesidades descritas por las familias ante este trastorno, los primeros estudios describen que las familias están insatisfechas con la información recibida sobre los TCA, con la información dada por los profesionales, y con el apoyo institucional o de organizaciones, sugiriendo la necesidad de poder conocer a otros familiares y compartir sus experiencias (Haigh y Treasure,

2003). El estudio realizado por Tierney (2005) reflejaba que los cuidadores sentían que el abordaje del trastorno no era el adecuado, que se centraba excesivamente en el peso y no en otras causas, y que no se les informaba acerca del progreso del tratamiento. Los estudios en familiares de personas con BN revelaron resultados parecidos, de modo que los cuidadores percibían que tenían una falta de información relacionados con el trastorno, y falta de habilidades personales para poder ayudar a su familiar en el tratamiento.

Una reciente revisión sistemática realizada por Johns, Taylor, John y Tan (2019) recoge cuales son las opiniones sobre los recursos de tratamiento de los profesionales, los pacientes y sus familiares. Al respecto de estos últimos los resultados señalan que, aunque se inicia la búsqueda de ayuda en atención primaria o en los colegios, algunas familias refieren que les es de más utilidad la información recogida en internet, en libros de autoayuda o en los recursos sanitarios privados. Los estudios reflejan que las familias tienen la sensación de que los profesionales de atención primaria necesitan más formación para diagnosticar el TCA de manera fiable y precoz. Asimismo, las familias se quejan de que no existe buena comunicación entre los profesionales que participan en distintas fases del tratamiento, y eso agrava el largo proceso de tratamiento.

### **Factores Familiares Mantenedores en TCA**

El modelo etiológico de los TCA más extendido es el multifactorial de Garner (1993), según el cual existen tres tipos de factores involucrados en la aparición y mantenimiento de este problema psicológico: factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Dentro de los factores mantenedores, implicados en prolongar o impedir la recuperación de la persona en TCA, los factores familiares son fundamentales.

Los factores familiares fueron inicialmente considerados causa de la patología (Minuchin, Rosman y Baker, 1978), y posteriormente conceptualizados como una respuesta disfuncional al presentar el adolescente esta patología alimentaria (Dare, Grange, Eisler y Rutherford, 1994), reconociéndose como posibles mantenedores inintencionados del problema (Whitney y Eisler, 2005). De este modo, el foco terapéutico de la mayor parte de las intervenciones que involucra a la familia ha sido el cambio de dichos factores (Treasure y Schmidt, 2013). Las revisiones sistemáticas al respecto se han centrado en la el malestar emocional de las familias, la acomodación a los síntomas alimentarios, o el nivel de emoción expresada alta (Zabala, Macdonald y Treasure, 2009).

En relación con el elevado malestar emocional de las familias en TCA, ya mencionado previamente, la investigación existente muestra que los miembros de la familia experimentan mayores niveles de ansiedad o depresión, altos niveles de carga para el cuidador, así como patrones de interacción familiar disfuncionales (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda y Treasure, 2014; Whitney et al., 2007; Zabala et al., 2009). A este malestar emocional puede contribuir el empleo de estrategias

desadaptativas de afrontamiento por parte de las familias, que parecen favorecer sentimientos de ineficacia y mayor malestar psicológico (Coomber y King, 2012). Asimismo, el estigma de tener a un familiar con un trastorno psicológico grave, la dificultad de entender los síntomas alimentarios (rechazo a comidas familiares, rituales de ingesta, entre otros) y/o vergüenza de los propios síntomas, o la falta de información en relación con el tratamiento pueden influir en el malestar emocional que los familiares experimentan (Whitney et al., 2007). Se ha encontrado una asociación entre el estrés de los cuidadores familiares y la duración del trastorno (Anastasiadou et al., 2014).

Dada la gravedad de las consecuencias que genera el TCA, es común que los familiares se sientan desbordados, convirtiendo el trastorno en el núcleo de la vida familiar. La acomodación al síntoma hace referencia a la normalización y a la acomodación por parte de los familiares hacia los rituales y conductas alimentarias inadecuadas, como si se tratara de un “estilo de vida”; a menudo adoptan dichos rituales a la rutina diaria y al funcionamiento familiar, como por ejemplo compra excesiva de productos “light” y bajos en calorías, permitir un elevado control de la persona con TCA sobre las comidas familiares, realizar comidas por separado o dos tipos de comidas, o alterar planes familiares o vacaciones, entre otros (Perkins, Winn, Murray, Murphy y Schmidt, 2004; Sepúlveda, Kyriacou y Treasure, 2009). Los miembros de la familia pueden inicialmente acomodarse al síntoma con el objetivo de reducir el malestar e impacto del trastorno en el funcionamiento familiar, sin embargo, posteriormente, la presión de acomodarse a la patología puede incidir en una peor experiencia como cuidador (Treasure, Gavan, Todd y Schmidt, 2003). En un reciente estudio preliminar, una mayor acomodación al síntoma ha sido asociado con déficits de funcionamiento psicosocial más severos y síntomas de ansiedad entre los miembros familiares de jóvenes con TCA que buscan tratamiento (Anderson, Smith, Nuñez y Farrell, 2019). Además, se ha encontrado asociación entre la acomodación a los síntomas y un mayor tiempo del cuidador principal dirigido a cuidar a la paciente (Anastasiadou et al., 2014).

Por otro lado, la emoción expresada se define como las actitudes y los comportamientos de los miembros de la familia hacia la persona con un trastorno mental, que están caracterizados por sobreimplicación emocional, criticismo y hostilidad. El cuidado de adolescentes con TCA puede generar emociones negativas como la culpa, la vergüenza o el enfado, asociadas con un aumento de la emoción expresada (Hooley, 2007). Desde revisiones sistemáticas se han encontrado elevados niveles de emoción expresada en familiares de personas con TCA, asociados a un impacto negativo en la experiencia de cuidado y a trastornos del estado de ánimo (Anastasiadou et al., 2014; Zabala et al., 2009). En cuanto al impacto sobre la evolución del trastorno en los pacientes, las tasas altas de emoción expresada familiar se han relacionado, de modo general, con una peor respuesta al tratamiento, altas tasas de recaída y duración más larga del trastorno (Peris y Miklowitz, 2015). En cuanto a las diferencias entre cuidadores principales, parece que la sobreimplicación emo-

cional es una respuesta más común en las madres y los comentarios críticos por parte de los padres (Kyriacou, Treasure y Schmidt, 2008). Los resultados de las últimas investigaciones parecen indicar que la emoción expresada es una relación recíproca entre padres e hijos, de modo que ésta podría variar en función de los comportamientos de los jóvenes (Rienecke, Lebow, Lock y Le Grange, 2017).

Desde el punto de vista del *Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal para la anorexia nerviosa*, Treasure y Schmidt (2013) proponen que, en el plano interpersonal, el TCA generaría frustración y ansiedad entre los familiares, que acabarían acomodándose a los síntomas, y respondiendo con niveles más altos de emoción expresada, lo que a su vez, generaría un aumento de la psicopatología alimentaria en la joven, y por tanto prolongando o dificultando el proceso de recuperación.

### **Actualización de las Intervenciones Dirigidas a la Familia**

Desde el 2004, la Guía nacional de calidad clínica y uso efectivo de recursos en la atención de la salud mental en el Reino Unido, denominada por las siglas inglesas (NICE) (National Institute for Clinical Excellence, 2017), recomendaba que la familia se incluyese en el tratamiento de los trastornos alimentarios, principalmente en el caso de los niños y adolescentes. Esta intervención familiar podría incluir información acerca de la naturaleza del caso, la gravedad y el pronóstico, consejos sobre el manejo conductual y cómo facilitar la comunicación con el paciente. Estas recomendaciones se siguen manteniendo en las últimas revisiones realizadas sobre tratamiento en TCA (Gorrell, Loeb y Le Grange, 2019; Hilbert, Hoek y Schmidt, 2017). En cuanto al tratamiento en adultos, otros autores recomiendan la necesidad de trabajar con las familias de personas con AN independientemente de la edad de la paciente (Zeeck et al., 2018).

En cuanto a las intervenciones se diferencia dos tipos: las que se dirigen a las necesidades de los cuidadores y han tratado de dar mayor información sobre el TCA y cómo afrontarlo en el núcleo familiar, y aquellas intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud para que puedan brindar mayor asesoramiento y apoyo emocional a los cuidadores (Berbel et al., 2010; Graap et al., 2008; Haigh y Treasure, 2003). Se han desarrollado distintas intervenciones psicoeducativas, terapias familiares o grupos de apoyo, que han obtenido resultados satisfactorios (Schaumberg et al., 2017) y han incrementado el nivel de comprensión de la patología entre los familiares (Highet, Thompson y King, 2005).

Históricamente, las primeras teorías que se centraron en la intervención de los familiares fueron las que surgían de la terapia sistémica. Uno de los paradigmas pioneros en el desarrollo de la terapia familiar ha sido el propuesto por Minuchin et al. (1978), que consideraba que los TCA tenían causas biopsicosociales, definiendo a la familia como factor fundamental en el desarrollo de la patología. En contra de lo propuesto inicialmente, los resultados de la investigación han mostrado que la familia es un recurso terapéutico necesario que es imprescindible que forme parte



del tratamiento (Le Grange, Lock, Loeb y Nicholls, 2010; Treasure y Schmidt, 2013; Schaumberg et al., 2017).

Teniendo en cuenta las recomendaciones establecidas, se generaron programas psicoeducativos para familiares, así como intervenciones basadas en habilidades de afrontamiento, que se van a revisar a continuación.

### Programas psicoeducativos

Los programas de intervención centrados en la psicoeducación han demostrado buenos resultados reduciendo la angustia de los familiares de las personas con TCA (Gutiérrez, Sepúlveda, Anastasiadou y Medina-Pradas, 2014). Parece que el aumento de conocimientos mejora la experiencia de cuidado y reduce las consecuencias psicológicas ligadas al mismo (Sepúlveda et al., 2012). Asimismo, se ha encontrado que la pertenencia a un grupo de apoyo reduce el aislamiento y aumenta las redes de apoyo, ayudando además a reducir emociones como la vergüenza o la culpa (Pasold, Boateng, y Portilla, 2010).

Algunos de los programas psicoeducativos y grupos de apoyo que se han llevado a cabo son:

- El *grupo de apoyo para padres del Hospital Infantil de Arkansas* (1994). Este grupo surgió como un espacio para que los familiares de adolescentes con un TCA tuvieran un lugar confidencial en el que compartir sus inquietudes y miedos. El grupo estaba coordinado por un psicólogo y un médico, se llevaban a cabo sesiones de psicoeducación y discusión de temas conflictivos propuesto por los padres. Los resultados fueron positivos, con aumento del conocimiento de los familiares, y han sido replicados en otros estudios (Pasold et al., 2010).
- El *Programa Aachen* (Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005) diseñado para ser llevado a cabo por un nutricionista, un psiquiatra y un terapeuta ocupacional tenía como objetivo aumentar los conocimientos de los cuidadores sobre distintos aspectos relacionados con los TCA. El programa consta de cinco sesiones de 90 minutos de duración, descritas en la tabla 2. Los resultados del programa fueron valorados como positivos por los familiares, que lo encontraron útil.

Tabla 2. Sesiones del Programa Aachen (Holtkamp et al., 2005).

Sesión 1- Información sobre la AN	Concepción del trastorno y de la implicación de la sociedad en el desarrollo del mismo. Consecuencias de la desnutrición a nivel físico, psicológico, cognitivo y social. Trabajo con los familiares acerca de ideas irracionales sobre dieta y miedos.
Sesión 2- Información sobre la BN	Concepción del trastorno y consecuencias del mismo. Implicación emocional de los atracones y las conductas compensatorias para las personas que lo sufren.

Sesión 3- Alimentación equilibrada	Concepción de la dieta equilibrada, aportando ejemplos de planes de comida, y de la realización de las comidas en familia. Importancia de la relación entre dieta y crecimiento, insistiendo en la necesidad de la ingesta y de la realización de ejercicio supervisado.
Sesión 4- Terapia cognitivo conductual	Abordaje de la ambivalencia en relación al TCA.
Sesión 5- Prevención de recaídas	Anticipación de posibles problemas. Revisión de la responsabilidad que los padres consideran que tienen en la alimentación y las conductas relacionadas con la patología.

- El ***Programa de Psicoeducación familiar para TCA*** (Gutiérrez et al., 2014). El programa consta de seis sesiones quincenales de dos horas de duración, cuyos contenidos pueden observarse en la tabla 3. El contenido está basado en el modelo de Fairburn (2008) y sigue la estructura del Modelo de intervención del Hospital Maudsley (Treasure, Smith y Crane, 2011). Los resultados fueron positivos y mantenidos a los tres meses, con una disminución del malestar psicológico según el Cuestionario General de Salud y una reducción de los niveles de emoción expresada según el Cuestionario Familiar (FQ, Gutiérrez et al., 2014).

Tabla 3. *Sesiones de Psicoeducación familiar para TCA (Gutiérrez et al., 2014).*

Sesión 1- Descripción del TCA	Presentación de los miembros del grupo y de sus conocimientos sobre el trastorno. Trabajo sobre el concepto de “falsa amiga” del TCA.
Sesión 2- Consecuencias de los TCA	Presentación de las consecuencias, desde un enfoque biopsicosocial, a corto y largo plazo y su efecto como factores mantenedores.
Sesión 3- Causas de los TCA	Concepción de las causas desde el enfoque multicausal, diferenciando entre factores predisponentes, precipitantes y mantenedores (Garner, 1993). Trabajo sobre los mitos y las falsas creencias respecto a las causas del trastorno.
Sesión 4- Factores mantenedores de los TCA	Concepción desde el Modelo transdiagnóstico (Fairburn, 2008) y trabajo sobre la funcionalidad que creen que tienen los síntomas en el mantenimiento del trastorno.
Sesión 5- La familia contra la enfermedad	Trabajo desde la tolerancia en las relaciones padres-hijo.
Sesión 6- Recursos para el tratamiento	Información sobre los recursos públicos ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud para el tratamiento.

- ***Modelo de Intervención Familiar Calgary*** (Wright y Leahey, 2009). El programa, desarrollado por personal de enfermería, constaba de cuatro sesiones semanales en las que se trabajaban cuatro etapas: el compromiso,



la evaluación, la intervención y la discusión. Los padres informaron que el programa fue útil y valioso para sus familiares (Gísladóttir y Svavarsdóttir, 2011).

### **Programas dirigidos a habilidades de afrontamiento o de comunicación**

Las intervenciones centradas en la familia y aquellos tratamientos en los que está incluida la terapia familiar han tenido un gran desarrollo en la investigación sobre el tratamiento de los TCA (National Institute for Clinical Excellence, 2017). Principalmente en AN, varios estudios han demostrado que la terapia familiar puede obtener mejores resultados que la intervención individual, sobre todo en el trabajo con adolescentes (Eisler, Simic, Russell y Dare, 2007). El equipo que más ha desarrollado estas intervenciones es el equipo del Maudsley Hospital de Londres. Algunas de las intervenciones más importantes que se han propuesto son:

a) *El tratamiento basado en la familia* (en inglés, *Family-Based Treatment*, Whitney y Eisler, 2005) es un modelo de intervención que considera a los familiares como protagonistas del tratamiento, entrenándoles en que ejerzan el control sobre la alimentación de sus adolescentes que presentan un TCA. Suele conllevar en torno a 15-20 sesiones que se extienden en torno a un año, trabajándose en tres fases:

1. Normalización de la alimentación: El objetivo de esta fase es que los familiares tomen el control sobre los patrones alimentarios de sus hijos, para lo cual se realiza un entrenamiento en cómo llevar a cabo dichas comidas alimentarias. Durante dicho entrenamiento se trata de que sean capaces de dar apoyo a los hijos durante las comidas.
2. Cesión el control alimentario de forma paulatina a los hijos, para que sean los responsables de su alimentación.
3. Mantenimiento de la identidad saludable. Una vez alcanzada, se ayuda al mantenimiento de la misma.

Este tratamiento ha obtenido buenos resultados, siendo uno de los tratamientos considerados eficaces de manera tradicional para el tratamiento de la AN en adolescentes con una duración de la enfermedad inferior a tres años. Se ha comparado su implantación en formato individual o multifamiliar, obteniéndose mejoras similares en la nutrición y en el bienestar psicológico (Eisler et al., 2007). Por otro lado, la Guía NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2017) también recomienda actualmente la terapia familiar para la BN (Dodge, Hodes, Eisler y Dare, 1995) en personas adolescentes, aunque con algunas especificaciones como una duración del tratamiento inferior, en torno a seis meses con similar número de sesiones.

b) El *Programa de Cuidados Colaborativos del Maudsley* (Treasure et al., 2007) tiene como objetivo mejorar las habilidades en la comunicación y aumentar la disposición al cambio utilizando la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2015) y el modelo del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1984). Esta intervención considera a la familia como un recurso necesario en el tratamiento de

TCA y ha demostrado reducir los niveles de carga encontrados en los cuidadores (Sepúlveda et al., 2008). El programa constaba de seis sesiones con una duración de dos horas cada una, cuyos contenidos pueden observarse en la Tabla 4. Este programa se ha traducido y se ha llevado a cabo en distintos países con similares buenos resultados, como en España (Sepúlveda, Anastasiadou, Parks y Gutiérrez, 2019).

Tabla 4. *Contenidos del Programa de Cuidados colaborativos del Maudsley (Sepulveda et al., 2008; Treasure et al., 2007).*

Sesión 1- Descripción del modelo de estrés de los TCA.	Se persigue que los familiares reconozcan que sus comportamientos influyen el mantenimiento del TCA de su familiar.
Sesión 2- Habilidades de comunicación (E. Motivacional)	Se enseña la teoría Transteórica del Cambio y se trabaja a través de los animales (Treasure et al., 2011), donde las cuidadores se ven reflejados y conocen cuales son los comportamientos adecuados y cuales no lo son.
Sesión 3- Aspectos relacionados con la comunicación	Se trabaja para generar habilidades de comunicación, escucha activa, comunicación no verbal. Se aprenden estrategias para el cambio de comportamiento.
Sesión 4 – Habilidades de E. motivacional	Se realizan los análisis funcionales de los comportamientos y se trabaja sobre la ambivalencia.
Sesión 5 – Comportamientos frente al TCA	Tarea de reflexión donde los cuidadores reflexionan sobre sus comportamientos frente al TCA y sobre un posible cambio en él. También se gestionan las emociones de los cuidadores.
Sesión 6 – Prevención recaída	Manejo de conductas difíciles y repaso de contenidos.

*c) El Programa de Cuidados Colaborativos del Maudsley*, versión digital (DVD) tuvo como objetivo la realización de video-clips que enseñasen a las padres habilidades de comunicación positiva y de afrontamiento. Constaba de 5 DVDs dirigidos a familiares que no pudieron acudir al programa presencial (previamente mencionado). Los DVDs utilizaron las mismas metáforas de los animales y demostraron ser útiles para las familias, aunque con algunas limitaciones en cuanto a la trasferencia (Sepúlveda, Lopez, Macdonald y Treasure, 2008).

## Conclusiones

Aunque los factores familiares se consideran relevantes en la etiología y curso de los TCA, la pretensión subyacente al enfoque sistémico de identificar una “familia de los trastornos alimentarios” que se repita de un caso a otro parece del todo imposible. La conceptualización histórica de la familia como causa del trastorno culpabilizaba a la familia, si bien este trastorno responde a una multidimensionalidad de los factores, incluyendo la fuerte presión social y cultural, por lo que no es posible considerar a la familia como causante del mismo. Además, la gravedad y la prolongación en el tiempo de la patología alimentaria en los jóvenes,

genera un impacto importante en la salud y bienestar emocional de los familiares cuidadores. El cambio de paradigma, basado en la evidencia científica (NICE, 2004, 2017), actualmente enfatiza la inclusión de los familiares como agentes de cambio activos en el proceso de recuperación de sus adolescentes con TCA. El foco de la intervención es por tanto aquellos factores familiares que actúan inadvertidamente de mantenedores del trastorno, y que es posible modificar. La evidencia científica actual aporta una base sólida sobre la eficacia de las intervenciones que incluyen estos factores familiares. Parece ser que tanto los grupos psicoeducativos de manejo del estrés, y los grupos de intervención en habilidades de afrontamiento en el manejo de los síntomas alimentarios y en el cambio de los estilos de comunicación familiar, presentan resultados prometedores en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Por último, las vías futuras de investigación podrían centrarse en aquellas circunstancias y condiciones que hacen más efectivos cada uno de estas intervenciones (Gorrell et al., 2019).

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R. y Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviors*, 15(3), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.001>
- Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Sánchez, J. C., Parks, M., Álvarez, T. y Graell, M. (2016). Family functioning and quality of life among families in eating disorders: a comparison with substance-related disorders and healthy controls. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 294-303. <https://doi.org/10.1002/erv.2440>
- Anderson, L. M., Smith, K. E., Nuñez, M. C. y Farrell, N. R. (2019). Family accommodation in eating disorders: a preliminary examination of correlates with familial burden and cognitive-behavioral treatment outcome. *Eating Disorders*, 15, 1-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1652473>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Berbel, E., Sepúlveda, A. R., Graell, M., Andres, P., Carroble, J. A. y Morandé, G. (2010). Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 179-192. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4096>
- Coomber, K. y King, R. M. (2012). Coping strategies and social support as predictors and mediators of eating disorder carer burden and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 789-796. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0384-6>
- Culbert, K. M., Racine, S. E. y Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Dare, C., Grange, D. Le, Eisler, I. y Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 211-226. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199411\)16:3<211::AID-EAT2260160302>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199411)16:3<211::AID-EAT2260160302>3.0.CO;2-X)
- Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I. y Dare, C. (1995). Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 17(1), 59-77. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1995.tb00004.x>
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. M. y 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01726.x>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York, NY: Guilford Press.

- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631-1635. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90768-C](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-C)
- Garner, D. M., David M. y Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647-656. <https://doi.org/10.1017/S0033291700054945>
- Gísladóttir, M. y Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 122-130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x>
- Gorrell, S., Loeb, K. y Le Grange, D. (2019). Family-based treatment of eating disorders: A narrative review. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>
- Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J. y de Zwaan, M. (2008). The needs of carers of patients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 21-29. <https://doi.org/10.1002/erv.804>
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D. y Medina-Pradas, C. (2014). Programa de psicoeducación familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(1), 133-149.
- Haigh, R. y Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11(2), 125-141. <https://doi.org/10.1002/erv.487>
- Harrison, A., Tchanturia, K., Naumann, U. y Treasure, J. (2012). Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 261-279. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02026.x>
- Highet, N., Thompson, M. y King, R. M. (2005). Eating disorders the experience of living with a person with an eating disorder: the impact on the carers. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 13(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/10640260591005227>
- Hilbert, A., Hoek, H. W. y Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423-437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B., Vloet, T. y Hagenah, U. (2005). Group Psychoeducation for parents of adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program. *Eating Disorders*, 13(4), 381-390. <https://doi.org/10.1080/10640260591005263>
- Hooley, J. M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 329-352. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236>
- Johns, G., Taylor, B., John, A. y Tan, J. (2019). Current eating disorder healthcare services – the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. *BJPsycho Open*, 5(e59), 1-10. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.48>
- Kyriacou, O., Treasure, J. y Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242. <https://doi.org/10.1002/eat.20488>
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. y Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M. y Melton, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 397-405. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199912\)26:4<397::aid-eat5>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199912)26:4<397::aid-eat5>3.0.co;2-0)
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W. y Machado, P. P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: A Portuguese case-control study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251. <https://doi.org/10.1002/erv.2286>
- Martín, J., Padierna, A., Aguirre, U., Quintana, J. M., Hayas, C. L. y Muñoz, P. (2011). Quality of life among caregivers of patients with eating disorders. *Quality of Life Research*, 20(9), 1359-1369. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9873-z>
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayuda a las personas a cambiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families : anorexia nervosa in context*. Londres, Reino Unido: Harvard University Press. Recuperado de: [https://www.abebooks.com/products/isbn/9780674722200?cm\\_mmc=ggl-\\_COMUS\\_ETA\\_DSA-\\_naa\\_-1t1naa&gclid=CjwKCAiA-P7x-BRAvEiwAow-VaW1DRSOEtVCs\\_0j0Phj4Da8uaJbfgPSODv7k5Z7AoMCMG2RfDDkawxoC4KwQAvD\\_BwE](https://www.abebooks.com/products/isbn/9780674722200?cm_mmc=ggl-_COMUS_ETA_DSA-_naa_-1t1naa&gclid=CjwKCAiA-P7x-BRAvEiwAow-VaW1DRSOEtVCs_0j0Phj4Da8uaJbfgPSODv7k5Z7AoMCMG2RfDDkawxoC4KwQAvD_BwE)

- Moreno-Encinas, A., Sepúlveda, A. R., Kurland, V., Lacruz, T., Nova, E. y Graell, M. (2020). Identifying psychosocial and familial correlates and the impact of the stressful life events in the onset of anorexia nervosa: Control-case study (ANOBAS): Psychosocial and familial correlates and stressful life events in AN. *Psychiatry Research*, 284, 112768. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112768>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2017). Eating Disorders: Recognition and Treatment. *NICE Guideline*, 69. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Oliva, L., Gandarillas, A., Ssonago, M., Díez-Gañán, L. y Ordobás, M. (2011). Vigilancia epidemiológica de los Trastornos Del Comportamiento Alimentario y conductas relacionados. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología*, 18(8), 3-23. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020086.pdf>
- Pasold, T. L., Boateng, B. A. y Portilla, M. G. (2010). The use of a parent support group in the outpatient treatment of children and adolescents with eating disorders. *Eating Disorders*, 18(4), 318-332. <https://doi.org/10.1080/10640266.2010.490121>
- Peris, T. S. y Miklowitz, D. J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(6), 863-873. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0526-7>
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R. y Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 256-268. <https://doi.org/10.1002/eat.20067>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow/ Jones Irwin.
- Rienecke, R. D., Lebow, J., Lock, J. y Le Grange, D. (2017). Family profiles of expressed emotion in adolescent patients with anorexia nervosa and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(3), 428-436. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1030755>
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., ... Bulik, C. M. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450. <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobbles, J. A., y Morandé, G. (2012). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e78-84 <https://doi.org/10.1002/erv.1118>
- Sepúlveda, A. R., Kyriacou, O. y Treasure, J. (2009). Development and validation of the accommodation and enabling scale for eating disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *BMC Health Services Research*, 9(171). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-171>
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Macdonald, P. y Treasure, J. (2008). Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 318-325. <https://doi.org/10.1002/eat.20502>
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W. y Treasure, J. (2008). An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 584-591. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0336-y>
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D. Parks, M. y Gutiérrez, E. (2019). A controlled study of the Collaborative Care Skills Workshops versus Psycho-educational Workshops among Spanish caregivers of relatives with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 247-262. <https://doi.org/10.1002/erv.2658>
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
- Tierney, S. (2005). Eating Disorders The Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: A Qualitative Study of the Views of Parents. *Eating Disorders*, 13(4), 369-379. <https://doi.org/10.1080/10640260591005254>
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Ariel.
- Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(13), 1-10. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
- Treasure, J., Sepúlveda, A. R., Whitaker, W., Todd, G., Lopez, C. y Whitney, J. (2007). Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: a description of workshops focussed on interpersonal maintaining factors. *European Eating Disorders Review*, 15(1), 24-34. <https://doi.org/10.1002/erv.758>

- Treasure, J., Smith, G. y Crane, A. (2011). *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G. y Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: Working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11(1), 25-37. <https://doi.org/10.1002/erv.485>
- Whitney, J. y Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575-585. <https://doi.org/10.1080/09638230500347889>
- Whitney, J., Haigh, R., Weinman, J. y Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 413-428. <https://doi.org/10.1348/014466507X173781>
- Wright, M. y Leahey, M. (2009). The Calgary Family Intervention Model. En M. Wright y M. Leahey (Eds.), *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (pp. 153-179). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Zabala, M. J., Macdonald, P. y Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338-349. <https://doi.org/10.1002/erv.925>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., ... Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>