
Diseño de un programa psicoeducativo para familiares y pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria: Estudio piloto

TRABAJO FINAL DEL MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Autor/a: Sara Cuervo González

DNI: 20491614V

Tutora: Azucena García Palacios



Convocatoria de presentación: Julio 2017

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Método.....	13
- <i>Participantes.....</i>	<i>13</i>
- <i>Instrumentos.....</i>	<i>15</i>
- <i>Procedimiento.....</i>	<i>17</i>
- <i>Descripción del programa de intervención.....</i>	<i>17</i>
- <i>Diseño y análisis estadístico.....</i>	<i>22</i>
Resultados.....	23
Discusión.....	27
Bibliografía.....	30
Anexos.....	39

Resumen

Se describe un programa psicoeducativo para familiares y pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA). Este estudio piloto evaluó la aceptación y satisfacción del programa por parte de 8 cuidadores y 11 pacientes, además de los cambios producidos tras la intervención en cuanto a mejora de las relaciones familiares y sintomatología de los TCA en el grupo de los pacientes. También se analizó el tipo de apego como factor relevante en la aparición y mantenimiento de los TCA. La evaluación tuvo lugar al inicio del estudio (T₀) y al terminar la intervención (T₁), mediante el cuestionario EAT-40, CaMir-R y el Instrumento de vínculo parental (PBI). Tras el programa, se produjo una mejora en cuanto a la sintomatología del TCA, ya que descendieron las conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación y se produjeron cambios positivos en cuanto a la percepción del clima familiar. El programa fue altamente valorado por los cuidadores y pacientes y expresaron estar satisfechos, así como haber aumentado sus conocimientos sobre el TCA y haber adquirido habilidades para que la comunicación familiar fuera más eficaz y de resolución de conflictos. La intervención promete beneficios tanto para los cuidadores como para los pacientes, si bien se necesita replicación de los resultados con muestras más amplias.

Palabras clave: intervención psicoeducativa, familia, trastorno del comportamiento alimentario, apego.

Abstract

A psychoeducational intervention program is described for family members and patients with an eating disorder (TCA). The pilot study examined the acceptability and satisfaction of the programme among 8 caregivers and 11 patients, in addition to the changes produced after the intervention in terms of improvement in family relationships and symptomatology of ACT in the group of patients. The type of attachment was also analyzed as a relevant factor in the appearance and maintenance of TCA. The evaluation took place at the beginning of the study (T₀) and at the end of the intervention (T₁), using the questionnaire EAT-40, CaMir-R and the Parental Bond Instrument (PBI). After the program, there was an improvement in the symptomatology of the TCA, dysfunctional behaviors related to the feeding decreased and there were positive changes in the perception of the familiar climate. The program was highly valued by caregivers and patients, who expressed to be very satisfied and to have increased their knowledge about eating disorders and acquired skills to make family communication more effective and conflict resolution. The intervention is presumed to be beneficial for both caregivers and patients, although results should be replicated with larger samples.

Keywords: psychoeducational intervention, family, eating disorders, attachment.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental relevante por su prevalencia, gravedad, el curso clínico prolongado, la tendencia a cronificarse y la necesidad de tratamiento pluri e interdisciplinario (Muñoz, 2011).

Son enfermedades psiquiátricas graves que se caracterizan por síntomas cardinales tales como una alteración en la ingesta alimentaria, preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, lo que deriva en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes lo sufren (Treasure y López, 2011; APA, 2014).

En muchos casos, conllevan consecuencias que abarcan desde la comorbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio (Pérez et al., 2014). Los tratamientos pueden alcanzar una duración media de entre 4 y 6 años, con tasas de recaídas que van desde el 11% al 41% (Carter et al., 2012) y un porcentaje de cronificación que alcanza el 20% (Keel y Brown, 2010). Por ello es importante el diagnóstico precoz, ya que si el problema es detectado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, mejora su pronóstico y se previene la cronicidad (Treasure y López, 2011).

De acuerdo con la clasificación del DSM-5 (APA, 2014), en el apartado de *trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos* encontramos la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), otro TCA especificado y TCA no especificado (TCANE). Además, el Trastorno por Atracón pasa a ser incluido como trastorno específico en el DSM-V.

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por una restricción en la ingesta que produce un peso corporal significativamente bajo, miedo intenso a ganar peso, además de la presencia de alteraciones en la percepción corporal y/o negación de la gravedad (APA, 2014; Muñoz, 2011). Se puede distinguir el *tipo restrictivo*, en el que la pérdida de peso se consigue realizando dieta y ejercicio intenso, y el *tipo con atracones/purgas*, en el cual se presencian episodios de atracones y/o purgas, utilizando laxantes o diuréticos o provocándose el vómito (APA, 2014).

La edad de inicio de la AN es entre los 15 y 19 años, con dos picos de incidencia: a los 14 y entre los 16 y 17 años (Bermúdez et al., 2016). Los estudios a largo plazo muestran que el 15%-25% de los casos evoluciona a cronicidad, 25% mantiene dificultades psicológicas invalidantes como depresión, fobias y retraimiento social y 30% pueden evolucionar a Bulimia Nerviosa. Es la que presenta más tasa de mortalidad, situándose entre el 7%-10%, de los cuales el 50% es a causa de la desnutrición y 24% son por suicidio (García, 2011).

Por su parte, la bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por episodios de consumo excesivo e incontrolado de alimentos, seguido por conductas compensatorias, al menos una vez a la semana durante tres meses, con el fin de minimizar o eliminar los efectos del exceso a través de purgas, ayuno o ejercicio (APA, 2014). Suele iniciarse al final de la adolescencia, entre los 17 y 20 años (Muñoz, 2011).

Las personas con Trastorno de atracones tienen episodios de sobreingesta de comida en un corto período de tiempo, sin control y con sentimientos de malestar psicológico. A diferencia de la bulimia nerviosa, no existen conductas compensatorias inadecuadas (APA, 2014).

Por último, según el DSM-IV-TR (2002), el Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE) abarca aquellos trastornos que no cumplen los criterios para AN y BN. Puesto que se trataba de una categoría residual, pero de diagnóstico significativo en la práctica clínica, el DSM-V intenta solucionar este hecho distinguiendo entre: *otro TCA especificado*, donde el clínico opta por especificar por qué no se cumplen los criterios y *TCA no especificado*, cuando no los especifica por falta de información (APA, 2014; Vázquez et al., 2015).

La alarma social de este conjunto de patologías radica en el aumento considerable en los últimos años de su incidencia y prevalencia, a edades cada vez más tempranas durante la adolescencia (Sariñana et al., 2015); quizás por los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en esta etapa de la vida, asociada a la preocupación por el culto a la belleza. No obstante, precisar los datos epidemiológicos reales no es tarea fácil, ya que muchas de las investigaciones sólo se centran en una única muestra seleccionada (Portela de Santana et al., 2012). A esta problemática se suma la escasa conciencia de enfermedad o

motivación para el cambio, lo que constituye un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento (Hernández y Londoño, 2013).

A pesar de ello, los últimos datos a nivel europeo indican una prevalencia de TCANE entre 2-3%, del 1-4% de anorexia nerviosa, del 1-4% de Trastorno por atracón y del 1-2% de bulimia nerviosa. En el caso de los varones, entre el 0.3-0.7% padecen algún tipo de desorden alimentario (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016).

Concretamente en España, según estudios de dos fases sobre la población de mayor riesgo, mujeres entre 14 y 21 años, se estima una prevalencia del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCANE, del 0,41% al 2,9% por bulimia nerviosa (BN) y del 0,14% al 0,9% por anorexia nerviosa (AN). En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de los TCA del 4,1% al 6,41% respecto la población general. En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia total de 0,27% a 0,90% (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

La etiología de los TCA es multifactorial, puesto que están involucrados factores biológico-genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales (Portela de Santana, 2012). En el presente trabajo se detallan algunas de las variables familiares, dado el papel que juegan tanto en la etiología y mantenimiento, como en la recuperación de los TCA (Herraiz et al., 2015).

El funcionamiento familiar es el factor más estudiado en relación con los TCA (Ruíz et al., 2013). Los estudios clásicos de Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1978) proponían modelos de familias “psicosomáticas”, sugiriendo que patrones familiares específicos contribuían al desarrollo del TCA, caracterizados por: (a) aglutinamiento, una extrema forma de proximidad e intensidad en las interacciones familiares; (b) sobreprotección, reflejado en el alto grado de preocupación que los miembros de la familia tienen del bienestar de los otros; (c) rigidez; (d) evitación de conflicto; (e) involucración de la hija en los conflictos parentales a través de triangulación (Cruzat et al., 2008).

A pesar de que varias investigaciones posteriores han mostrado controversia acerca de si existe un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a TCA, sí se ha evidenciado que estas familias generalmente tienden a ser más disfuncionales que las familias control

(Ruíz et al., 2013), mostrando una menor cohesión, adaptabilidad, expresividad, independencia, respuesta afectiva, control conductual y escasez de actividades que fomenten el desarrollo de sus integrantes; así como mayor conflicto (Dancyger, Fornari y Sunday, 2006; Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena, 2010).

Por otro lado, Dallos y Denford (2008), destacan de las relaciones familiares de los pacientes los problemas de comunicación, dificultades para expresar emociones, conflictos familiares con tendencia a la evitación, falta de seguridad y atención, vivencias de triangulación y finalmente, el deseo de tener relaciones familiares más cálidas y afectivas.

Otra variable estudiada son los sucesos ocurridos en estadios tempranos del desarrollo y la vinculación materna. En este sentido, La Teoría del Apego de Bowlby (1982) señala que el tipo de apego, entendido éste como un vínculo afectivo que se forma entre un niño y un cuidador principal (habitualmente la madre) a través de diversas conductas de aproximación, determina una correcta resiliencia en el niño en un futuro. Así, un vínculo seguro con una figura de apego principal, sería el pilar para un desarrollo sano de la psique de la persona. Por el contrario, cuando una madre, aún estando presente físicamente, no da una respuesta adecuada y coherente a las necesidades emocionales o incluso fisiológicas del bebé, se crea un tipo de apego inseguro que provoca que el bebé construya un modelo de vínculo con los demás caracterizado por la angustia y la desconfianza, haciendo a la persona vulnerable a padecer trastornos psicológicos en la edad adulta (Moneta, 2014). De hecho, un meta-análisis de Groh et al. (2012) indicó que el apego inseguro estaba relacionado con problemas clínicos como los TCA en la infancia y adolescencia, siendo el apego preocupado (alto temor al rechazo o al abandono y baja incomodidad con la cercanía) el más frecuente en casos con bulimia nerviosa, y el apego evitativo (bajo temor al abandono y alta incomodidad a la cercanía) en anorexia nerviosa.

En cuanto al tratamiento, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que obtiene mayor apoyo empírico para los TCA (NICE, 2004), sobre todo para la BN. Fairburn (1985) fue quien propuso el primero de los tratamientos cognitivo-conductuales protocolizado para los TCA que empezó a ofrecer resultados positivos en casos de BN, el cual señala como núcleo psicopatológico un sistema cognitivo disfuncional de autoevaluación, basado principalmente o de forma exclusiva en la figura, el peso y su control.

A pesar de que la terapia cognitivo-conductual se considera el tratamiento psicoterapéutico de elección debido a su mayor rapidez en la remisión de los síntomas alimentarios, sigue existiendo un número considerable de pacientes que no se benefician en parte o totalmente de estas intervenciones (Marco-Salvador, 2004). Por ello, se utilizan e investigan para probar su eficacia otro tipo de terapias que no sólo se focalicen en las actitudes, pensamientos y conductas que mantienen el trastorno, como en la TCC; sino que tengan en cuenta aspectos como la autoestima, la imagen corporal, la regulación emocional o las relaciones interpersonales, tanto familiares como sociales (Torneró, Bustamante y del Arco, 2014). Algunas de ellas son la terapia interpersonal (eficacia probada para los casos de BN), psicoeducativa, sistémica o familiar (Chinchilla-Moreno, 2003).

Concretamente, la terapia familiar ha mostrado numerosas evidencias a favor de su eficacia para el tratamiento de adolescentes con AN (Loeb y Le Grange, 2009). De hecho, dado el peso que tienen los factores familiares en el mantenimiento del TCA (Treasure et al., 2008), la Guía Nacional Sanitaria (2009) recomienda que la familia debe ser incluida en el tratamiento de los TCA y que sus miembros deben ser considerados como piezas clave en su recuperación. Este hecho ha promovido el desarrollo de programas psicoeducativos grupales dirigidos a aumentar la calidad de vida de los cuidadores, lo que a su vez, puede resultar en mayores beneficios para los pacientes (Gutiérrez et al., 2014).

Cuidadores

Dadas las características propias de los TCA y la sintomatología que los acompaña, el funcionamiento familiar se ve afectado de forma significativa. Tal y como sugieren algunas investigaciones, los TCA y más específicamente la Anorexia Nerviosa (AN) son trastornos con exigencias únicas en los cuidados que necesitan, derivadas de la dificultad y severidad del curso de la enfermedad (Pérez et al., 2014). A menudo, los pacientes con un TCA dependen y requieren ayuda de sus miembros familiares a nivel económico, instrumental y emocional (Sariñana et al., 2015).

El hecho de cuidar de un familiar con una afección psicológica, cognitiva y/o conductual crónica, implica en los cuidadores un afrontamiento diario de diversos desafíos asociados al cuidado (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Como consecuencia, estudios previos han puesto de manifiesto la existencia de altos niveles de malestar psicológico y ansiedad, así

como numerosos problemas de salud en estos cuidadores (Coomber y King, 2013; Goddard, Macdonald y Treasure, 2011; Padierna et al., 2013; Zabala, Macdonald y Treasure, 2009). Dicha sintomatología, podría ser consecuencia directa de la disfunción familiar que conlleva el diagnóstico de TCA, llevándolos a padecer altos niveles de estrés, a causa de la prolongada dedicación y esfuerzo para adaptarse a las demandas del familiar con TCA y a la situación de cuidado (Coomber y King, 2013; González, Padierna, Martín, Aguirre y Quintana, 2012; Pérez, 2014).

Por otra parte, los cuidadores se enfrentan a la dificultad de acceso a los servicios de ayuda y a menudo se sienten excluidos, incomprensidos o culpables, mostrándose insatisfechos con la información que reciben, el pronóstico de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento con las que cuentan para hacer frente al problema, así como con el apoyo social y profesional (Pérez et al., 2014).

Por todo ello, atendiendo a los resultados obtenidos en estudios previos, se puso de manifiesto la necesidad de crear programas e intervenciones específicas dirigidas a cuidadores informales de personas con TCA, cuyo objetivo fundamental residía en la reducción de los problemas de salud y la percepción de estrés (Sepúlveda et al., 2010).

La terapia familiar de los trastornos alimentarios (TA) adquirió un gran auge desde la aparición del estudio del equipo de la clínica de guía infantil de Filadelfia (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) que ofrecía unos resultados alentadores, un 86% de remisiones en anorexia nerviosa frente al 40-50% de otro tipo de intervenciones. Este trabajo, aunque no fue un ensayo controlado y las pacientes eran jóvenes y con una historia de la enfermedad no superior a tres años (factores de buen pronóstico según los datos hallados por Dare, Eisler, Russell y Szmukler, 1995), destacó la necesidad de intervenir en las familias en los casos de trastornos alimentarios recogiendo las aportaciones del modelo sistémico.

Las primeras orientaciones consideraban a la familia como responsable del desarrollo del TCA. No obstante, a través de los años, se mostró que no existía un patrón único para estas familias (Steiger, Stotland, Trottier y Ghadirian, 1996), lo que impulsó al desarrollo de modelos más amplios donde la familia apareciera como un factor común que contribuye a la comprensión de dichos trastornos.

A partir de 1980, comienzan a surgir terapias que integran diferentes modelos y ven desde otra perspectiva la variable familiar. Una de ellas es la Terapia Interpersonal que fue descrita por Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) como terapia de enfoque pluralista. Enfatiza las relaciones interpersonales del paciente, aunque reconoce también el papel de los factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y la personalidad en la génesis de la psicopatología. En los TCA, existe un protocolo para aplicar la terapia interpersonal a un grupo de familiares de pacientes con estas patologías. Los objetivos eran ayudar a las familias a favorecer las relaciones interpersonales padres-hijos con el fin de que mejorase, a su vez, el TCA. (Lecina y Solé, 2003).

Más recientemente, se han desarrollado programas psicoeducativos grupales, impartidos de forma independiente al tratamiento del paciente. Los programas psicoeducativos suelen basarse principalmente en la información o educación sobre la enfermedad (sintomatología, etiología, entre otros) para facilitar la comprensión de las conductas del paciente (Gutiérrez et al., 2014). Sin embargo, destacan los programas que se han dirigido principalmente a enseñar habilidades de resolución de problemas (Uehara, kawashima, Goto, Tasaki y Someya, 2001), con una reducción en los niveles de ansiedad y de la emoción expresada de los familiares, así como la patología alimentaria de los pacientes o de habilidades de comunicación (Sepúlveda, López, Todd, Whitaker y Treasure, 2008). Los resultados han sido favorables en la adquisición de estas habilidades, así como la disminución del impacto negativo de la experiencia de cuidado y de la emoción expresada (Sepúlveda et al., 2009).

Entre los principales investigadores en terapia familiar cabe destacar el grupo de trabajo de Janet Treasure, quienes desarrollaron en los años 80 un modelo de intervención psicoeducativa conocido como modelo Maudsley por el hospital de Londres, donde fue llevado a cabo. Tenía como objetivo principal el desarrollo de habilidades de comunicación y de afrontamiento familiar adaptativas (Pla, Moreno, Fuentes-Durá y Dasí, 2014). A diferencia de la mayoría de los tipos de terapia familiar anteriores, el modelo del Maudsley determina que los padres son el principal recurso para lograr la recuperación del adolescente que sufre el trastorno. De esta forma, se trabaja ‘externalizando’ la enfermedad (disociar artificialmente la enfermedad de la/el paciente), favoreciendo así el vínculo con el paciente, reduciéndose la resistencia a las intervenciones y, a la vez, involucrando al adolescente en la lucha contra la enfermedad.

A partir de dicho modelo, se obtuvieron resultados terapéuticos satisfactorios en diversos estudios, donde se destaca la reducción del malestar psicológico y la mejora en la comprensión y la tolerancia hacia el TCA, además de un incremento de la autoeficacia del cuidado (Macdonald, Murray, Goddard y Treasure, 2011; Sepulveda, Whitney, Hankins y Treasure, 2008). Incluso se ha observado cómo dicha mejoría se mantiene años después de la finalización de la intervención (Goddard et al., 2011).

El nuevo enfoque de cuidado colaborativo de Maudsley (Treasure et al., 2008), se desarrolló especialmente para ayudar a las familias con enfermedades prolongadas. Este modelo enfatiza las habilidades de los cuidadores como la comunicación positiva mediante entrevistas motivacionales, apoyo de comidas y el manejo de otros comportamientos difíciles.

Según una revisión sistemática, las intervenciones actuales dirigidas a cuidadores se centran en cómo aumentar sus estrategias de afrontamiento, en dar apoyo efectivo y en reducir los comportamientos interpersonales disfuncionales (Hibbs, Rhind, Leppanen y Treasure, 2015). Sin embargo, la calidad de muchos de los estudios es limitada, las descripciones de las intervenciones a veces están poco detalladas y los procesos de cambio implicados no se especifican de forma clara (Treasure y Nazar, 2016).

Otras intervenciones se dirigen a aspectos socio-emocionales de los trastornos alimentarios, como la realizada por Timko et al. (2015), fundamentada en el Tratamiento Familiar Separado basado en Aceptación (ASFT). El tratamiento se basó en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para adolescentes de entre 12 y 18 años de edad con anorexia o subumbral de anorexia y sus familias, quienes recibieron 20 sesiones de tratamiento durante 24 semanas. Los resultados concluyeron con que casi la mitad de los adolescentes (48,0%) cumplieron con los criterios de remisión completa al final del tratamiento, el 29,8% cumplió los criterios para la remisión parcial y el 21,3% no mejoró. En general, los adolescentes tuvieron una reducción significativa de síntomas de trastorno alimentario y alcanzaron el peso corporal esperado. El tratamiento dio lugar a cambios en la aceptación psicológica en la dirección esperada para los padres y los adolescentes .

Por otro lado, intervenciones como la realizada por Murray et al. (2015) para familias con un miembro diagnosticado de Bulimia Nerviosa, integran las habilidades de la terapia dialéctica

conductual (revisión diaria del cambio de los síntomas, análisis de las cadenas conductuales, desarrollo de planes de crisis, habilidades de regulación emocional para toda la familia) con la terapia familiar (mejora de las comunicaciones durante las comidas).

Como muestra la revisión de la literatura, la inclusión de las familias en la educación y en el apoyo de pacientes con un TCA es una necesidad en el abordaje terapéutico de estos pacientes, ya que la recuperación de la enfermedad es lenta y el riesgo de sufrir una recaída se reduce cuando los miembros de la familia acuden o ayudan en la recuperación del paciente e intervienen en la consecución de los objetivos (Haigh y Treasure, 2003; Holtkamp, Herpertz-Dahlmann y Vloet, 2005).

Para continuar profundizando en la búsqueda de terapias familiares efectivas como ayuda al tratamiento de los TCA, se ha diseñado y puesto en práctica un programa de intervención psicoeducativo grupal llamado COMER-AMAR dirigido de forma independiente a familiares y a pacientes con TCA. Por una parte, siguiendo el modelo de Fairburn et al. (2003), se les proporciona a las familias y a los pacientes información respecto a qué es un TCA, su etiología, evolución y sintomatología; y por otra, según el modelo Maudsley, se aportan a los dos grupos habilidades de comunicación y de negociación frente a la sintomatología enferma para, en el caso de los cuidadores, conseguir un afrontamiento más adaptativo.

Objetivos e hipótesis

El objetivo general fue diseñar y aplicar una intervención psicoeducativa para padres y pacientes con TCA y tras su realización, determinar el grado de satisfacción con los contenidos del programa por parte de ambos grupos.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Conocer las características de los Trastornos Alimentarios, así como los factores que intervienen y sus consecuencias.
- Adquirir habilidades sociales como la asertividad o empatía y mejorar la autoestima.
- Adquirir habilidades de resolución de conflictos para mejorar el clima familiar.
- Conocer si el tipo de apego puede influir en la aparición o mantenimiento de un TCA.

- Promocionar pautas de crianza adaptativas que favorezcan y fortalezcan la relación paterno-filial.

Puesto que la intervención psicoeducativa fue llevada a cabo por varios compañeros y profesionales, el análisis de las variables del grupo de los familiares se encuentra reflejado en otro trabajo. En el presente estudio, en cuanto al grupo de los cuidadores, sólo se mostrarán los datos de satisfacción con la intervención. Por lo tanto, las hipótesis que se pretenden contrastar mediante la puesta en marcha del programa y evaluación respectiva se centrarán en los pacientes. Éstas son:

1. La sintomatología de los TCA mejorará tras la intervención.
2. La intervención producirá una mejora del ambiente familiar al trabajar estilos comunicativos más adaptativos a medida que los familiares cambian sus patrones de interacción con la enfermedad del hijo.
3. Los pacientes con TCA mostrarán un tipo de apego inseguro.
4. Los pacientes mostrarán un nivel de satisfacción alto con la intervención.
5. Los familiares mostrarán un nivel de satisfacción alto con la intervención.

Método

Participantes

El total de la muestra inicial estaba compuesta por 25 participantes: 9 familiares y 16 pacientes. Fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que nos dirigimos a un grupo específico de población; en este caso, pacientes con un TCA que seguían su tratamiento ambulatorio en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Provincial de Castellón y sus familiares. No obstante, la muestra utilizada para realizar la evaluación de la intervención disminuyó al tener en cuenta como criterio de exclusión el no haber asistido a un mínimo de tres sesiones, de las cuatro totales del programa. Finalmente, la muestra incluida en el estudio se distribuyó en dos grupos y

estuvo constituida por 8 familiares y 11 pacientes, de los cuales ocho de ellos habían asistido con sus respectivos padres a la intervención.

El grupo de los pacientes estaba formado por un total de 10 mujeres (90.9%) y 1 hombre (9.09%), con una edad media de 29 años ($DT = 14.26$), comprendidas en un rango de 14-47 años. En el momento de la evaluación inicial y según los criterios del DSM-V, el 46% ($n = 5$) tenía un diagnóstico de TCANE, el 36% ($n = 4$) de AN y el 18% ($n = 2$) de BN. La media de tiempo en tratamiento en la unidad era de 24.64 meses ($DT = 18.44$). El nivel de estudios fue medio en el 54.5% de los casos, frente al 36.4% que tenían un nivel superior y un 9.1% primario.

Respecto al grupo de familiares, la muestra fue constituida por un total de 8 participantes, la mayoría mujeres, un 93.8%. El rango de edades estuvo comprendido entre 40 y 58 años ($M = 47.69$; $DT = 5.11$). En cuanto a su estado civil, la mayoría de los participantes estaban casados en el momento de la evaluación (56.3%). Con respecto al nivel de estudios, se encontró un porcentaje similar de familiares con estudios primarios (31.3%), medios (37.5%), o superiores (31.3%).

Instrumentos

Dentro del proceso de evaluación, se incluyeron medidas sociodemográficas de los familiares y los pacientes (sexo, edad, nivel educativo, estado marital), así como el parentesco y el tiempo de tratamiento del paciente. Para evaluación de los pacientes se utilizaron los siguientes instrumentos:

- “Test de actitudes alimentarias” (*Eating Attitudes Test*, EAT-40; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1979. Adaptación española por Castro et al., (1991). Son 40 ítems que evalúan actitudes y conductas asociadas a los TCA (dieta y preocupación por la comida, presión social y malestar con la alimentación y trastornos psicobiológicos), tomando el punto de corte de 20 para delimitar sintomatología de trastorno alimentario. Las características psicométricas de la validación española del cuestionario con población femenina adolescente fueron similares ($\alpha = 0,88$) a las de

la versión original. Puntuaciones más altas reflejan conductas alimentarias más disfuncionales.

- “Cuestionario CaMir” (*Cartes, Modèles Individuels de Relation, CAMIR-R*; Balluerka et al., 2011). Mide las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de la edad adulta. Consta de 32 ítems que se deben responder en una escala tipo Likert de 5 puntos. Presenta una adecuada consistencia interna con un *alpha* de Cronbach que oscila entre 0,60 y 0,85. Su estructura consta de 7 dimensiones, cinco de ellas referidas a las representaciones del apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y Traumatismo infantil) y las dos restantes, a las representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental). Las dimensiones referidas a las representaciones de apego incluyen los tres tipos de apego (seguro, evitativo y preocupado). Si los participantes informan sobre el soporte emocional y la seguridad esperada y encontrada en los otros (estilo seguro), si son partidarios de la autosuficiencia e independencia (evitativo) o, por el contrario, si se sienten inmersos en relaciones que son perjudiciales para su autonomía (preocupado). Dado que el apego desorganizado implica lapsos en la monitorización del razonamiento o el discurso (Solomon y George, 1999), este estilo de apego no es evaluado en este autoinforme.
- “Instrumento de vínculo parental” (*Parenting Bonding Instrument, PBI*; Parker et al., 1997). Mide la contribución parental en el vínculo padres-hijos percibido desde la infancia e inicio de la adolescencia (antes de los 16 años) o bien en el presente, teniendo en cuenta dos constructos significativos, definidos en dos escalas: 1. Cuidado (12 ítems) que se refiere, por un lado, a la afectividad, contención emocional, empatía y cercanía, y, por otro, la frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; y 2. Sobreprotección (13 ítems) que apunta al control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma. Tiene 25 reactivos y cada respuesta se puntúa en un rango de 0 a 3 puntos, quedando la escala de cuidado con un puntaje máximo de 36 puntos y la de sobreprotección, con 39. La obtención de puntajes de ambas escalas permite elaborar cinco tipos de vínculos parentales: a.

Promedio (puntajes medios en ambas dimensiones), b. Vínculo óptimo (altos puntajes en cuidado y bajos puntajes en sobreprotección), c. Vínculo débil (bajos puntajes en cuidado y bajos puntajes en sobreprotección), d. Afecto restrictivo (altos puntajes en cuidado y sobreprotección) y e. Control sin afecto (altos puntajes en sobreprotección y bajos puntajes en cuidado). En cuanto a la confiabilidad se reportó un alfa de .79 para la escala de cuidado materno y un alfa de .70 en relación a protección materna. Respecto al padre, la confiabilidad de cuidado fue de .81 y de .69 para la sobreprotección.

Para evaluar la aceptabilidad de la intervención por parte de los familiares y pacientes, se utilizaron dos medidas. Por un lado, se registró la asistencia a las sesiones (tasa de participación) y por otro, tras la última sesión, cumplieron una escala para medir su grado de satisfacción con el programa. Ésta estaba formada por 13 ítems en total que debían valorar de 0 a 10.

La escala de satisfacción consistía en 9 ítems sobre los contenidos específicos de la intervención: 1) *“Han aumentado mis conocimientos acerca de lo que son los Trastornos de Conducta Alimentaria”*, 2) *“Comprendo mejor las conductas en relación al Trastorno de Conducta Alimentaria”*, 3) *“Resolvemos las dificultades familiares más fácilmente”*, 4) *“Ha mejorado la comunicación”*, 5) *“Ha mejorado el ambiente familiar”*, 6) *“He sido capaz de identificar dificultades propias que interferían en mi relación con los demás”*, 7) *“He sido capaz de poner en práctica habilidades de mentalización”*, 8) *“He aprendido a considerar todos los problemas personales, no sólo exclusivamente los relacionados con el TCA”*, 9) *“Voy a intentar seguir introduciendo cambios en mi actitud para mejorar la relación con mi familia”*. Asimismo, tuvieron que valorar de 0 a 10 el programa en términos de: utilidad 10) *“En general, me ha resultado útil esta intervención.”* e interés 11) *“Considero que debería seguir aplicándose esta intervención con familiares y pacientes con TCA en un futuro”* y 12) *“Estoy satisfecho con las expectativas que tenía acerca de la intervención.”* Finalmente, contestaron un último ítem sobre comentarios y propuestas de mejora.

Procedimiento

El programa psicoeducativo se llevó a cabo en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Provincial de Castellón, especializada en el diagnóstico, tratamiento multidisciplinar (psicológico, farmacológico y nutricional) y seguimiento de los TCA. Siguiendo los protocolos terapéuticos de la unidad, la nutricionista del Hospital Provincial acude puntualmente al centro para impartir grupos de nutrición para familiares y pacientes de consultas ambulatorias. Aprovechando esta cita, informamos telefónicamente a las familias y pacientes que habían confirmado su asistencia al grupo sobre la posibilidad de participar voluntariamente en la intervención.

Convocamos el día 16/11/16 a los familiares y el 23/11/16 a los pacientes de ambulatoria que querían participar de forma voluntaria en la primera sesión de la intervención para después, pactar con ellos el horario del resto de las sesiones que mejor se adaptara a todos. Una vez que los participantes mostraron su disposición a colaborar y firmaron el consentimiento informado, se recogieron los datos sociodemográficos y de contacto necesarios. Los participantes de ambos grupos fueron evaluados al inicio de la intervención (T0) y al final de la intervención (T1). Todas las medidas se obtuvieron a través de cuestionarios de lápiz y papel. A continuación se presenta una descripción del programa de intervención.

Descripción del programa psicoeducativo COMER-AMAR

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica, se planificó el contenido de la intervención, el cual se basó principalmente en el programa psicoeducativo de Fairburn (2008) para pacientes con TCA y en el nuevo modelo colaborativo familiar de Treasure et al., (2007, 2010) en cuanto a la estructura y dinámicas. También se utilizaron componentes de la Terapia de Mentalización (Bateman y Fonagy, 2010). Por ello, la siglas del programa COMER- AMAR corresponden al título de: *Comunicación y Mentalización en la Relación - Atención, Mentalización, Automentalización y Regulación*.

El programa se estructuró en 4 sesiones para cada uno de los grupos. Cada sesión tenía una duración de hora y media aproximadamente y su frecuencia era semanal. Se desarrolló material en formato escrito y diapositivas Power Point para cada sesión. La metodología incluyó distintas actividades individuales en forma de registros, debates y tareas de reflexión semanales que se recogían y comentaban al inicio de cada sesión. Los grupos de intervención

fueron dirigidos por el psicólogo de la UTCA, una enfermera EIR, una psicóloga en prácticas del Máster de Psicología General Sanitaria y una estudiante en prácticas del Grado de Psicología. Los contenidos terapéuticos que se trabajaron a lo largo de la intervención fueron:

- **Psicoeducación:** se explicarán qué son los trastornos de la conducta alimentaria, la multicausalidad que los acontece en cuanto a los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores; además de los síntomas y las consecuencias. También se tratará la función del síntoma.
- **Relaciones familiares:** se desarrollarán actividades relacionadas con los modelos de crianza, relaciones con los hijos/as, comunicación o emociones experimentadas de cara a que la relación con sus hijos/as mejore.
- **Apego y Mentalización:** relación entre apego seguro y mentalización como técnica para facilitar la interacción con el mundo social y familiar.
- **Habilidades Sociales y Autoestima:** se trabajan conceptos como la autoestima, empatía y asertividad.

Las técnicas empleadas fueron entre otras, el diálogo socrático, retroalimentación y refuerzo en el ámbito grupal. Puesto que muchos de los contenidos eran comunes tanto para el grupo de los familiares como para el de los pacientes con TCA, a continuación se describen las sesiones de ambos grupos de forma conjunta, anotando aquellos matices de contenido que sí presentaban diferencias. En la Tabla 1 se describen las sesiones de los dos programas de intervención de forma esquemática.

Tabla 1

Descripción de los dos grupos del Programa psicoeducativo COMER-AMAR

<i>Número</i>	<i>Intervención para familiares</i>	<i>Intervención para pacientes con TCA</i>
Sesión 1	¿Qué son los TCA? - Tipos de diagnóstico - Modelo transdiagnóstico del TCA - Síntomas	¿Qué son los TCA? - Tipos de diagnóstico - Modelo transdiagnóstico del TCA - Consecuencias (psicológicas,

		sociales/familiares y físicas)
Sesión 2	¿Qué tipo de cuidadores somos? - Estilos de cuidador	Mi falsa amiga - Función del síntoma (externalizar enfermedad y regulación emocional a través del síntoma)
Sesión 3	Apego y mentalización - ¿Qué es el apego? - Estilos de apego - Elementos para fomentar apego seguro - Mentalización	Apego y mentalización - ¿Qué es el apego? - Estilos de apego - Qué proporciona el apego seguro - Mentalización
Sesión 4	Habilidades sociales y autoestima - Estilos de comunicación - Asertividad - Autoestima	Habilidades sociales y autoestima - Estilos de comunicación - Asertividad - Autoestima

Sesión 1: ¿Qué son los TCA?

En un primer momento, se llevó a cabo la presentación de todos los componentes del programa, profesionales y usuarios; y se informó sobre qué consistía la intervención y cuáles eran los objetivos planteados. Comentados estos aspectos, tuvo lugar la primera evaluación pre-intervención y tanto pacientes como familiares completaron la hoja con los datos sociodemográficos, el consentimiento informado y la batería de escalas y cuestionarios correspondientes. Después, tuvo lugar la presentación del contenido de la sesión.

En este caso, se explicaron qué son los TCA, los diferentes diagnósticos que encontramos según el DSM V (APA, 2014) y las características que los definen. Además, se trataron según el modelo Transdiagnóstico del TCA (Fairburn, 2008) los factores multicausales que los generan y los mantenedores; así como los síntomas y consecuencias. En el caso de los familiares, se hizo más énfasis en los síntomas y los factores precipitantes relacionados con aspectos propios de la adolescencia y adultez joven, a los que los hijos intentan dar una solución como pueden, siendo influenciados por la enfermedad y sobrevalorando la figura y el peso en detrimento de otros aspectos que configuren su autoestima. De esta forma, el objetivo era que aumentaran sus conocimientos sobre los TCA y pudieran identificar la sintomatología enferma para después, practicar las habilidades de negociación frente a ésta.

También se favoreció que surgieran en el grupo los mitos, creencias y expectativas (positivas o negativas) sobre la recuperación.

En el caso de los pacientes, se hizo más hincapié en las graves consecuencias de padecer cualquiera de este tipo de patologías y cómo éstas se ven reflejadas tanto a nivel psicológico, físico, como el social o familiar. De esta forma, se pretendía aumentar la conciencia del problema, ya que sobre todo en los casos de Anorexia nerviosa es muy limitada. En el caso de los familiares, como tarea para casa, tuvieron que completar el *Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)*, en el cual debían de describir una situación conflictiva con sus hijos/as relacionada con el TCA y cómo la habían afrontado.

Sesión 2: ¿Qué tipo de cuidadores somos?/ Mi falsa amiga

En esta sesión sí hubo grandes diferencias entre los grupos en cuanto a contenido. El grupo de los padres comenzó con un pequeño debate acerca de algunas de las situaciones conflictivas que habían descrito como tarea para casa y de cómo las habían afrontado. Estos ejemplos sirvieron para introducir los diferentes tipos de cuidadores según Treasure (2011). El objetivo era que los familiares fueran conscientes de que su conducta puede desencadenar multitud de reacciones en sus hijos/as como: rabia, frustración, desesperación, lágrimas, pánico, angustia o incluso ignorancia. En esta sesión, le pedimos a los cuidadores que identificaran y reconocieran cómo respondían a los síntomas asociados a los TCA, haciendo una analogía con diferentes animales. Debían identificarse entre el *canguro* (estilo sobreprotector), el *rinoceronte* (estilo agresivo y autoritario), la *avestruz* (estilo sumiso y sin afrontar el problema) o entre la *medusa* (excesiva reactividad, culpabilidad y victimismo). Fue una sesión muy interesante en la que el objetivo principal era brindar a los cuidadores los instrumentos, las habilidades y los conocimientos necesarios para que pudieran cambiar su forma de reaccionar y que trabajaran junto a sus hijos/as, en lugar de contra ellos. Así, ayudarían a agilizar la recuperación, su vida y su salud, en lugar de prolongar la enfermedad y reforzarla. Además, también se pretendía normalizar y evitar posibles sentimientos de culpa y/o frustración derivados del cuidado de una persona con TCA. Como tarea para casa, debían de rellenar un autorregistro sobre las emociones, pensamientos y conductas desadaptativas derivadas de la convivencia diaria con la persona que cuidaban.

En el caso de los pacientes, se continuó con los factores mantenedores de la enfermedad, para después descubrir cómo afecta esa “falsa amiga” a nivel médico, psicológico, social y familiar. Se llevó a cabo una actividad en la que entre todos los pacientes, debían comentar en qué consideraban que les había ayudado el TCA y en qué les había perjudicado. De esta forma, también se trabajó la función del síntoma y cómo la conducta alimentaria (síntomas) actúa como un método de regulación emocional desadaptativa ante aspectos como: baja autoestima, problemas con las relaciones familiares o amistades, presión social, intolerancia a cambios de estado de ánimo, elevada autoexigencia, etc. De esta forma se introduce la importancia de aprender a identificar las emociones y comunicarnos para enfrentarnos de forma adecuada a los problemas, contenidos que se verían en las próximas sesiones. Como tarea para casa, debían completar un cuadro de registro donde identificaran una situación de conflicto, la emoción que habían sentido y la conducta que habían llevado a cabo.

Sesión 3: Apego y mentalización

Durante esta sesión se trabajó la importancia de desarrollar un apego seguro y de cómo éste puede ser un factor protector ante algunas patologías. Se les explicó a ambos grupos que, el hecho de que una persona haya desarrollado un apego seguro supone que ésta perciba que tanto en la infancia como en la actualidad, ha sido sensible y correspondida a sus necesidades de apego y que su figura de apego ha respondido con afecto cuando ha necesitado su protección y consuelo. En consecuencia la persona se siente querida por sus seres queridos y merecedora de dicho afecto. Se les explicó que una forma de promover el apego seguro es mediante la Mentalización, entendida como la capacidad, exclusiva de los seres humanos, que nos permite percibir, interpretar y comprender el comportamiento (propio y de otros) en base a estados mentales intencionales (sentimientos, pensamientos, deseos...). Por múltiples estudios, se sabe que la adquisición y sofisticación de esta capacidad tiene que ver con la calidad afectiva y relacional de la relación temprana que se establece con las principales figuras de apego. Por ello, se creyó conveniente incluir este concepto en la intervención y explicar de forma sencilla el proceso que conlleva. En líneas generales, se les explico que cuando la mentalización se desarrolla satisfactoriamente, colabora en la conformación de un sentido robusto e integrado de identidad y de estima personal, facilita poder desenvolvernos en un mundo social complejo de forma flexible y constructiva y establece una sensación interna de seguridad personal y autoeficacia. (Bateman y Fonagy, 2006).

Sesión 4: Habilidades sociales y Autoestima

El objetivo de esta última sesión era identificar los diferentes tipos de comunicación (estilo agresivo, pasivo y asertivo) para, después, trabajar diferentes habilidades comunicativas, pretendiendo un cambio positivo en el lenguaje familiar. Las temáticas que se introdujeron fueron: la comunicación verbal y no verbal, el concepto de asertividad y lo que implica, la habilidad de “decir que no” y la capacidad de pedir ayuda, de cara a promover la adquisición de competencias en la resolución de conflictos. De esta forma, se promovió el entrenamiento en habilidades sociales y conducta más asertiva, favoreciendo la integración social y las relaciones interpersonales. También se abordaron aquellos aspectos relacionados con la autoestima que determinan la autoimagen, la autoevaluación y autoeficacia, así como las diferentes formas de aumentarla. Con todo ello, se pretendía que tanto los pacientes como los familiares reflexionaran sobre la modificación del estilo atribucional y el funcionamiento psíquico en relación a las expectativas de éxito y/o de fracaso.

Para finalizar, se les volvió a administrar a los dos grupos los mismos cuestionarios que completaron en la primera sesión para poder hacer una evaluación post-tratamiento y compararla con la fase de pre-tratamiento. Además, tanto los familiares como los pacientes rellenaron un cuestionario de 12 ítems diseñado ad hoc para medir su grado de satisfacción con el programa.

Diseño y análisis de datos

Se trata de un diseño de intervención pre-post, en el que el análisis de datos se realizó sólo sobre la muestra de pacientes, ya que la evaluación de la muestra del grupo de los familiares será incluida en otro trabajo. Los datos fueron procesados con el programa informatizado de análisis estadístico SPSS.24, mediante el cual se llevó a cabo el cálculo de los descriptivos (medias, desviaciones típicas y/o porcentajes) de todas las medidas sociodemográficas, clínicas y psicológicas. Dado que en este estudio la muestra es reducida, se ha creído conveniente llevar a cabo un cálculo que permitiera conocer la magnitud de las diferencias observadas con independencia del tamaño muestral. Por ello, se calculó la *d* de Cohen para indicar la magnitud de la diferencia de grupo entre cada par de intervalos de tiempo, al inicio de la intervención (T0) y al final de la intervención (T1). Según su autor (Cohen, 1998), un tamaño del efecto de 0.2 a 0.30 sería un efecto “pequeño”, alrededor de 0.50 sería un efecto

“moderado” y a partir de 0.80 sería “grande”. También se llevaron a cabo los estadísticos descriptivos sobre la satisfacción del programa.

Resultados

La tasa de participación en los talleres fue elevada, ya que un 61.2% de los participantes acudieron a las cuatro sesiones y el 38.8% a tres sesiones; por lo tanto, el 93.3% de los cuidadores y pacientes lo completaron (definido como asistir a 3 sesiones o más). La tasa de respuesta en el post-tratamiento (T₁) por parte del grupo de los pacientes fue del 100% (n=11).

Análisis estadísticos de los datos de los pacientes

En la Tabla 2 se resumen los principales indicadores de la evolución de las variables dependientes medidas durante la pre-intervención (T₀) y en la post- intervención (T₁) en el grupo de los pacientes:

Tabla 2
Resultados del estudio Pre-Post intervención (N = 11)

	Pre (T ₀)		Post (T ₁)		<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
EAT					
Dieta	29.82	17.08	25.36	23.13	.22
Presión social y malestar	9.45	5.06	7.82	6.19	.28
Trast. Psicobiológicos	4.18	2.44	3.82	3.49	.12
CAMIR					
Seguridad	24.73	8.52	26.91	7.74	.27
Preocupación familiar	18.09	6.80	17.82	4.56	.04
Interferencia padres	9.00	2.93	10.36	3.47	.42
Autoridad	10.55	2.38	11.55	1.92	.46
Permisividad	9.09	2.30	9.00	1.55	.04
Autosuficiencia y rencor	11.82	3.46	12.64	3.23	.24
Traumatismo infantil	11.73	5.93	10.55	4.78	.21
PBI					
Cuidado madre	25.86	5.96	26.86	6.26	.16
Control madre	13.57	6.68	13.14	6.20	.06
Cuidado padre	23.75	7.54	25.67	9.71	.22
Control padre	13.50	8.35	15.67	10.21	.23

Teniendo en cuenta el cálculo de la d de Cohen y considerando los criterios del autor (Cohen,1988), la mayoría de las diferencias de medias de las variables estudiadas entre los dos intervalos de la intervención, presentan un tamaño del efecto pequeño.

En el test EAT-40, la puntuación media obtenida por los pacientes al inicio de la intervención se redujo en sus tres subescalas al comparar la medición post-programa. Por tanto, hubo un descenso general de la sintomatología del TCA.

Entre los factores del cuestionario de apego CaMir-R, se observó un aumento en la puntuación media obtenida tras la intervención ($T_0 < T_1$) en *Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego*, *Valor de la autoridad de los padres* y *Autosuficiencia*. Por el contrario, se produjo un descenso ($T_0 > T_1$) en las dimensiones *Preocupación familiar*, *Permisividad*, *Interferencia de los padres* y *Trauma infantil*. No obstante, los tamaños del efecto fueron pequeños en la mayoría de factores, exceptuando la dimensión *Interferencia de los padres* ($d=.42$) y el *Valor de la autoridad de los padres* ($d=.46$), los cuales se aproximan a un tamaño del efecto moderado. Concretamente, el factor *Valor de la autoridad de los padres*, pertenece a una de las dimensiones que representa la estructura familiar, refiriéndose a la evaluación positiva que hace la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía. Por otro lado, el factor *Interferencia de los padres* forma parte de una de las dimensiones del cuestionario que se refiere a las representaciones del tipo de apego que el sujeto percibe. Valores más elevados de este factor, se relacionan con un tipo de apego inseguro.

En cuanto al PBI, aunque el tamaño del efecto fue pequeño tanto en la escala de cuidado como de control del padre ($d=.22$ y $d=.23$, respectivamente) e insignificativo en el caso de la madre, si tenemos en cuenta las puntuaciones medias de ambas escalas y los puntos de corte definidos por el cuestionario para establecer el tipo de vínculo parental, sí se encontraron datos relevantes. Antes de la intervención, la media en la escala de *Cuidado* de la madre ($M=25.86$) fue mayor que la escala de *Control* ($M=13.6$), por lo que, según los baremos del cuestionario, el vínculo medio maternal sería el tipo “Control sin afecto”. En cambio, tras la intervención, al aumentar la escala de *Cuidado* ($M=27$) y disminuir la de *Control* ($M=13.50$), se definió un estilo parental “promedio”. En el caso del padre, las puntuaciones bajas de *Cuidado* ($M=23.75$) y altas en *Control* ($M=13.5$) durante la pre-intervención indicaron el tipo “Control sin afecto” como el vínculo paternal. No obstante, en la post-intervención, la escala

de *Cuidado* subió ($M=25.67$) junto con la de *Control* ($M=15.67$), identificando el tipo de vínculo “*Afecto restrictivo*” como el promedio.

Tipo de apego

Con el fin de conocer el tipo de apego de los pacientes y entender mejor la concepción del funcionamiento familiar, se llevó a cabo un análisis cualitativo entre los diferentes factores del cuestionario CaMir-R. Tras obtener las *puntuaciones T*, se consideraron, según los resultados del estudio de Balluerka et al.(2011), los datos de la dimensión *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* para determinar si se trataba de un estilo de apego seguro (*puntuación $T \geq 50$*) o inseguro (*puntuación $T < 50$*). Entre los sujetos con un apego inseguro, si la puntuación era mayor en las dimensiones de *Preocupación familiar e Interferencia de los padres* que en la dimensión *Autosuficiencia*, se consideró que presentaba un estilo de apego inseguro preocupado. Por el contrario, si la puntuación era mayor en la dimensión *Autosuficiencia*, se consideró un estilo de apego inseguro evitativo. En la Tabla 3 se presenta la distribución de los estilos de apego según el CaMir-R.

Tabla 3

Distribución de frecuencia de los estilos de apego

Muestra	Estilos de apego		
	Seguro (%)	Inseguro preocupado (%)	Inseguro evitativo (%)
Pacientes n=11	2 (18.2%)	3 (27.3%)	6 (54.5%)

En ella se observa una mayor proporción de apego inseguro evitativo, seguido del estilo preocupado y por último, el apego seguro.

Análisis sobre la satisfacción con la intervención

En cuanto a los contenidos específicos del programa y su nivel de satisfacción (Tabla 4), en general, la respuesta fue muy positiva. Las puntuaciones son muy elevadas y similares entre los dos grupos. Sin embargo, si se muestra una diferencia entre grupos respecto ítem 4) “*Ha*

mejorado la comunicación en casa”, puesto que fue valorado peor en el grupo de los pacientes que en el de los cuidadores. Cabe destacar que los ítems 10) “*En general, me ha resultado útil esta intervención*” y el 11) “*Considero que debería seguir aplicándose esta intervención con familiares y pacientes con TCA en un futuro*”, fueron los mejor valorados en ambos grupos.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos sobre satisfacción del grupo de padres y pacientes

Ítem	Padres (N=8)	Pacientes (N=11)
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
1	9.1 (1.3)	9.0 (1.2)
2	9.0 (1.3)	8.4 (1.5)
3	7.7 (0.7)	7.1 (2.0)
4	8.2 (1.6)	6.8 (2.4)
5	7.5 (1.7)	7.1 (2.6)
6	8.0 (2.2)	7.8 (1.5)
7	7.7 (1.1)	7.4 (2.3)
8	7.8 (1.9)	7.9 (1.9)
9	8.8 (1.7)	9.2 (0.9)
10	9.5 (1.1)	9.2 (0.8)
11	9.5 (1.1)	9.5 (1.0)
12	9.1 (1.7)	8.9 (1.3)

Finalmente, en respuesta a la pregunta abierta sobre observaciones o propuestas de mejora, los participantes mencionaron haber ganado conocimientos sobre los TCA, así como habilidades de comunicación. Los talleres fueron muy valorados también por ofrecer la posibilidad de encuentro con otras personas en circunstancias similares.

Discusión

Los resultados del presente estudio piloto reflejan la efectividad y un alto grado de satisfacción con el programa psicoeducativo aplicado en cuidadores y pacientes con un TCA. Tal y como muestran los resultados en la escala de satisfacción, se ha conseguido producir un ligero cambio en las relaciones interpersonales en la familia a través de la adquisición de habilidades comunicativas más eficaces y asertivas, la capacidad de expresar sentimientos positivos o el desarrollo estrategias de resolución de conflictos.

Son muchos los estudios que han demostrado mejorías en los cuidadores y pacientes tras las intervenciones realizadas (López et al., 2009; Maglio y Molina, 2012; NICE, 2004; Pérez-Pareja et al., 2014; Sepúlveda et al., 2008), ya que mediante la psicoeducación y formación en comunicación (Goodier et al., 2014; Gutiérrez, Sepúlveda, Anastasiadou y Medina, 2014; NICE, 2004) o a través de actividades de reflexión y manejo de emociones y conflictos (Treasure et al., 2007), los cuidadores adquieren los conocimientos y habilidades necesarias para prestar una mejor ayuda (Treasure, Sepúlveda et al., 2007), lo que se ve reflejado de forma positiva en la sintomatología de los pacientes y en las relaciones familiares (Gutiérrez et al., 2014) y su autoeficacia (Berbel et al., 2010; Goodier et al., 2014; Macdonald et al., 2011; Pla et al., 2014).

Además de estos beneficios, es posible que la dinámica grupal en la que participaron ambos grupos permitiera que tanto los cuidadores como los pacientes se encontraran en un ambiente positivo, donde poder dialogar con iguales, aprender y compartir experiencias y preocupaciones similares (Gutiérrez et al., 2014). Además, este formato permitió adoptar un enfoque no patológico de dinámica grupal, incluyendo a los familiares, a diferencia de otros tratamientos clínicos que ignoran a la familia o a tratamientos con sesiones familiares puntuales individualizadas.

El hecho de que los familiares pudieran participar en la intervención, propició una percepción más adaptativa de su papel como cuidador y un mejor afrontamiento de la sintomatología del receptor de los cuidados y de la situación familiar. Este aspecto se vio reflejado en los pacientes, cuyos resultados del EAT-40 mostraron una disminución de la sintomatología de los TCA tras la intervención.

También ha habido cambios en cuanto a la hipótesis que nos planteábamos sobre si la intervención produciría una mejoría del ambiente familiar al trabajar estilos comunicativos más adaptativos. Mediante los resultados del *Instrumento del vínculo parental* (PBI), se demostró un cambio tras la intervención, concretamente en la figura de la madre, hacia un tipo de vínculo más adaptativo, donde predominaría el cuidado, el afecto, la empatía y cercanía; y disminuiría el control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma. En el caso de los padres, sí hubo un aumento en relación al cuidado o afecto, pero el control continuaba siendo elevado. Una posible explicación podría ser que casi la totalidad de participantes que asistieron a la intervención de familiares fueron madres.

Otro aspecto importante es el papel que juega el tipo de apego en los TCA. Así, tal y como indican Lacasa y Muela (2014), las relaciones de apego a lo largo del desarrollo podrían ejercer un papel moderador en lo que respecta al impacto de diferentes factores sobre el bienestar psicológico de los individuos. De esta forma, no sólo funcionarían como factores de riesgo (en el caso de la inseguridad y/o desorganización) para la psicopatología, sino que podrían constituir un factor protector (en el caso de la seguridad) que compensaría, al menos en parte, los efectos de las experiencias adversas sobre la salud mental de las personas en diferentes etapas del ciclo vital. Por lo tanto, como señalaba Moneta (2014), el desarrollo de un apego inseguro haría que la persona fuera más vulnerable a padecer trastornos psicológicos en la edad adulta (Moneta, 2014).

Los resultados obtenidos mediante el cuestionario CaMir-R van en la misma dirección que el meta-análisis realizado por Groh et al. (2012) que indicó que el apego inseguro estaba relacionado con problemas clínicos como los TCA en la infancia y adolescencia. Concretamente, se señalaba el apego preocupado como el más frecuente en casos con bulimia nerviosa, y el apego inseguro evitativo en anorexia nerviosa. En este caso, no se han relacionado específicamente los diferentes tipos de diagnóstico con el tipo de apego, pero los resultados sí han demostrado como la mayoría de los pacientes con TCA que participaban en la intervención, presentaban un apego inseguro preocupado o evitativo, siendo este último el más abundante, tal y como se planteaba en la hipótesis.

El apego inseguro evitativo se caracteriza por una postura defensiva en lo que se refiere a las relaciones interpersonales. Son personas que ponen énfasis en la fuerza personal para resolver los problemas y se definen a sí mismas como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones. Las relaciones, tanto del pasado como del presente, son descritas como restrictivas y, en la mayoría de los casos, los recuerdos infantiles han sido olvidados (Lacasa y Muela, 2014). Por el contrario, un estilo de apego inseguro preocupado se caracteriza por una continua preocupación por las relaciones familiares. Tienen dificultades para separarse de sus seres queridos, temen ser abandonados, muestran dificultades en la autonomía personal. Las personas que muestran este estilo de apego describen a sus padres o cuidadores como controladores, sobreprotectores y demandantes, declaran sentir rabia y resentimiento hacia ellos, por lo que suelen tener relaciones ambivalentes con dichas figuras de apego.

Por lo tanto, es importante fomentar desde la infancia un tipo de apego seguro, donde los hijos sientan confianza en sí mismos y en los demás, compartan y expresen sus emociones, y en definitiva, cataloguen las experiencias cercanas y las relaciones interpersonales como satisfactorias (Lacasa y Muela, 2014). En este sentido, los resultados se muestran satisfactorios tras la intervención, ya que el hecho de que haya aumentado la puntuación media del factor *Valor de la autoridad de los padres* del CaMir-R, siendo el tamaño del efecto moderado, muestra un aumento en la evaluación positiva que hacen los pacientes respecto al reconocimiento de la autoridad de los padres y el respeto, característica propia de las personas con un estilo de apego seguro Balluerka et al.(2011). Del mismo modo, tras la intervención también disminuyó el factor *Interferencia de los padres*, factor caracterizado por representaciones negativas y ambivalentes de las figuras de apego, y relacionado con el apego inseguro. De esta forma, se puede concluir que, la intervención sí ha conseguido mejorar en algunos aspectos la dinámica familiar de algunos pacientes.

Una de las partes novedosas en cuanto al contenido de esta intervención psicoeducativa es la inclusión de la terapia de la Mentalización; y es que, en su principal trabajo sobre la Terapia basada en la Mentalización, Bateman y Fonagy (2004) aportan una gran cantidad de evidencia sobre la relación entre la función reflexiva de las figuras de apego y la capacidad de mentalización que desarrollan los hijos. En varios estudios controlados, se ha visto que las madres que utilizan vocabulario referente a estados mentales y generan un contexto de apego

seguro (con interacciones lúdicas y desenfadas con sus bebés) dan lugar a una buena función interpersonal interpretativa y una adecuada capacidad para regular sus emociones, que permite a los niños protegerse mejor de desafíos ambientales posteriores. Tomando esta base, se creyó conveniente incluir algún aspecto sobre el proceso de mentalización en el programa.

Por último, destacar que el estudio del funcionamiento familiar y de sus implicaciones en el trastorno, es útil de cara a favorecer procesos psicoterapéuticos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. El estudio de la dinámica familiar y el vínculo parental en pacientes con TCA puede ayudarnos a comprender cómo funcionan los distintos grupos y qué similitudes y diferencias comparten, así como a derivar de ello implicaciones para la intervención con estos pacientes y sus familiares. De esta forma, la investigación y la práctica profesional se benefician la una de la otra, y nos permiten profundizar y hacer avanzar los modelos teóricos sobre los que se sustentan.

A pesar de que la intervención ha conseguido beneficios y mejorías en ciertas variables, se deben de tomar estos resultados con cierta cautela, ya que los análisis revelaban un tamaño del efecto pequeño entre la pre-intervención y la post-intervención. Además, el presente estudio piloto presenta muchas limitaciones.

Una importante limitación de esta investigación es la ausencia de seguimiento para valorar con mayor precisión qué variables verdaderamente evolucionan en el tiempo y cuales se mantienen. Otra de las limitaciones es el reducido tamaño de la muestra. Esto, aunque a priori puede parecer una gran desventaja no lo es tanto, ya que si con una muestra tan pequeña se ha alcanzado obtener buenos resultados, cabe suponer que el aumento del tamaño de la muestra podría reflejarse en el impacto de la intervención. Esto anima a que en un futuro se replique el programa con nuevos pacientes y familiares y así obtener datos más significativos.

Otra de las limitaciones que podría solucionarse en futuras replicaciones sería el hecho de aumentar los criterios de inclusión y exclusión a la hora de hacer los grupos, ya que sobre todo en el caso de los pacientes, se agruparon independientemente de su diagnóstico y edad, y puede que algunos contenidos del programa no se adecuaran a todos los casos. No obstante, es difícil tener todos estos aspectos en cuenta en la clínica real.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5 ed. Arlington: APA.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 242-247.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Bermúdez, P., Machado, K., y García, I. (2016). Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento: Caso clínico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(3), 240-244.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1, 2ªEd.). New York: Basic Books.
- Cano, G.F., Rodríguez, F.L. y García, M.J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45.
- Carter, J. C., Mercer-Lynn, K. B., Norwood, S. J., Bewell, C. V., Crosby, R. D., Woodside, D. B., et al. (2012). A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse prevention. *Psychiatry Research*, 200(2), 518-523.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the spanish versión. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.

- Chinchilla-Moreno, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Coomber, K., & King, R. M. (2013). A longitudinal examination of burden and psychological distress in carers of people with an eating disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 163-171.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., y Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche (Santiago)*, 17(1), 81-90.
- Dallos, R. y Denfort, S. (2008). A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322.
- Dancyger, I., Fornari, V., y Sunday, S. (2006). What may underline differing perceptions of family functioning between mothers and their adolescent daughters with eating disorders? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(2), 281-286.
- Dare, C., Eisler, I., Colahan, M., Crowther, C., Senior, R. y Asen, E. (1995). The listening heart and the chi square: Clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *Journal of Family therapy*, 17, 31-57.
- Fairburn, C.G. (1985). Cognitive-behavioural treatment for bulimia. En Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (Eds.) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York: Guilford.
- García, I. (2011). Trastornos alimentarios en la adolescencia. *Cuad SUPIA*, 1(1), 102-108.

- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Goddard, E., Macdonald, P., y Treasure, J. (2011). An examination of the impact of the Maudsley Collaborative Care skills training workshops on patients with anorexia nervosa: A qualitative study. *European eating disorders review*, 19(2), 150-161.
- González, N., Padierna, A., Martín, J., Aguirre, U., y Quintana, J. M. (2012). Predictors of change in perceived burden among caregivers of patients with eating disorders. *Journal of affective disorders*, 139(3), 273-282.
- Groh, A., Roisman, G., Fearon, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M., y Lapsley, A. (2012). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's internalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D. y Medina, C. (2014). Programa de psicoeducación familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 22 (1), 131-147.
- Haigh, R. y Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Careers Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11, 125-141.
- Hernández, L., y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29(3), 748-761.
- Herraiz, C., Rodríguez, T., Beato, L., Vaz-Leal, F., Rojo-Moreno, L. y Latorre-Postigo, J. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 91-98.

- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J., y Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *International Journal Eating Disorders*, 48 (4), 349-361.
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B. y Vloet, T. (2005). Group psychoeducation for parent of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 13, 381-190.
- INSALUD (2009). *Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Keel, P. y Brown, T. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 195-204.
- Keski-Rahkonen, M., y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion Psychiatry*, 29 (6), 340-345.
- Klerman, G., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of depression*, Nueva York: Basic Books.
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Psicopatol. salud ment*, 24, 83-93.
- Lecina, M. y Solé, J. (2003). Protocolo de las sesiones de terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con TCA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 67-78.
- Loeb, K.L. y le Grange, D. (2009). Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorder: Current Status, New Applications and Future Directions. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 2(2): 243-254.
- Macdonald, P., Murray, J., Goddard, E., & Treasure, J. (2011). Carer's experience and perceived effects of a skills based training programme for families of people with

eating disorders: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 475-486.

Marco-Salvador, J. H. (2004). *Tratamiento de los Trastornos Alimentarios: eficacia diferencial de la Terapia Cognitivo Comportamental con un componente de Imagen Corporal apoyado con Técnicas de Realidad Virtual*. Tesis doctoral. Castellón: Universitat Jaume I.

Minuchin, S., Rosman, B. L., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268.

Muñoz, M. (2011). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protocolos Diagnósticos y terapéuticos en Pediatría*, 1, 255-267.

Murray, S., Anderson, L., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S., et al. (2015). Integrating family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: preliminary outcomes of an open pilot trial. *Eating Disorders*, 23(4), 36-44.

NICE (2004). *National Clinical Practice Guideline: Eating Disorders: Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence.

Padierna, A., Martín, J., Aguirre, U., González, N., Muñoz, P., y Quintana, J. M. (2013). Burden of caregiving amongst family caregivers of patients with eating disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 151-161.

Pérez, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L., y Quiles, M. J. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 30(1), 37-45.

- Pla, V., Moreno, E., Fuentes Durá, I., y Dasí, C. (2013). Evaluación de un programa psicoterapéutico para cuidadores de pacientes con TCA: Estudio piloto. *Informació Psicològica*, 106, 28-40.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M.^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, G. y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2) 447-455.
- Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C., y Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Sariñana González, P., Ruíz, N., Pla, V., Moreno, E., y Molla Albiol, L. (2015). Disminución del cortisol y mejora del estado de ánimo tras un programa psicoeducativo en cuidadores informales de personas con trastorno de la conducta alimentaria (TCA): un estudio preliminar. *Informació Psicològica*, 110, 38-50.
- Selvini Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. NY: Jason Aronson.
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W. y Treasure, J. (2008). An Examination of the Impact of Maudsley Eating Disorder Collaborative Care Workshops on the Well-Being of Family Members: A Pilot Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 584-591.

- Sepúlveda, A. R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D., y Treasure, J. (2010). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *International Journal of eating disorders*, 43(7), 603-610.
- Sepulveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobles, J., y Morandé, G. (2012). Factors Associated with Emotional Well-being in Primary and Secondary Caregivers of Patients with Eating Disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 20, 78-84.
- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J. y Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 147-157.
- Timko, A., Zucker, N.L., Herbert, J., Rodriguez, D., Merwin, R.M. (2015). An open trial of Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 69, 63–74.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361.
- Torneró, M.J., Bustamante, R. y del Arco, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (1), 7-16.
- Treasure, J., Smith, G., y Crane, A. (2008). Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The New Maudsley Method. *Mental Health Practice*, 11(6), 25-25.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., et al. (2008). Interpersonal maintaining factors in eating disorder: skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 1(4), 331-338.

- Treasure, J., Smith, G., y Crane, A. (2011). *Los trastornos de la alimentación: Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Treasure, J. y López, C. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Medicina Clínica CONDES*. 22(1), 85 - 97.
- Treasure, J. y Nazar, B.P. (2016). Interventions for the Carers of Patients With Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 18 (16), 1-7.
- Uehara, T., kawashima, Goto, M., Tasaki, S., y Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *ComprPsychiatry*, 42, 132- 138.
- Vázquez Arévalo, R., López, O., Ocampo, M. y Mancilla-Díaz, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-V. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., y Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness?. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 13-16.
- Yates, M. E., Tennstedt, S., y Chang, B. H. (1999). Contributors to and mediators of psychological wellbeing for informal caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(1), 12-22.
- 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.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario de apego CaMir-R

Anexo 2: Cuestionario de actitudes alimentarias (EAT-40)

Anexo 3: Instrumento de vínculo parental (PBI)

Anexo 4: Escala de satisfacción del programa COMER-AMAR

CAMIR-R

Balluerka, N; Lacasa, F, (2011) ¹

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Fecha de hoy :

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1 Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	5	4	3	2	1
2 Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	5	4	3	2	1
3 En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	5	4	3	2	1
4 Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	5	4	3	2	1
5 En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	5	4	3	2	1
6 Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	5	4	3	2	1
7 Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	5	4	3	2	1
8 Detesto el sentimiento de depender de los demás	5	4	3	2	1
9 Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	5	4	3	2	1
10 Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	5	4	3	2	1
11 Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	5	4	3	2	1
12 No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	5	4	3	2	1
13 Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	5	4	3	2	1
14 Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	5	4	3	2	1
15 Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	5	4	3	2	1

¹ Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	5	4	3	2	1
17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	5	4	3	2	1
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	5	4	3	2	1
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	5	4	3	2	1
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	5	4	3	2	1
21	Siento confianza en mis seres queridos	5	4	3	2	1
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	5	4	3	2	1
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	5	4	3	2	1
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	5	4	3	2	1
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	5	4	3	2	1
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	5	4	3	2	1
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	5	4	3	2	1
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa	5	4	3	2	1
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	5	4	3	2	1
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	5	4	3	2	1
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	5	4	3	2	1
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	5	4	3	2	1

E.A.T.-40: versión española (Castro,Toro,Salamero y Guimerá,1991)

NOMBRE:..... FECHA:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.....						
2. Preparo comida para otros, pero yo no me las como....						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas.....						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.....						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.....						
6. Me preocupo mucho por la comida.....						
7. A veces me he "atraco" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)...						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.....						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.....						
13. Vomito después de haber comido.....						
14. Me siento muy culpable después de comer.....						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....						
17. Me peso varias veces al día.....						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.....						
19. Disfruto comiendo carne.....						
20. Me levanto pronto por las mañanas.....						
21. Cada día como los mismos alimentos.....						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.....						
23. Tengo la menstruación regular.....						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o...						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....						
26. Tardo en comer más que las otras personas.....						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.....						
28. Tomo laxantes (purgantes).....						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.....						
30. Como alimentos de régimen.....						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.....						
32. Me controlo en las comidas.....						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.....						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....						
35. Tengo estreñimiento.....						
36. Me siento incómoda/o después de comer dulces.....						
37. Me comprometo a hacer régimen.....						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.....						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....						

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Cruzada-Actual Padre-Hijo

P.B.I. Creuat-Actual Pare-Fill

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. se comporta con su hijo(a) en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
1. Le hablo con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No le ayudo lo suficiente en lo que él (ella) necesita.	()	()	()	()
3. Le dejo hacer las cosas que a él(ella) le gusta hacer.	()	()	()	()
4. Soy emocionalmente frío, seco con él(ella).	()	()	()	()
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Soy cariñoso con él(ella).	()	()	()	()
7. Me gusta que él(ella) tome sus propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiero que crezca, quiero que él(ella) siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9. Intento controlar todo lo que él(ella) hace.	()	()	()	()
10. Invado su vida privada.	()	()	()	()
11. Me gusta comentar las cosas con él(ella).	()	()	()	()
12. Le sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiendo a tratarle como a un niño(a).	()	()	()	()
14. No entiendo qué es lo que él(ella) necesita o quiere.	()	()	()	()
15. Le dejo tomar sus propias decisiones.	()	()	()	()
16. No le hago sentirse querido.	()	()	()	()
17. Le consuelo cuando él(ella) está mal.	()	()	()	()
18. Hablo muy poco con él(ella).	()	()	()	()
19. Trato que él(ella) dependa de mí.	()	()	()	()
20. Creo que él(ella) no puede cuidarse a menos que yo esté cerca.	()	()	()	()
21. Le doy toda la libertad que él(ella) quiere.	()	()	()	()
22. Le dejo salir cuantas veces él(ella) quiere.	()	()	()	()
23. Soy sobreprotector con él(ella).	()	()	()	()
24. No le alabo, ni felicito ni elogio.	()	()	()	()
25. Le dejo vestirse de acuerdo con sus gustos.	()	()	()	()

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Actual Cruzada Madre-Hijo

P.B.I. Creuat-Actual Mare-Fill

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. se comporta con su hijo(a) en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
	()	()	()	()
1. Le hablo con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No le ayudo lo suficiente en lo que él (ella) necesita.	()	()	()	()
3. Le dejo hacer las cosas que a él(ella) le gusta hacer.	()	()	()	()
4. Soy emocionalmente fría, seca con él(ella).	()	()	()	()
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Soy cariñosa con él(ella).	()	()	()	()
7. Me gusta que él(ella) tome sus propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiero que crezca, quiero que él(ella) siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9. Intento controlar todo lo que él(ella) hace.	()	()	()	()
10. Invado su vida privada.	()	()	()	()
11. Me gusta comentar las cosas con él(ella).	()	()	()	()
12. Le sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiendo a tratarle como a un niño(a).	()	()	()	()
14. No entiendo qué es lo que él(ella) necesita o quiere.	()	()	()	()
15. Le dejo tomar sus propias decisiones.	()	()	()	()
16. No le hago sentirse querido(a).	()	()	()	()
17. Le consuelo cuando él(ella) está mal.	()	()	()	()
18. Hablo muy poco con él(ella).	()	()	()	()
19. Trato que él(ella) dependa de mí.	()	()	()	()
20. Creo que él(ella) no puede cuidarse a menos que yo esté cerca.	()	()	()	()
21. Le doy toda la libertad que él(ella) quiere.	()	()	()	()
22. Le dejo salir cuantas veces él(ella) quiere.	()	()	()	()
23. Soy sobreprotectora con él(ella).	()	()	()	()
24. No le alabo, ni felicito ni elogio.	()	()	()	()
25. Le dejo vestirse de acuerdo con sus gustos.	()	()	()	()

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Actual Hijo-Padre

P.B.I. Actual Fill-Pare

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. ve a su padre en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
1.Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2.No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3.Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4.Me parece emocionalmente frío, seco conmigo.	()	()	()	()
5.Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6.Es cariñoso conmigo.	()	()	()	()
7.Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8.No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9.Intentta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10.Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11.Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12.Me sonrie con frecuencia.	()	()	()	()
13.Tiende a tratarme como a un niño(a).	()	()	()	()
14.No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15.Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16.No me hace sentir querido(a).	()	()	()	()
17.Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18.Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19.Trata que yo dependa de él.	()	()	()	()
20.Cree que yo no puedo cuidarme a menos que él este cerca.	()	()	()	()
21.Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22.Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23.Es sobreprotector conmigo.	()	()	()	()
24.No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25.Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

Apéndice F

Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Versión Actual Hijo-Madre

P.B.I. Actual Fill-Mare

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere mas parecida para caracterizar como Ud. ve a su madre en la actualidad.

	Se parece a como es:			
	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>
1.Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2.No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3.Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4.Me parece emocionalmente fría, seca conmigo.	()	()	()	()
5.Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6.Es cariñosa conmigo.	()	()	()	()
7.Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8.No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9.Intentta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10.Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11.Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12.Me sonrie con frecuencia.	()	()	()	()
13.Tiende a tratarme como a un niño(a).	()	()	()	()
14.No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15.Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16.No me hace sentir querido(a).	()	()	()	()
17.Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18.Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19.Trata que yo dependa de ella.	()	()	()	()
20.Cree que yo no puedo cuidarme a menos que ella este cerca.	()	()	()	()
21.Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22.Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23.Es sobreprotectora conmigo.	()	()	()	()
24.No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25.Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA COMER-AMAR

Con el objetivo de valorar la eficacia y utilidad de esta intervención; por favor, marque con una **X** en qué medida considera las siguientes afirmaciones:

1. Han aumentado mis conocimientos acerca de lo que son los Trastornos de Conducta Alimentaria.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

2. Comprendo mejor las conductas en relación al Trastorno de Conducta Alimentaria.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

3. Resolvemos las dificultades familiares más fácilmente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

4. Ha mejorado la comunicación.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

5. Ha mejorado el ambiente familiar.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

6. He sido capaz de identificar dificultades propias que interferían en mi función de cuidador.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

7.He sido capaz de poner en práctica habilidades de mentalización (entender los pensamientos que hay detrás de sus conductas y las mías).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

8.He aprendido a considerar todos los problemas personales, no sólo exclusivamente los relacionados con el TCA.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

9.Voy a intentar seguir introduciendo cambios en mi actitud para mejorar la relación con mi familia.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

10.En general, me ha resultado útil esta intervención.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

11.Considero que debería seguir aplicándose esta intervención con familiares de pacientes con TCA en un futuro.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

12.Estoy satisfecho con las expectativas que tenía acerca de la intervención.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente
en desacuerdo

Totalmente
de acuerdo

13.Comentarios y propuestas de mejora: