

Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios

A. ESPINA EIZAGUIRRE*, M. A. ORTEGO SÁENZ DE CABEZÓN**, I. OCHOA DE ALDA MARTÍNEZ DE APELLANIZ***

*Psiquiatra. Psicoterapeuta. Profesor titular y director del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco, **Pedagoga. Terapeuta familiar. Jefa de Organización y docente del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco, ***Psicólogo. Terapeuta familiar. Jefe de estudios del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

RESUMEN

Objetivo: La eficacia de dos intervenciones- terapia familiar sistémica (TFS) y grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG), fue investigada en pacientes ambulatorios con trastorno alimentarios (TA) al año.

Método: Setenta y un pacientes con trastorno alimentario (según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, [DSM-IV]; American Psychiatric Association [APA], 1994) fueron asignados aleatoriamente a cada uno de los dos tratamientos. La evaluación fue realizada con entrevistas y cuestionarios autoaplicados y varios aspectos fueron evaluados al inicio y al final del tratamiento. Resultados: ambos tratamientos fueron significativamente efectivos para reducir los síntomas alimentarios al año. La TFS produjo una mayor reducción de síntomas alimentarios que la GAP+TG, especialmente en pacientes con bulimia nerviosa (BN).

Discusión: Los resultados avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la conducta alimentaria en pacientes ambulatorios con TA.

PALABRAS CLAVE: Trastornos alimentarios. Terapia familiar sistémica. Terapia de grupo. Grupo de apoyo de familiares.

ABSTRACT

Objective: The efficacy of two interventions -systemic family therapy (SFT) and parents' support group + group therapy (PSG+GT)-, was investigated in outpatients with eating disorders (ED) for one year.

Method: Seventy one participants with ED (according to criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, [DSM-IV]; American Psychiatric Association [APA], 1994) were randomly assigned to one of two treatment groups. Assessment was by interview and self-report questionnaire, and many aspects of functioning were evaluated at the beginning and at the end of treatment. Results: Both treatments were high significantly effective at one year in terms of reductions in ED symptoms. SFT produced significantly greater reductions than did PSG+GT in the eating symptoms, especially in patients with bulimia nervosa (BN).

Discussion: The results provide support for the efficacy of this type of interventions to improve eating behavior in outpatients with eating disorders.

KEY WORDS: Eating disorders. Systemic family therapy. Group therapy. Parents' support group.

INTRODUCCIÓN

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 & 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 3 años, factores de buen pronóstico según los datos hallados por Dare, Eisler, Russell and Szmukler (1990), destacó la necesidad de intervenir en las familias en los casos de trastornos alimentarios recogiendo las aportaciones del modelo sistémico (Minuchin, 1974; Selvini, 1974; Selvini, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1988; Selvi-

Correspondencia: Alberto Espina Eizaguirre. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Avenida de Tolosa, 70. 20018. San Sebastián. Guipúzcoa. Teléfono 943 01 83 17. E-mail: ptpeseia@ss.ehu.es

ni & Viaro, 1988). Después del estudio pionero de Minuchin y col. (1978), otros autores (Selvini, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999; Stierlin & Weber, 1989) han publicado estudios de seguimiento de intervenciones familiares en TA. Los resultados de estos estudios, al igual que el de Minuchin y cols. (1978) son controvertidos al no haber controlado las condiciones del tratamiento, ni los seguimientos y no ofrecer tratamientos comparativos en el mismo momento, con asignación aleatoria a los grupos de intervención.

Respecto a los ensayos controlados, el grupo del Maudsley Hospital ha realizado varios estudios en los que se comparaban intervenciones familiares e individuales (Dare, Eisler, Colahan, Crowther, Senior & Asen, 1995). En el primer ensayo, finalizado en 1985, se ofrecía terapia familiar y psicoterapia de apoyo individual durante un año, a un grupo de pacientes con TA (Dare y cols. 1983, 1990; Dare & Smuzkler, 1991; Russel, Dare, Eisler & Le Grange, 1993; Russel, Smuzkler, Dare & Eisler, 1987; Smuzkler & Dare, 1991; Smuzkler, Eisler, Russel & Dare, 1985). Los mejores resultados en terapia familiar (TF) se daban en pacientes en los que el trastorno había aparecido antes de los 18 años y llevaban menos de 3 años con el TA. En el segundo ensayo se incluyeron pacientes anoréxicas y bulímicas con bajo peso con cuadros más graves y de más duración y se incluyó otra intervención: psicoterapia psicoanalítica individual (Malan, 1976). La TF era más efectiva para las pacientes que habían empezado en la adolescencia y para bulímicas de bajo peso (Russel y cols. 1993). En el tercer ensayo se comparó: a) consejo familiar en sesiones con los padres y la paciente por separado, b) terapia familiar conjunta. En ambas intervenciones se trabajaba la estructura familiar (Minuchin, 1974) y la emancipación (Haley, 1980). Los dos tratamientos resultaron efectivos (Le Grange, Eisler, Dare & Russel, 1992). En el cuarto ensayo, se ofrece terapia familiar, psicoterapia psicoanalítica focal y un programa de tratamiento psiquiátrico de apoyo, con contactos poco frecuentes, para pacientes adultos (Colahan, 1995).

Hall y Crisp (1987) realizaron un ensayo controlado con pacientes anoréxicas en el que comparaban 12 sesiones de consejo dietético con 12 sesiones de terapia familiar e individual combinada. En el seguimiento al año ambas intervenciones consiguieron mejorías significativas, el consejo dietético fue mejor para recuperar peso y la terapia familiar e individual para mejorar el ajuste sexual y social. Posteriormente Crisp, y cols. (1991) compararon tres intervenciones: tratamiento hospitalario, terapia familiar/individual ambulatoria y terapia de grupo ambulatoria. Las tres intervenciones consiguieron mejorías en ganancia de peso, recuperación de la regla y ajuste social y sexual. Hubo

abandonos en los tres tipos de intervención, especialmente en la terapia de grupo y los mejores resultados en ajuste social y sexual fueron en el grupo de terapia familiar/individual.

Respecto a los grupos de padres varios autores han señalado la utilidad de este tipo de intervención, en el que se ofrece a los familiares una red social de apoyo y orientación psicoeducativa sobre los TA (Espina & Ortego, 1998; Marner & Westberg, 1987; Rogeber, 1990;), aunque no conocemos ensayos controlados sobre este tipo de intervención. La psicoterapia de grupo ha sido utilizada ampliamente en los TA, utilizando los modelos cognitivo-conductual, psicoeducativo, dinámico y fenomenológico-existencial. (Crisp y cols. 1991; Ehle, 1992; Eliot, 1990; Freeman, Barry, Dunkeldturnbull & Henderson, 1988; Johnson, 1990; Lacey, 1983; Oesterheld, 1987; Rosenvinge, 1990; Vandereycken, 1987; Vandereycken, Castro & Vanderlinden, 1991; Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989; Vanderlinden & Vandereycken, 1988) los resultados son variables, si bien hay recaídas, muchos pacientes mantienen su mejoría. El mayor problema en las intervenciones grupales es el de los abandonos en los primeros meses de la intervención (Yager, 1988, 1994).

En este trabajo vamos a comparar dos tipos de intervenciones: a) terapia familiar sistémica (TFS), en la que se combinan sesiones familiares e individuales, y b) grupo de apoyo de padres+terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG). Nos vamos a ceñir a variables referidas a las pacientes comparando las diferencias entre la evaluación pretratamiento y postratamiento. En posteriores trabajos nos referiremos a las otras variables estudiadas y a los seguimientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

MUESTRA

La muestra está constituida por 71 casos, (14 con anorexia restrictiva (ANR), 22 con anorexia bulímica (ANB) y 35 con bulimia nerviosa (BN), que cumplen los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, [DSM-IV], (APA, 1994). Fueron enviados por la Asociación Contra la Anorexia y Bulimia de Euskadi de Guipúzcoa (ACABE) para la participación en esta investigación financiada por la Universidad del País Vasco (UPV). Todos los sujetos dieron su consentimiento escrito para la participación en el estudio comprometiéndose a cumplimentar las pruebas diagnósticas, participar en los tratamientos y realizar los seguimientos. Las terapias eran gratuitas. Además de los criterios DSM-IV (APA, 1994), otros criterios de selección

fueron: edad 14-33 años y un mínimo de 6 meses de enfermedad. Los criterios de exclusión fueron: estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico, haber recibido alguno de los tratamientos utilizados en el estudio y el requerir, en el momento de la recepción, tratamiento hospitalario por causas médicas o

psiquiátricas. El presentar infrapeso o conductas bulímicas peligrosas (por ej. una frecuencia de vómitos muy elevada, o ingesta de restos de comida de la basura) no fue motivo de exclusión. Las características clínicas y sociodemográficas de la muestra se recogen en las tablas I y II.

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
Y CLÍNICAS EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO (EVALUACIÓN 0)

	<i>TFS en ANR</i> <i>N= 14</i>	<i>TFS en ANB</i> <i>N= 12</i>	<i>TFS en BN</i> <i>N= 18</i>	<i>GAP+TG - ANB</i> <i>N= 10</i>	<i>GAP+TG- BN</i> <i>N= 17</i>
Edad					
Media	18,66	19,17	22,50	20,30	21,18
d.t.	3,99	4,09	6,04	6,41	3,66
Edad Inicio					
Media	15,64	16,08	17,28	16,60	17
d.t.	2,90	2,64	2,19	3,17	2,43
Meses Enfermedad					
Media	33,59	34,92	57,83	35,80	54,41
d.t. (rango)	30,88 (6-11)	20,08 (12-72)	52,20 (7-180)	34,91 (6-198)	35,14 (12-137)
Meses Hospitalización					
Media	0,9	1,25	0,22	1,1	0,18
d.t.	1,6	2,63	5,3	2,01	0,12
Edad Menarquia.					
Media	12,64	13,08	13	12,50	13
d.t.	1,34	0,9	1,41	1,27	1,34
Peso Actual					
Media	46,1	46,83	63,50	46,86	59,92
d.t.	8,7	6,9	13,89	7,22	8,6
IMC					
Media	16,81	17,54	22,82	17,75	22,03
d.t.	2,11	2,02	3,82	2,29	2,14
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
IMC					
Normal			8 (44,4)		11 (64,7)
Peso Bajo	9 (64,3)	7 (58,3)	5 (27,8)	6 (60)	3 (17,6)
Sobrepeso			5 (27,8)		3 (17,6)
Infrapeso	5 (35,7)	6 (41,7)		4 (40)	
Sexo					
Hombre	1 (7,1)		2 (11,1)		
Mujer	13 (92,9)	12 (100)	16 (88,9)	10 (100)	17 (100)
N.S.E.					
Alto	3 (21,4)	5 (50)	10 (55,6)	5 (50)	5 (29,4)
Medio	11 (78,6)	6 (41,7)	6 (33,3)	4 (40)	9 (52,9)
Bajo		1 (8,3)	2 (11,1)	1 (10)	9 (52,9)
Medio					
Rural	3 (21,4)	2 (16,7)	4 (22,2)	1 (10)	1 (5,9)
Urbano	11 (78,6)	10 (83,3)	14 (77,8)	9 (90)	16 (94,1)
Regla					
No	13 (92,9)	12 (100)	1 (5,6)	10 (100)	
Irregular			10 (55,6)		6 (33,3)
Sí			5 (27,8)		11 (64,7)
Hombre	1 (7,1)		2 (11,1)		

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

TABLA II
TRATAMIENTOS PREVIOS Y ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD

	TFS en ANR N= 14	TFS en ANB N= 12	TFS en BN N= 18	GAP+TG - ANB N= 10	GAP+TG- BN N= 17
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Tratamientos Previos					
No	2 (14,3)		4 (22,2)	1 (10)	3 (17,6)
Sí	12 (85,7)	12 (100)	14 (77,8)	9 (90)	14 (82,4)
Tratamientos Endocrinológicos					
No	7 (50)	5 (41,7)	10 (55,6)	5 (50)	11 (64,7)
Sí	7 (50)	7 (58,3)	8 (44,4)	5 (50)	6 (35,3)
Tratamientos Psicológicos					
No	8 (57,1)	6 (50)	8 (44,4)	4 (40)	8 (47,1)
Sí	6 (42,9)	6 (50)	10 (55,6)	6 (60)	9 (52,9)
Tratamientos Psiquiátricos					
No	2 (14,3)	1 (8,3)	4 (22,3)	1 (10)	3 (17,6)
Sí	12 (85,7)	11 (91,7)	14 (77,7)	9 (90)	14 (82,4)
Actitud hacia la enfermedad					
Negación	10 (71,4)	3 (25)	5 (27,8)	2 (20)	3 (17,6)
Aceptación	2 (14,3)	5 (41,7)	10 (55,6)	4 (40)	9 (52,9)
Ambivalencia	2 (14,3)	1 (25)	1 (11,1)	3 (30)	1 (23,5)
Minimización		3 (8,3)	2 (5,6)	1 (10)	4 (5,9)

TFS: Terapia Familiar Sistémica. GAP + TG: Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo.

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva. ANB: Anorexia Nerviosa Bulímica. BN: Bulimia Nerviosa.

EVALUACIÓN

Variables e instrumentos

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

2. *Eating Attitudes Test* (EAT) (Garner & Garfinkel, 1979). Prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30.

3. *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (Cooper & Taylor, 1987). Consta de 34 ítems. Sirve para evaluar el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. El punto de corte utilizado es 105.

4. Sintomatología bulímica evaluada con el *Bulimic Investigatory Test Edimburg* (BITE) (Henderson & Freeman, 1987). Consta de 33 ítems. Puntos de corte: Escala de síntomas: <10=bajo; 10-19=medio; >19=alto. Escala de severidad: >4 = significatividad clínica; >9 = alto grado de severidad.

5. *Eating Disorder Inventory* (EDI) (Garner, Olmsted & Polivy, 1983). Consta de 64 ítems agrupados en 8 factores:

- Tendencia a adelgazar
- Bulimia
- Insatisfacción corporal
- Inefectividad
- Perfeccionismo
- Desconfianza interpersonal
- Conciencia interoceptiva
- Miedo a madurar.

6. *Anorectic Behavior Observation Scale* (ABOS) (Vandereycken 1992). Escala aplicada a los padres y/o esposos para que evalúen la conducta alimentaria de la paciente. Consta de 30 ítems. Punto de corte 19.

7. Variable tratamiento. En una escala "ad hoc" se recogen datos sobre el número y frecuencia de las sesiones, miembros que acuden y duración del tratamiento.

TRATAMIENTO

La terapia era ambulatoria, gratuita y se realizaba en un centro privado, explicando que se trataba

de un programa financiado por la UPV. Todas las sesiones fueron grabadas en vídeo, con el consentimiento de la familia, para posteriores estudios. El equipo de tratamiento estaba compuesto por un psiquiatra con más de 20 años de experiencia en tratamientos familiares, grupales e individuales de orientación dinámica y sistémica y 6 psicólogos, dos hombres y 4 mujeres, con formación en terapia familiar y psicoterapia de grupo, con 2-6 años de experiencia. El terapeuta con más experiencia realizó unas terapias solo, otras en coterapia con otros terapeutas y supervisó el resto, para asegurar que las intervenciones fueran semejantes en todos los casos. Las sesiones fueron filmadas en vídeo para su posterior estudio y revisión del proceso terapéutico. Las intervenciones fueron:

1. Terapia familiar sistémica

2. Grupo de apoyo de padres+terapia de grupo para las pacientes. Durante las intervenciones se recomendó que acudieran a una dietista para el control de peso y estado somático, respecto al peso se fijó como meta alcanzar un índice de Masa Corporal (IMC) de 20 a 25. No se prescribieron fármacos psicotrópicos durante la intervención, pero al inicio estaban tomando antidepresivos 4 casos de TFS, (1 de ANR, 1 de ANB y 2 de BN) y 5 (2 de ANB y 3 de BN) de GAF+TG. No se consideró ético retirarles la medicación en el primer momento, pero se procuró que no tomaran fármacos. Ningún caso de terapia sistémica tomó medicación durante toda la terapia y solo 4 casos de GAF+TG tomaron medicación durante casi toda la terapia, de los cuales 2 todavía lo hacían al acabar.

1. *Terapia familiar sistémica.* Unifamiliar dirigida por uno o dos terapeutas. Hemos utilizado un modelo integrado en el que se recogen aportaciones de los modelos centrados en la estructura: terapias estructural y estratégica (Haley, 1976, 1980; Madanes, 1981; Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981; Minuchin, Rosman & Baker, 1978), en los procesos: escuela de Palo Alto (Crispo, Figueroa & Guelar 1994; Fisch, Weakland & Segal, 1982; Nardone & Watzlawick, 1990; Watzlawick, 1974, 1980) y en las visiones del mundo: Boscolo and Cecchin, (1987), Selvini y cols. (1988), White, (1983, 1986) y la perspectiva transgeneracional (Andolfi, 1985; Boszormeny-Nagy & Sparks, 1973; Bowen, 1978; Canevaro, 1995; Stierlin, 1979). En este abordaje sistémico integral (Sluzki, 1983) los conflictos presentados se relacionan con la propia historia, las vivencias interiores, la historia transgeneracional y la interacción actual que tienen los miembros de la familia. Nuestro abordaje (Espina, 1996, 1997) se asemeja, con algunas diferencias, al de Dare y cols. (1990), Dare and Eisler (1995) y Dodge, Hodes, Eisler and Dare, (1995).

Objetivos:

—Informar sobre los TA

—Desaparición de síntomas

—Mejorar la imagen corporal, personalidad y autoestima

—Favorecer la autonomización

—Vincular el trastorno a aspectos psicológicos y relacionales

—Incidir en la estructura (límites y jerarquía) y comunicación familiar

—Reducir la Emoción Expresada (Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación emocional) (Leff, & Vaughn, 1985)

—Mejorar las relaciones sociales. Encuadre y proceso: terapia unifamiliar en la que se incluirán sesiones familiares conjuntas al principio, más tarde con subsistemas, con diadas y sesiones individuales. Si la paciente es joven y no presenta una psicopatología grave, la terapia es fundamentalmente familiar. Con pacientes adultas se inicia una terapia familiar, junto con sesiones individuales periódicas, para centrarnos más adelante en la terapia individual y realizar sesiones familiares esporádicas. Las sesiones son de 1 hora aprox. La primera sesión consta de: fase social, fase de definición del problema y fase de interacción. En la segunda sesión se exploran las familias de origen y se fijan objetivos explícitos e implícitos. La periodicidad es semanal al principio, luego quincenal y finalmente mensual, dependiendo del proceso que siga cada caso, el número de las sesiones se limitó a un máximo de 40. Las técnicas utilizadas eran directas y paradójicas dentro y fuera de la sesión, desarrolladas por las escuelas sistémicas (Espina, 1996).

2. *Los grupos de padres.* Se realizaban en sesiones quincenales de 1,30 horas, durante un año, totalizando 19 sesiones. Cada grupo era coordinado por 2 terapeutas (hombre y mujer) e integrado por padres de hijos de una patología: ANB o BN. En las 2 primeras sesiones se les habló sobre los TA. En las siguientes se favoreció la libre expresión de las emociones y problemas que suscitaban la convivencia con los pacientes. Los terapeutas estimulaban y dirigían el diálogo entre los familiares y posteriormente les ayudaban a comprender al paciente y a buscar soluciones a los problemas planteados (Espina & Ortego, 1998). Como guía de las intervenciones se siguieron las recomendaciones para grupos de apoyo de familiares (Atwood, 1983) y las de la terapia sistémica estratégica (Fisch y cols. 1982; Haley, 1976; Madanes, 1981; Nardone & Watzlawick 1990). Objetivos. a) Informar sobre los Trastornos alimentarios. b) Desculpabilizar y dar esperanza. c) Reducir la Emoción Expresada (criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación emocional) (Leff & Vaughn, 1985). d) Aumentar la red social de apoyo. e) Incidir en la estructura (límites y jerarquía) y comunicación familiar. Encuadre: grupos homogéneos en cuanto a la patología, compuestos por 5 familias (padre y

madre). Sesiones de 1 hora y media, con una periodicidad quincenal, durante un año. Intervenciones: psicopedagogía sobre trastornos alimentarios (Factores biológicos, psicológicos y sociales), favorecer la expresión emocional, apoyo social, técnicas para mejorar la comunicación, técnicas de solución de problemas e intervenciones sistémicas estratégicas.

Proceso:

—Al principio se explica el encuadre y se desarrolla una fase social de presentación y expectativas

—Se realizan dos sesiones psicopedagógicas

—Expresión emocional, vivencias en cuanto al problema (historia del trastorno, culpa, desesperanza, emoción expresada, duelo, etc.)

—Mejorar la comunicación

—Solución de problemas

—Técnicas sistémicas estratégicas.

Terapia de grupo para los pacientes. Se realizaba en sesiones semanales de 1,30 horas, durante un año. Totalizando 34 sesiones. Cada grupo fue coordinado por 2 psicoterapeutas mujeres.

Objetivos:

—Informar sobre los TA

—Desaparición de síntomas

—Mejorar la imagen corporal, personalidad y autoestima

—Favorecer la autonomización

—Vincular el trastorno a aspectos psicológicos y relacionales

—Mejorar las relaciones sociales.

Encuadre: grupos formados por 8-10 sujetos homogéneos en cuanto a patología. La orientación era gestáltica (Harper-Giufre & MacKenzie, 1992) siguiendo un modelo de psicoterapia breve focalizada en su situación vital actual y en las relaciones familiares. Se utilizaron las siguientes técnicas: fantasías dirigidas, polaridades, técnicas de relajación, role-playing, silla vacía, ejercicios de movimiento, escultura, tareas para casa.

Proceso:

—Al principio se explica el encuadre y se desarrolla una fase social de presentación y expectativas (deseos y temores)

—Historia del problema y tratamientos previos, vivencias y causas de abandonos

—Ejercicios de cohesión: la mujer en la sociedad actual. ¿Yo valgo por mí misma o por mi apariencia?

—Imagen corporal: valoración y aceptación del propio cuerpo. Autoestima

—Control y descontrol (interno y externo)

—Relaciones familiares y autonomización

—Relaciones sociales y afectivas.

PROCEDIMIENTO

Los sujetos fueron evaluados por 4 psicólogas clínicas entrenadas en la pasación de las pruebas.

Desconocían la condición del tratamiento y no participaron en la terapia de ninguno de los casos. Todos los sujetos fueron evaluados al inicio y final del tratamiento con las mismas pruebas. En cada evaluación se administró una batería amplia de pruebas diagnósticas que incluía a toda la familia, en este trabajo vamos a referirnos a los instrumentos descritos anteriormente. Los pacientes fueron evaluados consecutivamente, según nos los enviaban de ACABE. Se les realizó una entrevista para realizar el diagnóstico según criterios DSM-IV, recoger información sobre la historia de enfermedad y aplicar las escalas. A los padres se les recogió información sobre variables sociodemográficas, clínicas e historia de la enfermedad, se les pasó el ABOS y una batería de pruebas que no describiremos aquí por no ser objeto de este trabajo. Se envió a las pacientes a su médico de cabecera para que les realizara un examen para evaluar el riesgo de descompensación somática, así como su estado físico general. El peso y estatura fue controlado por nosotros. Al finalizar el tratamiento se volvieron a pasar las pruebas de la evaluación inicial (Evaluación 0).

La asignación de los sujetos a los grupos fue realizada al azar. Para los análisis estadísticos hemos dividido la muestra de dos formas: para estudiar los resultados por patologías hemos dividido la muestra en 5 grupos:

Grupo 1: TFS en pacientes con ANR (n=14)

Grupo 2: TFS en pacientes con ANB (n=12)

Grupo 3: TFS en pacientes con BN (n=18)

Grupo 4: GAP+TG en pacientes con ANB (n=10)

Grupo 5: GAP+TG en pacientes con BN (n=17).

Para estudiar la eficacia de cada intervención en todas las patologías hemos dividido la muestra en dos grupos:

Grupo TFS (n=44)

Grupo GAP+TG (N=27). No se formó grupo de GAP+TG en pacientes con ANR porque no hubo suficientes casos y preferimos ofrecer terapia sistémica a los que acudieron, por ofrecer una ayuda individualizada y poder controlar mejor el riesgo de ingreso.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para estudiar la homogeneidad de los grupos en la evaluación pre-tratamiento hemos comparado todas las variables estudiadas (clínicas, sociodemográficas e historia de la enfermedad) por medio de los siguientes análisis estadísticos: Chi-cuadrado y Test exacto de Fisher para las variables cualitativas, el test no paramétrico de Mann-Whitney para las variables cuantitativas para comparar los grupos 2-4 (ANB) y 3-5 (BN); y T-Test para com-

parar los grupos TFS y GP+TG. Para estudiar las diferencias entre el pre y el postratamiento fueron empleados los siguientes análisis: para las variables cuantitativas en los grupos 1 a 5, test no paramétrico de Wilcoxon y T-Test para los Grupos TFS y GAP+TG. Para las variables cualitativas dicotomizadas hemos utilizado el test no-paramétrico de McNemar para los grupos 1 a 5. El paquete estadístico utilizado ha sido el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para windows, versión 7.5.

RESULTADOS

ABANDONOS Y DERIVACIONES

Abandonaron en los 2 primeros meses de la intervención siete casos (25,9%): 3 con ANB y 4 con BN asignados a la intervención GAP+TG. Fueron derivados a tratamiento hospitalario por riesgo de suicidio dos casos (4,5%), 1 con ANB y 1 con ANR asignados a TFS. En estos casos las familias eran muy desorganizadas y uno de los padres presentaba patología psiquiátrica grave, fueron admitidos con la idea de valorar las posibilidades de un tratamiento ambulatorio, ante la demanda de los familiares y el deseo de no ingresar a la paciente, aunque hemos tratado casos semejantes en terapia ambulatoria la situación caótica familiar nos llevó a decidir, al cabo de 4-5 sesiones, que la terapia ambulatoria no ofrecía contención suficiente y fueron derivados a un servicio hospitalario. Los abandonos y derivaciones no han sido incluidos en los análisis postratamiento.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos 2-4 y 3-5 en todas las variables estudiadas. El grupo de ANR no se comparó con ninguno, pues solo había un tipo de intervención. Al comparar los grupos: TFS (n=44) y GAP+TG (n=27), hemos encontrado diferencias significativas en el BITE, ICM y regla, debido a la presencia de ANR en el grupo TFS.

Hemos analizado las diferencias de puntuaciones totales entre la evaluación pre y postratamiento en los grupos 1-5 y hemos hallado mejorías significativas en todas las variables estudiadas: totales de EAT, BITE, ABOS, BSQ y EDI (y en la mayoría de las subescalas), en todos los grupos. Respecto al ICM hemos hallado aumentos significativos en los grupos 1 ($z = -3,18$; $p = 0,001$), 2 ($z = -2,40$; $p = 0,010$) y 3 ($z = -2,49$; $p = 0,013$), (Tablas III y IV).

En los grupos TFS y GAP+TG encontramos mejorías significativas en todas las variables (Tabla V).

Al dicotomizar las variables: BSQ, BITE, EAT, ABOS y regla y hacer análisis pre-post encontramos que en el grupo 1 aparecen cambios significativos en: EAT, ABOS y BSQ; todas las pacientes

tienen la regla en la evaluación postratamiento; en el BITE no hay diferencias pues da negativo en ANR. En los grupos 2 y 3 encontramos mejorías significativas en todas las variables. Destaca la falta de significación hallada en el grupo 4 (grupo de padres+terapia de grupo en ANB, si bien hay una tendencia a la significación ($p = 0,06$) en el BSQ y en la regla. En el grupo 5 hallamos mejorías significativas en el BITE y el ABOS y una tendencia a la significación ($p = 0,06$) en el BSQ (Tabla VI).

Como ya hemos señalado, no encontramos diferencias significativas en la evaluación 0 entre los grupos 2-4 y 3-5. Más tarde hemos comparado los mismos grupos, 2-4 y 3-5, en la evaluación 1 en las variables cuantitativas, mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y hemos encontrado las siguientes diferencias significativas: entre los grupos 2 y 4 los resultados son mejores en el grupo 2 frente al 4 en el EDI total ($z = -2,038$; $p = 0,04$), dos subescalas del EDI: conciencia interoceptiva ($z = -2,203$; $p = 0,02$) y desconfianza interpersonal ($z = -2,477$; $p = 0,02$), ABOS del padre ($z = -2,443$; $p = 0,01$), ABOS de la madre ($z = -2,243$; $p = 0,02$) y en el grupo 2 se han realizado menos sesiones ($z = -3,180$; $p = 0,001$). Al comparar los grupos 3 y 5 hemos encontrado diferencias significativas con mejores resultados en el grupo 3 en: EDI total ($z = -3,305$; $p = 0,001$), EAT ($z = -3,108$; $p = 0,001$), BITE ($z = -2,647$; $p = 0,007$), ABOS del padre ($z = -2,778$; $p = 0,02$), ABOS de la madre ($z = -2,218$; $p = 0,02$), BSQ ($z = -2,983$; $p = 0,002$); las diferencias significativas también se hallan en las escalas del EDI (excepto en desconfianza interpersonal), así como en un menor número de sesiones en el grupo 3 ($z = -3,567$; $p = 0,000$). Es decir que la mejoría hallada en el grupo 3, TFS en BN, es superior a la hallada en el grupo 5, grupo de GAP+TG en BN, en todas las variables estudiadas.

Finalmente, hemos comparado los grupos TFS y GAP+TG en la evaluación postratamiento, excluyendo las variables BITE, ICM y regla, y hemos hallado que el grupo TFS presenta mejores resultados, estadísticamente significativos, en todas las puntuaciones totales de las escalas: EAT ($T = -3,42$, g.l. 26,70, $p = 0,002$), BSQ ($T = -3,67$, g.l. 60, $p = 0,001$), ABOS padre ($T = -3,64$, g.l. 55, $p = 0,001$) ABOS madre ($T = -3,64$, g.l. 55, $p = 0,001$) ABOS madre ($T = -4,26$, g.l. 55, $p = 0,000$) y EDI ($T = -5,19$, g.l. 26, $p = 0,000$) y sus subescalas.

Respecto a la remisión del TA en la evaluación postratamiento, excluyendo los dos casos derivados a tratamiento hospitalario, encontramos los siguientes resultados: En el grupo 1: TFS en ANR, al final de la intervención, dos pacientes siguen presentando puntuaciones positivas en el EAT, es decir encontramos un 84,6% de remisiones del TA. En el grupo 2: TFS en ANB, otros 2 pacientes siguen teniendo puntuaciones positivas en el EAT,

TABLA III

RESULTADOS PRE-POST EN LOS GRUPOS 1 - 5

		TFS ANR			TFS ANB			TFS BN			GAP + TG ANB			GAP + TG BN		
		N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
BITE	Rangos +	0			0			0			1			0		
Severidad	Rangos -	10			11			18			6			10		
	+/-	3	-2,81	0,005	0	-2,93	0,003	0	-3,73	0,000	0	-1,35	0,176	3	-2,80	0,005
BITE	Rangos +	0			1			1			1			0		
Sintomatología	Rangos -	12			10			17			6			12		
	+/-	1	-3,06	0,002	0	-2,85	0,004	0	-3,63	0,000	0	-2,19	0,028	1	-3,06	0,002
BITE Total	Rangos +	0			1			0			0			0		
	Rangos -	12			10			18			7			13		
	+/-	1	-3,06	0,002	0	-2,84	0,004	0	-3,72	0,000	0	-2,37	0,018	0	-3,18	0,001
BSQ Total	Rangos +	0			0			0			0			0		
	Rangos -	13			11			18			7			13		
	+/-	0	-3,18	0,001	0	-2,93	0,003	0	-3,72	0,000	0	-2,36	0,018	0	-3,18	0,001
EAT Total	Rangos +	0			0			0			0			0		
	Rangos -	13			11			18			7			13		
	+/-	0	-3,18	0,001	0	-2,84	0,004	0	-3,72	0,000	0	-2,36	0,018	0	-3,18	0,001
ABOS Padre	Rangos +	0			1			0			1			0		
	Rangos -	8			8			11			4			8		
	+/-	0	-3,06	0,002	0	-2,67	0,008	0	-3,62	0,000	0	-1,84	0,066	0	-2,19	0,028
ABOS Madre	Rangos +	1			1			0			1			0		
	Rangos -	5			8			7			5			10		
	+/-	0	-3,06	0,002	0	-2,81	0,005	0	-3,40	0,001	0	-2,02	0,043	0	-3,18	0,001
IMC	Rangos +	13			9			6			5			10		
	Rangos -	0			2			8			1			1		
	+/-	0	-3,18	0,001	0	-2,40	0,016	4	-0,72	0,470	1	-1,57	0,116	2	-2,49	0,013

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

TABLA V

RESULTADOS PRE-POST EN LOS GRUPOS TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y GRUPOS DE APOYO DE PADRES MÁS TERAPIA DE GRUPO

		TFS N=42					GAP+TG N=20				
		Media	(e.t)	T	G.I.	P	Media	(e.t)	T	G.I.	P
Bite Severidad	Pre	9,14	(0,73)				12,50	(1,24)			
	Post	1,69	(0,38)				6,70	(1,38)			
	Cambio	7,45	(0,69)	10,78	41	0,000	5,80	(1,74)	3,32	19	0,004
Bite Síntomas	Pre	19,50	(1,20)				23,00	(1,26)			
	Post	6,86	(0,92)				14,75	(1,81)			
	Cambio	12,64	(1,24)	10,21	41	0,000	8,25	(1,48)	5,57	19	0,000
Bite Total	Pre	28,17	(1,80)				35,50	(2,22)			
	Post	8,50	(1,19)				21,45	(2,76)			
	Cambio	19,67	(1,79)	10,97	41	0,000	14,05	(2,55)	5,51	19	0,000
EAT	Pre	59,48	(1,94)				60,75	(2,92)			
	Post	15,79	(1,88)				31,65	(4,24)			
	Cambio	43,69	(2,45)	17,84	41	0,000	29,10	(4,92)	5,91	19	0,000
EDI	pre	81,50	(3,37)				95,80	(6,02)			
	post	27,12	(2,63)				62,05	(6,19)			
	cambio	54,38	(3,81)	14,27	41	0,000	33,75	(6,59)	5,120	19	0,000
ABOS Padre	Pre	27,64	(1,09)				27,83	(1,68)			
	Post	11,10	(1,01)				18,56	(2,06)			
	Cambio	16,54	(1,17)	14,08	41	0,000	9,28	(1,76)	5,27	19	0,000
ABOS Madre	Pre	28,76	(1,32)				27,45	(1,52)			
	Post	11,35	(1,11)				19,55	(1,61)			
	Cambio	17,41	(1,41)	12,34	41	0,000	7,90	(1,25)	6,29	19	0,000
BSQ	Pre	142,43	(3,96)				154,25	(6,05)			
	Post	68,19	(4,34)				104,20	(8,80)			
	Cambio	74,24	(4,56)	16,26	41	0,000	50,05	(7,10)	7,05	19	0,000
IMC	Pre	19,52	(0,44)				20,70	(0,56)			
	Post	21,12	(0,64)				20,73	(0,78)			
	Cambio	1,60	(0,36)	4,38	41	0,000	0,03	(0,52)	0,049	19	0,961

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

TABLA VI

RESULTADOS INTRAGRUPO AL INICIO Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO EN LAS VARIABLES DICOTOMIZADAS (NORMAL/PATOLÓGICO)

	TFS ANR			TFS ANB			TFS BN			GAP + TG ANB			GAP + TG BN		
	Ev. 0	Ev. 1	Sig.	Ev. 0	Ev. 1	Sig.	Ev. 0	Ev. 1	Sig.	Ev. 0	Ev. 1	Sig.	Ev. 0	Ev. 1	Sig.
	N= 14	N= 13		N= 12	N= 11		N= 18	N= 18		N= 10	N= 7		N= 17	N= 13	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
EAT															
<31		11 (84,6)	***		9 (81,8)	**		17 (94,4)	***		3 (42,9)	NS		7 (53,8)	NS
>30	14 (100)	2 (15,4)		12 (100)	2 (18,2)		18 (100)	1 (5,6)		10 (100)	4 (57,1)		17 (100)	6 (46,2)	
ABOS Padre															
<20	1 (7,1)	11 (84,6)	**	1 (9,1)	7 (77,8)	**	2 (11,8)	17 (100)	***	2 (25)	2 (33,3)	NS	3 (18,8)	8 (66,7)	**
>19	13 (92,9)	2 (15,4)		10 (90,9)	2 (22,2)		15 (88,2)			6 (75)	4 (66,7)		13 (81,3)	4 (33,3)	
ABOS Madre															
<20	1 (7,7)	10 (83,3)	**	1 (8,3)	8 (80)	**	2 (13,3)	13 (86,7)	***	1 (10)	2 (28,6)	NS	4 (25)	9 (69,2)	**
>19	12 (92,3)	2 (16,7)		11 (91,7)	2 (20)		13 (86,7)	2 (13,3)		9 (90)	5 (71,4)		12 (75)	4 (30,8)	
BSQ															
<105		12 (92,3)	***		10 (90,9)	**	1 (5,6)	15 (88,9)	***		5 (71,4)	0,06		5 (38,5)	0,06
>104	14 (100)	1 (7,7)		12 (100)	1 (9,1)		17 (94,4)	2 (11,1)		10 (100)	2 (28,6)		17 (100)	8 (61,5)	
BITE															
<26	13 (92,9)	13 (100)	NS	2 (16,7)	10 (90,9)	**	1 (5,6)	16 (88,9)	***	3 (30)	4 (57,1)	NS		7 (53,8)	**
>25	1 (7,1)			10 (83,3)	1 (9,1)		17 (94,4)	2 (11,2)		7 (70)	3 (42,9)		17 (100)	6 (46,2)	
REGLA															
Sí		12 (100)	***		11 (100)	***	17 (84,4)	18 (100)	NS		4 (57,1)	0,06	17 (100)	13 (100)	NS
No	13 (100)			12 (100)			1 (5,6)			10 (100)	3 (42,9)				

*p ≤ ,05, ** p ≤ ,01, *** p ≤ ,001

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

un 81,8% de remisiones del TA. En el grupo 3: TFS en BN, dos sujetos puntúan patológico en el BITE, de los cuales uno de ellos también lo hace en el EAT y los dos en el BSQ, 88,9% de remisiones del TA. En el grupo 4: GAP+TG en ANB, contando toda la muestra de este grupo, incluyendo abandonos, encontramos un 30% de remisiones en todas las escalas, mientras que si nos referimos a los que han completado la intervención hallamos un 42,9% de remisiones del TA. En el grupo 5: GAP+TG, al finalizar el tratamiento, 6 casos puntúan positivo en el BITE, de los cuales, dos también puntúan patológico en el EAT y 5 en el ABOS. Es decir, al finalizar el tratamiento, 7 casos no presentan patología alimentaria al finalizar el tratamiento. Incluyendo los abandonos el 43,8% y considerando los casos que lo han completado (53,8%) de remisiones.

DISCUSIÓN

Algunas limitaciones de este estudio deben ser señaladas: en primer lugar la muestra es reducida, especialmente en el grupo GAP+TG, para generalizar los resultados. En segundo lugar la ausencia de grupo control sin tratamiento que, si bien se debe a motivos éticos dada la gravedad de las patologías tratadas, empobrece en cierta medida la comparación de los resultados. En tercer lugar, los tratamientos utilizados no están estandarizados, como las terapias cognitivo-conductuales. A pesar de que el terapeuta más experto supervisó todas las terapias con el fin de que las intervenciones se ajustaran al modelo propuesto, el estilo personal del terapeuta hace más difícil replicar este tipo de terapias, limitando la generalización de los resultados. Teniendo en cuenta estas limitaciones, vamos a comentar los resultados estadísticamente significativos.

Los resultados de este estudio sugieren que tanto la TFS como la GAP+TG son efectivas para reducir síntomas alimentarios en los TA y confirman lo hallado por Crisp y cols. (1991), Le Grange y cols. (1992) y Dodge, Hodes, Eisler, and Dare, (1994) en el sentido de que las intervenciones familiares están asociadas a una mejoría en las actitudes hacia la comida. Pero si comparamos ambas intervenciones, los resultados son significativamente mejores en la TFS que combina sesiones familiares e individuales, frente a la intervención que combina grupo de apoyo de padres más terapia de grupo para las pacientes, especialmente al abordar la BN, pues los resultados son mejores en TFS, frente a GAP+TG y únicamente no hay diferencias significativas entre los dos tipos de intervenciones en la subescala desconfianza interpersonal del EDI quizás debido a que en la terapia grupal se incidía

en las relaciones sociales y el grupo ofrecía un lugar en el que sentirse integrada y comprendida. El que en las pacientes con ANB no se de este resultado puede ser debido a que estas pacientes suelen ser menos sociables y la integración en el grupo es más difícil que en las pacientes con BN. El porcentaje de remisiones en las tres patologías al aplicar TFS, es semejante al hallado por Minuchin y cols. (1978) con anoréxicas jóvenes, que son de mejor pronóstico que los sujetos de nuestra muestra, pues el rango de meses de enfermedad es amplio, así como las edades. En el trabajo de Russell y cols. (1987) la terapia familiar era más efectiva en pacientes de inicio temprano y que no eran crónicas, mientras que la terapia individual era más efectiva que la terapia familiar en pacientes en las que la enfermedad apareció después de los 19 años. En nuestro abordaje el realizar sesiones familiares o individuales depende del proceso seguido por cada caso, quizás ello permita adecuar la terapia de una forma más efectiva. Debemos añadir también que en la TFS no hay abandonos, aunque 2 pacientes, en las que no veíamos muy clara la indicación de terapia ambulatoria, fueron derivadas por riesgo de suicidio al cabo de 4-5 sesiones de valoración, mientras que en la GAP+TG hemos tenido un 25,9% de abandonos. Según la mayoría de los autores (Crisp et al, 1991; Yager, 1994), la tasa de abandonos en las intervenciones grupales suele oscilar entre el 20-50%, ya sea terapia de grupo o grupo de familiares, lo cual contrarresta la ventaja de atender a varios casos a la vez, con el consiguiente ahorro de terapeutas que supone.

En la TFS los resultados al finalizar la intervención muestran un porcentaje de remisión de síntomas importante, así como la normalización de peso y regla en todas las pacientes anoréxicas. La flexibilidad del encuadre en cuanto a quién citar en cada sesión, frecuencia, número de sesiones y duración del tratamiento, pueden ser algunos de los aspectos que hacen que éste sea un formato más adecuado para atender las necesidades de familia y paciente con vistas a alcanzar los objetivos fijados.

La mejoría experimentada en la GAP+TG es significativa en prácticamente todas las variables estudiadas, pero si analizamos la desaparición de la sintomatología, los resultados no son tan optimistas. En primer lugar no hallamos diferencias significativas en el grupo 4: GAP+TG en ANB, lo cual puede ser debido en parte al tamaño de la muestra (abandona el 30%), pero podemos aventurar que las terapias grupales en la ANB no ofrecen la contención suficiente para lograr un control del peso y de las conductas alimentarias anómalas. De los 7 casos que acabaron el tratamiento, 4 seguían dando patológico en la mayoría de las escalas. En

el grupo 5: GAP+TG en BN los resultados son mejores: encontramos mejorías significativas en la desaparición de la conducta bulímica (BITE) y en el ABOS.

Los resultados sugieren que la TFS, con sesiones familiares e individuales, es un formato de tratamiento más adecuado que la GAP+TG para obtener mejorías en patología alimentaria. Como hemos adelantado más arriba, un aspecto que puede incidir en los resultados es el hecho de que el formato de la GAP+TG se ceñía a un año, mientras que en la TFS, aunque ha requerido menor número de sesiones y de meses de tratamiento, el final de la terapia era abierto, lo cual permite regular mejor el proceso. Por otro lado, la normalización del peso se realiza mejor en la terapia unifamiliar pues se puede consensuar con padres y pacientes la ganancia de peso, mientras que si se trabaja con padres y paciente por separado resulta más difícil su abordaje.

Otro aspecto a tener en cuenta es que en nuestro estudio las pacientes anoréxicas no habían

recibido una intervención previa para regular el peso, este tema se abordaba en las sesiones en las dos modalidades de tratamiento. Es probable que si se realiza una intervención previa de ganancia de peso, al igual que en algunos estudios con terapias familiares realizados en el Maudsley Hospital, los resultados en la intervención grupal serían mejores. Estos resultados deben ser valorados con cautela, pues el número de pacientes en cada tipo de patología es reducido y en este trabajo nos referimos únicamente a los resultados al final de la terapia. En posteriores trabajos presentaremos los resultados de los seguimientos a los 6, 12 y 18 meses y los cambios hallados en otras variables de paciente y familiares, lo cual permitirá realizar una discusión más matizada de la eficacia y eficiencia de ambos tipos de intervenciones en los TA.

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

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150 (2): 212-228.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IVTn)* Washington, DC: Author. 1994.
3. Andolfi, A. y Angelo, C. Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale. *Terapia Familiare*. 1985; 19, 17-23.
4. Atwood, N. Parents' support group for schizophrenia. In McFarlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia*. New York: The Guilford Press. 1983.
5. Boscolo, L. y Cecchin, G. *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu. 1987.
6. Boszormenyi-Nagy, I. & Sparks, L. *Invisible loyalties*. New York: Harper and Row. 1973.
7. Bowen, M. *Family Therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson. 1978.
8. Canevaro, A. Terapia familiar trigeracional. En M. Garrido y A. Espina (Eds.) *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos. 1995.
9. Colahan, M. Being a therapist in eating disorder treatment trials: Constraints and creativity. *Journal of Family Therapy*. 1995; 17: 79-96.
10. Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*. 1987; 6: 485-494.
11. Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S. Halek, C., Bowyer, C. Yeldam, D. Levett, G. & Bhat, A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 1991; 159: 325-333.
12. Crispo, R. Figueroa y E. Guelar, D. *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder. 1994.
13. Dare, C. *Family Therapy for Families Containing an Anorectic Youngster*. En *Understanding Anorexia Nervosa and Bulimia*. Columbus (Ohio): Ross Laboratories. 1983.
14. Dare, C., Eisler, I., Russell, G.F.M. & Szumkler, G. The Clinical and Theoretical Impact of a Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1990; 16 (1): 39-57.
15. Dare, C., & Szumkler, G. The family therapy of short history early onset anorexia nervosa. In D. B. Woodside and L. Shekter-Wolfson (Eds.) *Family approaches to eating disorders*. Washington, DC: American psychiatric Press. 1991.
16. Dare, C. & Eisler, I. Family therapy. En G. Szumkler, C. Dare & J. Treasure (Eds.) *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. NY: John Wiley & sons Ltd. 1995.
17. Dare, C., Eisler, I., Colahan, M., Crowther, C., Senior, R. & Asen, E. The listening heart and the chi square: Clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *Journal of Family therapy*. 1995; 17: 31-57.
18. Dodge, E. Hodes, M., Eisler, I. & Dare, C. Evaluation of family therapy for bulimia nervosa in adolescents. *Journal of Family Therapy*. 1994; 14: 45-57.
19. Dodge, E. Hodes, M., Eisler, I. & Dare, C. Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: An exploratory study. *Journal of Family Therapy*. 1995; 17: 59-77.

20. Ehle, G. Experiences with "planned" dynamic group psychotherapy of patients with anorexia nervosa. *Group analysis*. 1992; 25: 43-53.
21. Eliot, A.O. Group coleadership. A new role for parents of adolescents with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1990; 40 (3): 339-351.
22. Espina, A. Terapia familiar sistémica en la anorexia nervosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos. 1996.
23. Espina, A. Evaluación y proceso terapéutico en un caso de anorexia nervosa. *Sistémica*. 1997;3: 67-98.
24. Espina, A. y Ortego, A. Grupo de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de terapia familiar*. 1998; 37: 39-49.
25. Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1982.
26. Freeman, C. P. Barry, F. Dunkeld-turnbull, J. & Henderson, A. A controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal*. 1988; 296: 521-525.
27. Garner, D.M & Garfinkel, P.E. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979; 9: 273-279.
28. Garner, D.M, Olmsted, M. P. & Polivy, J. The development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of eating disorders*. 1983; 2: 15-34.
29. Haley, J. *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu. 1976.
30. Haley, J. *Leaving Home*. New York: McGraw-Hill. 1980.
31. Hall, A. & Crisp, A.H. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 151: 185-191.
32. Harper-Giuffre, H. & MacKenzie, K. R. *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Press. 1992.
33. Henderson, M. & Freeman, C.P. A self-rating scale for bulimia: The Bite. *British Journal of psychiatry*. 1987; 150: 18-24.
34. Johnson, J. Why group therapy for bulimia? *International Group Psychotherapy*. 1990; 40, (2): 169-187.
35. Lacey, J. H. Bulimia nervosa, binge eating and psychogenic vomiting: A controlled treatment study and long-term outcome. *British Medical Journal*. 1983; 2: 1609-1613.
36. Leff, J. & Vaughn, C.E. *Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness*. New York: The Guilford Press. 1985.
10. Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. & Russell, G. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*. 1992; 12: 347-357.
38. Madanes, C. *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass. 1981.
39. Malan, D. H. *Toward the validation of dynamic psychotherapy -a replication*. New York: Plenum. 1976.
40. Marnar, T., & Westenberg, C. Concomitant group therapy with anorectics and their parents as a supplement to family therapy. *Journal of Family Therapy*. 1987; 9: 255-263.
41. Minuchin, S. *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa. 1974.
42. Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. London: Harvard University Press. 1978.
43. Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós. 1981.
44. Nardone, G. y Watzlawick, P. *El arte del cambio*. Barcelona: Herder. 1990.
45. Osterheld, J. R. McKenna, M.S. & Gould, N.B. Group psychotherapy of bulimia: A critical review. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1987; 37: 163-184.
46. Røgeberg, K. Eating disorders and the family experiences gathered in a parent support group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990; Suppl. 361, (82): 50-51.
47. Rosenvinge, J.H. Group therapy for anorexic and bulimic patients. Some aspects on the conduction of group therapy and a critical review of some recent studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990; Suppl. 361, (82): 38-43.
48. Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C. & Eisler, I. An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 1987; 44: 1047-1056.
49. Russell, G.F.M., Dare, C., Eisler, I. & Le Grange, P.D.F. Controlled trials of family interventions in anorexia nervosa. En A. H. Halmi (Ed.) *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington: American Psychopathological Association Series. 1993.
50. Selvini, M. *Self-Starvation*. London: Chaucer Publishing. 1974.
51. Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós. 1988.
52. Selvini, M., & Viaro, M. The anorectic Process in the Family: A Six Stage Model as a Guide for Individual Therapy. *Family Process*. 1988; 27: 129-148.
53. Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós. 1999.
54. Sluzki, C. Process, structure and World views: An integrated view of systemic models in family therapy family process. 1983; 22: 469-476.
55. Stierlin, H. *Psicoanálisis y terapia de familia*. Barcelona: Icara. 1979.
56. Stierlin, H. y Weber, C. *Detrás de la Puerta Familiar*. Barcelona: Gedisa. 1989.
57. Strober, M. & Yager, J. A Developmental Perspective on the Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents. En D.M. Garner P.E. & Garfinkel (Eds.) *Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press. 1985.
58. Szmukler, G. I. & Dare, C. The Maudsley Hospital study of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. In D. B. Woodside, & L. Shekter-Wolfson (Eds.) *Family approaches to eating disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Press. 1991.
59. Szmukler, G. I. Eisler, I., Russell, G. & Dare, C. Anorexia nervosa, parental "Expressed Emotion" and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*. 1985; 147: 265-271.
60. Vandereycken, W. Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992; 83: 163-166.

61. Vandereycken, W. The constructive family approach to eating disorders: Critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 1987; 6, 4: 455-467.
62. Vandereycken, W., Kog, E. & Vanderlinden, J. The family approach to eating disorders. New York: PMA Publishing Corp. 1989.
63. Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martinez Roca. 1991.
64. Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. Perception of changes in eating disorder patients during group treatment. *Psychoterapy psychosomatic*. 1988; 49: 160-163.
65. Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton. 1974.
66. Watzlawick, P. *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder. 1980.
67. White, M. Anorexia Nervosa: A Transgenerational System Perspective. *Family Process*. 1983; 22,(3): 255-273.
68. White, M. Anorexia nervosa. A cybernetic perspective. En J. Elka-harkaway (Ed.) *Eating disorders and family Therapy*. New York: Aspen. 1986.
69. Yager, J. The Treatment of Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1988; 49,(9):18-25.
70. Yager, J. Psychosocial treatments for eating disorders. *Psychiatry*. 1994; 57: 153-164.