

TÍTULO: Relaciones de pareja en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: revisión bibliográfica y descripción de la muestra de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles.

Título de la mesa redonda: Tratamiento grupal en parejas de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

Moderadora: Ana Isabel Bernal Gutiérrez (1).

Autores: Virginia González Mateos (1), Nuria Chinchurreta De Lora (1), Juan José De Frutos Guijarro (1), Marta Martínez Escudero (1), Isabel Cuellar Flores (2), Dolores García-Consuegra Colado (1), Romina Pastorelli (1), Berta Ríos Rial (1).

(1) Hospital Universitario de Móstoles.

(2) Hospital Universitario de Getafe.

RESUMEN

A lo largo de la historia, las técnicas psicoterapéuticas han utilizado el abordaje familiar para el tratamiento de múltiples patologías psiquiátricas. Involucrar a la familia en el tratamiento supone una valiosa inversión que obtiene recompensa a un corto y largo plazo.

En pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, el tratamiento a los padres (en sus diferentes modalidades: individual, grupal, multifamiliar...) supone una parte imprescindible del tratamiento. Existen factores en la relación familiar que pueden ser mantenedores de la enfermedad. Además el estrés generado por la enfermedad en la familia supone a menudo un obstáculo para la mejoría del paciente.

La maduración de los pacientes y el largo tiempo que suele prolongarse la enfermedad, hace que el papel de cuidador pase de la familia de origen a la familia propia de los pacientes, siendo frecuente encontrar adultos cuyo cuidador principal pasa a ser la pareja. Se ha demostrado que esta relación juega un papel primordial en el proceso de recuperación del paciente, al igual que lo es la relación con los padres en el paciente adolescente.

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica del papel de la relación de pareja en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en la enfermedad y en su recuperación, con el uso de diferentes tipos de tratamientos aplicados sobre la pareja. Se realiza también un estudio descriptivo de los tipos de relación de pareja encontrados en la muestra de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles.

Número de referencia: 57365

Palabras clave: anorexia, bulimia, TCA, grupo, psicoterapia, pareja, epidemiología.

INTRODUCCIÓN.

En Salud Mental es fundamental trabajar con el paciente de manera individual, pero no podemos olvidar integrar como parte del tratamiento a las familias. Existen numerosos estudios que refuerzan esta idea.

En 2006 se realizó un estudio con 236 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, en el que participaron junto con sus familias en grupos de psicoeducación. Los resultados fueron sorprendentes, ya que disminuyó la rehospitalización de estos pacientes tras dicha intervención .

Tan importante es la colaboración de las familias, que con tan sólo el hecho de participar en su tratamiento, hace que el paciente genere una motivación para el cambio. (2).

Así, se pudo comprobar cómo pacientes con dependencia alcohólica disminuyeron la ingesta (2) y mejoraron la relaciones familiares (3), tras un tratamiento conjunto con los pacientes y la familia (2)(4).

Igualmente se ha comprobado la importancia de la intervención familiar y/o de pareja en casos de cáncer y de dolor crónico, en los que mejoran los síntomas asociados a la enfermedad y la relación entre los pacientes y sus familiares (5) (6)

En nuestra unidad se ha tenido en cuenta el trabajo con familias, dándole gran importancia al formato grupal, además de la intervención individual en consulta con la familia del paciente

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) clásicamente han sido considerados una enfermedad infanto-juvenil. Sin embargo, actualmente está reconocida la presencia de la misma en un mayor rango de edad, desde la edad pre-púber hasta la menopausia (7)

Como ya hemos visto anteriormente, hay numerosos estudios acerca de la importancia de la familia de origen en el desarrollo y/o mantenimiento de la patología mental, en nuestro caso en el estudio de los TCA, y no se ha profundizado aún en la investigación y observación del papel que pudieran tener en ellos las relaciones de pareja, más allá de las de propia familia.

Para poder dar respuesta a la necesidad clínica que surge de este bajo nivel de investigación en este campo, realizamos una revisión bibliográfica de la repercusión de las relaciones de pareja de pacientes con TCA, y los tipos de tratamiento que se han realizado con dichas pacientes y sus parejas, para así poder presentar nuestra descripción de la muestra de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles.

MATERIAL Y MÉTODOS.

En este artículo nuestro objetivo es analizar la relevancia de la intervención de las familias en los tratamientos terapéuticos de pacientes con TCA. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica a través de Internet en las bases de datos PubMed y PsychINFO utilizando las palabras clave: “anorexia”, “bulimia”, “group”, “psychotherapy”, “spouse” y “epidemiology”. Fueron seleccionados aquellos artículos de 2001 hasta la actualidad, especialmente artículos de revisión. Otros artículos fueron seleccionados revisando la bibliografía de los artículos relevantes encontrados. El análisis se realizó mediante síntesis narrativa.

Por otra parte se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo de las relaciones de pareja de las pacientes derivada a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles.

RESULTADOS.

Van den Brouke & Vandereycken postulan que los maridos de pacientes con TCA suelen tener patología mental asociada, y que esto puede ser un factor en el inicio y mantenimiento del TCA. Se plantean si el TCA es previo o posterior al matrimonio. Diferentes teorías asumen que la tendencia neurótica de los maridos mantiene la inestabilidad emocional de la pareja, siendo esto el origen del TCA. Sin embargo, no aparecen datos definitivos en el papel de origen y mantenimiento de la pareja en el TCA (8)

Lo que sí parece más claro de constatar son las repercusiones que el TCA provoca en las pacientes respecto a su relación de pareja. En el caso de la bulimia, Charlene Schembri y Lynette Evans (9) comentan la presencia de un vínculo ansioso en las relaciones de pareja, con fuertes deseos de cercanía con su pareja e intenso miedo al abandono. Esto crea una relación en la que las pacientes sienten culpa por cualquier tipo de rechazo, ya sea real o no, y vergüenza hacia ellas mismas. En este estudio, que se realizó con 225 mujeres, se observó que las relaciones íntimas de pareja estaban dificultadas por dicho vínculo ansioso. Se pudo observar también que las pacientes mantenían un estado de silencio y de autoconciencia en sus relaciones sexuales, manteniendo un comportamiento sumiso, suprimiendo pensamientos, emociones y actuaciones por miedo a que las mismas pudieran dañar su relación.

Con dichas dificultades en las relaciones de pareja parece claro comprender que las pacientes con TCA tengan poca satisfacción con situaciones de intimidad. Esto repercute claramente en la pareja, y de nuevo en ellas, como un círculo vicioso, en el que cada vez van a presentar más síntomas de depresión, ansiedad y síntomas de su propio trastorno.

No cabe duda de que las relaciones sexuales son parte importante de una relación adulta de pareja. Sin embargo, la preocupación de las pacientes con TCA por su cuerpo dificulta las mismas, haciendo que la actividad sexual sea menor y menos satisfactoria (10) (11)

Sin embargo estudios realizados han observado que las parejas de pacientes con TCA aceptaban a sus parejas con sus físicos, no tratándose de una dificultad para ellos en las relaciones sexuales (12); sin embargo, las pacientes tenían una percepción de ellas mismas acerca de su cuerpo diferente y además tenían una percepción errónea de lo que ellas creían que sus parejas percibían de su cuerpo.

Todas estas dificultades hacen que las relaciones sexuales de pareja influyan en la relación de pareja y en la sintomatología del TCA por las repercusiones en su estado afectivo (11).

En la práctica diaria de pacientes con TCA, al igual que en otras patologías en salud mental, se puede observar la importancia que tienen las parejas de las pacientes en aspectos como el estado de ánimo o ansiedad, en la imagen que tienen de sí mismas, etc. al fin y al cabo la relevancia que tienen sus relaciones en la evolución de la enfermedad.

Como comentábamos inicialmente, los TCA cada vez van siendo menos encasillados en una enfermedad de edad temprana. De hecho, existe un número importante de pacientes adultas con parejas estables, conviviendo o no, que presentan un TCA.

Contamos con una muestra de 304 pacientes que han sido derivados a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles, en el periodo de Febrero de 2008 a Septiembre de 2012.

En estos pacientes se estudió la convivencia, diferenciando si el paciente vive solo, con su familia de origen o con familia propia.

Tabla 1. Datos de convivencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válidos	Sola	21	6,9	8,0
	Fam Origen	155	51,0	58,9
	Fam Propia	87	28,6	33,1
	Total	263	86,5	100,0
Perdidos	41	13,5		
Total	304	100,0		

Como vemos en la Tabla 1. Un 41,1% de los pacientes de los que tenemos datos (n=263) no conviven ya con su familia de origen.

Tabla 2. Datos de convivencia según diagnóstico.

	AN	BN	TCANE	AN+BN	Atracón	
Convivencia	Sola	6,2%	11,1%	8,9%	0,0%	20,0%
	Fam Origen	60,7%	55,6%	62,2%	75,0%	0,0%
	Fam propia	33,0%	33,3%	28,9%	25,0%	80,0%

Si desglosamos los datos de convivencia según el diagnóstico a la derivación obtenemos los datos de la Tabla 2. Como se puede observar, todos los diagnósticos, salvo el trastorno por atracón, cumplen la predominancia que veíamos en la tabla general. Es decir, salvo en el trastorno por atracón, las pacientes con TCA viven en su mayoría con su familia de origen.

En la tabla 3 se analizan los datos de convivencia según edad. Encontramos que las pacientes que viven aún en su familia de origen son más jóvenes.

Tabla 3. Datos de convivencia según edad.

Convivencia	Media	N	Desv. típ.
Sola	32,19	21	8,298
Fam Origen	24,17	155	6,646
Fam propia	35,38	87	9,145
Total	28,52	263	9,305

En cuanto a datos acerca de las parejas, consideramos que la relación debe durar al menos 15 meses para considerarse pareja estable. Con esa premisa obtenemos los siguientes datos, recogidos en la Tabla 4. De los 304 pacientes derivados, obtenemos el dato de la pareja en 261 casos. De éstos un 50,6% tienen pareja estable en el momento de la derivación.

Tabla 4.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	129	42,4	49,4	49,4
	Si	132	43,4	50,6	100,0
	Total	261	85,9	100,0	
Perdidos	Sistema	43	14,1		
Total		304	100,0		

En la Tabla 5 se relacionan los datos de pareja frente a la edad del paciente. Observamos que la edad media de los pacientes que tienen pareja es ligeramente mayor que los que no la tienen.

Tabla 5. Pareja frente a edad.

Pareja	Media	N	Desv. típ.
No	26,02	129	8,088
Si	30,98	132	9,781
Total	28,53	261	9,306

En la Tabla 6 se relacionan los datos del diagnóstico y la presencia de pareja en el momento de la derivación.

Tabla 6. Relación de pareja frente a diagnóstico.

		Diagnóstico en derivación				
		AN	BN	TCANE	AN + BN	Atracón
		% del N de la columna	% del N de la columna	% del N de la columna	% del N de la columna	% del N de la columna
Pareja	No	45,5%	48,1%	64,4%	58,3%	20,0%
	Si	54,5%	51,9%	35,6%	41,7%	80,0%

CONCLUSIONES.

De los datos recogidos de nuestra muestra (n=304) podemos resumir, según hemos visto en nuestras tablas de resultados, que un 41,1% de los pacientes de los que tenemos datos (n=263) no conviven ya con su familia de origen.

Si desglosamos la convivencia según el diagnóstico del paciente podemos observar cómo, salvo en el trastorno por atracón, las pacientes con TCA viven en su mayoría con su familia de origen.

Si analizamos, por otra parte, la convivencia según la edad del paciente, encontramos que los pacientes que viven aún en su familia de origen son más jóvenes.

De los 304 pacientes derivados tenemos datos de 261 parejas. De las parejas con datos, el 50,6% son parejas estables en el momento de la derivación, considerando como estables las relaciones de al menos 15 meses de duración.

Si relacionamos la edad de los pacientes con pareja observamos que la edad media es ligeramente mayor que los que no la tienen.

Si analizamos los datos del diagnóstico y la presencia de pareja en el momento de la derivación, podemos observar que más del 50% de los pacientes con diagnóstico de Anorexia, Bulimia y Trastorno por Atracón tenían pareja en el momento de la derivación.

De todos estos datos podemos concluir que los TCA tienen una importante repercusión en las parejas de los pacientes, haciéndose necesario el estudio de relaciones interpersonales que entre ellos se manejan, para poder entenderlas e integrarlas en el tratamiento de modo que no interfieran ni mantengan el propio TCA.

BIBLIOGRAFÍA

[J Behav Ther Exp Psychiatry](#). 1986 Mar;17(1):15-21.

3. Timothy J. O'Farrell, PhD . Marital and familytherapy in alcoholismtreatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Volume 6, Issue 1, 1989, Pages 23–29
4. Timothy J. O'Farrell, Keith A. Choquette, Henry S.G. Cutter. Couples Relapse Prevention Sessions after Behavioral Marital Therapy for Male Alcoholics: Outcomes during the Three Years after Starting Treatment. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*. Volume 59, 1998 > Issue 4: July 1998
5. Baucom DH, Porter LS, Kirby JS, Gremore TM, Wiesenthal N, Aldridge W, Fredman SJ, Stanton SE, Scott JL, Halford KW, Keefe FJ. A couple-based intervention for female breast cancer. *Psychooncology*. 2009 Mar;18(3):276-83.
6. Cano A; Leonard M. Integrative behavioral couple therapy for chronic pain: promoting behavior change and emotional acceptance. *Journal of clinical psychology* 2006;62(11):1409-18.
7. Woodside DB, Lackstrom JB, Shekter-Wolfson L. Marriage in eating disorders comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. *J Psychosom Res*. 2000 Sep;49(3):165-8.
8. Van den Broucke S, Vandereycken W, Vertommen H. Psychological distress in husbands of eating disorder patients. *Am J Orthopsychiatry*. 1994 Apr;64(2):270-9.
9. Schembri C, Evans L. Adverse relationship processes: the attempts of women with bulimia nervosa symptoms to fit the perceived ideal of intimate partners. *Eur Eat Disord Rev*. 2008 Jan;16(1):59-66.
10. Evans L, Wertheim EH. Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *J Psychosom Res*. 1998 Mar-Apr;44(3-4):355-65.
11. Whisman MA, Dementyeva A, Baucom DH, Bulik CM. Marital functioning and binge eating disorder in married women. *Int J Eat Disord*. 2012 Apr;45(3):385-9. doi: 10.1002/eat.20935. Epub 2011 May 10.
12. Markey CN, Markey PM, Birch LL. Understanding Women's Body Satisfaction: The Role of Husbands. *Sex Roles*. 2004; 51(3-4): 209–216.