



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Propuesta de un Programa de Intervención con  
Tratamiento Basado en la Familia (FBT) y terapia de  
exposición al espejo en Anorexia Nerviosa para  
adolescentes

*Proposed Intervention Program with Family-Based  
Treatment (FBT) and mirror exposure therapy in Anorexia  
Nervosa for adolescents*

**Autora**

Elena Laguía Guillén

**Director**

Adrián Alacreu Crespo

Grado de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Curso 2021-2022



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad** Zaragoza

# Propuesta de un Programa de Intervención con Tratamiento Basado en la Familia (FBT) y terapia de exposición al espejo en Anorexia Nerviosa para adolescentes

## **Resumen**

La anorexia nerviosa es un trastorno mental grave de la conducta alimentaria con una de las mayores tasas de mortalidad. El Tratamiento Basado en la Familia y la terapia de exposición al espejo son algunos de los tratamientos más utilizados para tratar la anorexia nerviosa, y cuentan con una de las mayores evidencias empíricas.

El presente estudio pretende comprobar la eficacia del tratamiento, en relación a la reducción de la sintomatología principal de la AN, al combinar ambas terapias. La hipótesis principal se basa en que la combinación de estas terapias va a mejorar la sintomatología por encima de la terapia individual o del tratamiento control.

La intervención se centrará en adolescentes con un diagnóstico clínico en anorexia nerviosa, y estará formada por cuatro grupos aleatorizados, siendo uno de ellos el grupo control y los otros tres los grupos experimentales. Cada uno de los pacientes tendrá que pasar unos cuestionarios pretratamiento y postratamiento.

El tratamiento contará con un total de 18 sesiones, 12 de FBT y 6 de terapia de exposición al espejo, espaciadas en un total de seis meses.

Se pretende tratar la siguiente sintomatología: reestructuración del peso, restricción dietética, vínculo y relación familiar, ansiedad e insatisfacción corporal, alteraciones de la imagen corporal, y autoconcepto. A través del análisis de los diferentes grupos de tratamiento, se comprobará la posible eficacia al aplicar ambas terapias.

## **Palabras clave**

Anorexia nerviosa, tratamiento basado en la familia, terapia de exposición al espejo.

*Proposed Intervention Program with Family-Based Treatment (FBT) and mirror exposure therapy in Anorexia Nervosa for adolescents*

**Abstract**

Anorexia nervosa is a serious mental eating behavior disorder with one of the highest mortality rates. Family-based treatment and mirror exposure therapy are some of the most commonly used treatments to treat anorexia nervosa, and have one of the greatest empirical evidence.

The present study aims to verify the efficacy of the treatment, in relation to the reduction of the main symptomatology of the AN, by combining both therapies. The main hypothesis is that the combination of these therapies will improve symptomatology over individual therapy or control treatment.

The intervention will focus on adolescents with a clinical diagnosis in anorexia nervosa, and will consist of four randomized groups, one of them being the control group and the other three experimental groups. Each patient will have to pass some pre-treatment and post-treatment questionnaires.

The treatment will have a total of 18 sessions, 12 of FBT and 6 of mirror exposure therapy, spaced in a total of six months.

It is intended to treat the following symptomatology: weight restructuring, dietary restriction, family bond and relationship, anxiety and body dissatisfaction, alterations in body image, and self-concept. Through the analysis of the different treatment groups, the possible efficacy will be verified when applying both therapies.

**Key words**

Anorexia nervosa, family-based treatment, mirror exposure therapy.

## Índice

Introducción.....	1
Material y métodos .....	4
Muestra hipotética.....	4
Diseño .....	4
Evaluación .....	5
Protocolo.....	6
Análisis estadísticos.....	10
Resultados esperados.....	11
Discusión .....	13
Referencias .....	15
Anexos.....	18

## **Introducción**

La anorexia nerviosa es un trastorno mental grave de la conducta alimentaria que suele comenzar en la adolescencia, y que afecta en gran parte a las mujeres. Se caracteriza principalmente por un temor intenso a ganar peso, una percepción distorsionada del cuerpo y una restricción calórica de alimentos, que conlleva una pérdida de peso importante (Neale y Hudson, 2020). Dentro de los trastornos mentales, la anorexia es el que tiene una mayor tasa de mortalidad (Harrington, Jimerson, Haxton y Jimerson, 2015). Normalmente, la muerte suele estar causada por el desgaste físico provocado por la desnutrición, y en algunos casos por el suicidio de los pacientes. (Lock, 2019).

No se conoce la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, pero sí hay evidencia de que tienen un origen multifactorial, debido a factores ambientales como los ideales de belleza sociales (Paterson y Fuller, 2019), factores de la personalidad, o genéticos (Harrington et al., 2015); ya que la probabilidad de desarrollar AN es cinco veces mayor en personas con familiares directos que la padezcan (Lock, 2019). Además, los genes tienen un peso entre el 50% y el 74% en el desarrollo de anorexia nerviosa (Moskowitz y Weiselberg, 2017).

Una propiedad de la AN es su larga duración y su difícil recuperación (Treasure et al., 2015). Tan solo la mitad de los pacientes lo consigue completamente, un 30% alcanza una recuperación parcial y un 20% no lo logra (Harrington et al., 2015). Sin embargo, con la aplicación de la psicoterapia se reducen las tasas de hospitalización y las recaídas son más improbables (Herpertz-Dahlmann, 2021).

El tratamiento para AN se ha basado durante muchos años en la desvinculación de la familia en el proceso terapéutico y en la hospitalización del paciente (Treasure et al., 2015). Sin embargo, no se encontraron beneficios en el tratamiento hospitalario en comparación con el ambulatorio (Lock, 2019).

Para que la terapia sea exitosa, debe haber una alianza positiva entre el terapeuta y el paciente, la familia debe ser partícipe, y el equipo de profesionales tiene que mantenerse coordinado. (Harrington et al., 2015). Además, el tratamiento debe ser multidisciplinar, es decir, dirigido a restablecer los déficits físicos, nutritivos y mentales (Hay, 2020).

El tratamiento actual trata de implicar de manera activa a la familia, tanto en el desarrollo de la terapia como en la recuperación (Treasure et al., 2015). Se ha demostrado

que disminuyen los índices de abandono de la terapia y la morbilidad física y psicológica (Gorrell, Loeb y Le Grange, 2019).

Se ha descubierto que la disfunción familiar es un factor de riesgo en la AN, ya que muchos pacientes sitúan a sus familias en el origen del problema. Por ello, trabajar con la unidad familiar es clave en el proceso terapéutico (Moskowitz y Weiselberg, 2017). Sin embargo, aunque existe evidencia clara de la efectividad de la terapia familiar para la AN, los modelos teóricos que lo respaldan siguen siendo insuficientes (Le Grange y Eisler, 2009), ya que tan solo existen seis ensayos clínicos aleatorizados controlados que lo investiguen, y con un tamaño de muestra pequeño (Gardner y Wilkinson, 2011). Por ello, en la presente intervención, se pretende combinar la terapia familiar con otra modalidad, que es la terapia de exposición al espejo, para así conseguir una intervención más completa y que abarque una mayor solución de síntomas.

A día de hoy, el Tratamiento Basado en la Familia (FBT) es identificado como terapia psicológica de primera línea para adolescentes, y cuenta con una de las mayores evidencias científicas (Lock, 2019). Según un ensayo aleatorizado que compara la efectividad de la terapia familiar frente a la individual, reveló que al aplicar FBT la tasa de remisión completa de AN a los seis meses fue de un 40%, mientras que la de la terapia individual fue de un 18% (Lock et al., 2010). En base a estos datos estadísticos, se ha determinado adecuado llevar a cabo una intervención basada en la terapia familiar, más concretamente en el Tratamiento Basado en la Familia, ya que parece ser estadísticamente superior a una terapia individual. Se trata de un tratamiento basado en ofrecer ayuda y conocimiento a las familias sobre la anorexia nerviosa para controlar y eliminar las conductas propias de la enfermedad (Lock, 2019). El principal objetivo es el aumento de peso, a través de estrategias llevadas a cabo por los padres (Gore, Skocic, Rutherford y Hetrick, 2019).

Una de las características principales en las personas con anorexia nerviosa es la fuerte obcecación que tienen por los ideales sobre la imagen corporal y la delgadez, así como con llevar a cabo hábitos de control de peso (Zipfel, Giel, Bulik, Hay y Schmidt, 2015). Esto provoca una fuerte ansiedad e insatisfacción corporal, que desemboca en el desarrollo de la distorsión corporal propia del trastorno. Al ser este uno de los síntomas centrales de la AN, es necesario tratarlo correctamente. Por ello, además de la FBT, se va a utilizar la terapia de exposición al espejo en esta intervención, ya que está destinada a eliminar la ansiedad provocada por la distorsión corporal que sufren las personas con

anorexia nerviosa. Esta alteración se relaciona con sentimientos de vergüenza e insatisfacción hacia el propio cuerpo, por lo que muchos pacientes evitan mirarse en el espejo. (Butler y Heimberg, 2020).

El porqué de usar esta terapia se debe, además de lo ya mencionado, a que el tratamiento es más efectivo en cuanto a la reducción de las conductas evitativas y la insatisfacción y ansiedad corporal, que en un tratamiento en el que no se utilice el espejo (Key, 2002). Se busca el confrontamiento con la imagen corporal para eliminar las cogniciones y emociones negativas que provoca. Según estudios, los resultados obtenidos señalan la eficacia de esta terapia consiguiendo que los pacientes tengan una imagen más realista de sus cuerpos (Butler y Heimberg, 2020).

El objetivo principal de este trabajo es observar si la combinación de ambas terapias resulta efectiva a la hora de reducir la sintomatología principal de la AN.

Por último, se debe destacar que la hipótesis del estudio se basa en que la combinación de ambas terapias va a mejorar la sintomatología de la AN por encima de la terapia individual o el tratamiento control

## **Material y métodos**

### *Muestra hipotética*

Los participantes serán tanto hombres como mujeres y comprenderán edades entre 12 y 20 años, ya que la intervención está enfocada en la adolescencia. Todos tendrán un diagnóstico de anorexia nerviosa tipo restrictivo con una gravedad de moderada (IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>) a grave (IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>), evaluado mediante el manual DSM-V. Además, los pacientes seleccionados deberán vivir con sus padres o tutores legales. Todos los pacientes serán admitidos siempre y cuando ellos, y, en caso de los menores, sus tutores legales, firmen el consentimiento informado.

No serán seleccionados participantes con otros trastornos de la conducta alimentaria como bulimia o trastorno por atracón, ni los que hayan recibido anteriormente alguno de los dos tratamientos. También serán excluidas personas con abuso de sustancias, sujetas a medicación o condición física (p. ej. Embarazo) que pueda influir en su alimentación y peso, o con trastornos psicóticos.

El tratamiento está dirigido hacia pacientes no hospitalizados, ya que la terapia basada en la familia debe ser realizada en gran parte desde el domicilio familiar con la colaboración de todos sus miembros. La otra parte de la intervención con FBT, así como las sesiones de la terapia de exposición al espejo se desarrollarán en el hospital Obispo Polanco de Teruel. La intervención también está dirigida, de forma secundaria, a los familiares directos de los pacientes, puesto que un peso importante del tratamiento recae sobre ellos, y su colaboración es imprescindible para garantizar el éxito de la intervención.

Los participantes serán reclutados en un período de seis meses a través de correos electrónicos y publicidad expuesta en hospitales, centros de salud, clínicas especializadas en TCA, institutos y universidades de toda la comunidad autónoma de Aragón.

### *Diseño*

Se asignará al azar a los participantes en cuatro grupos aleatorizados. En total, habrá 100 pacientes. El grupo control, formado por 25 personas que no recibirán ningún tratamiento; y tres grupos experimentales, formados también por 25 personas cada uno: el primero será expuesto a FBT, el segundo a la terapia de exposición al espejo y el tercero a ambos tratamientos.

La intervención contará con seis psicólogos, tres de ellos especializados en FBT y los otros tres en terapia de exposición al espejo en anorexia nerviosa. Antes de comenzar el proceso terapéutico, los psicólogos realizarán un curso piloto de una semana con el objetivo de poder detectar posibles fallos en la intervención, y de mejorar la eficacia de la misma.

### *Evaluación*

Antes de comenzar el proceso, se evaluará y se diagnosticará el trastorno de anorexia nerviosa a través de la *Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (MINI), una entrevista estructurada que se utiliza para garantizar el cumplimiento de los criterios diagnósticos del manual DSM-V (Sheehan et al., 1998). También se registrará el IMC de cada paciente a través de una medición del peso y la altura.

Además, se pasarán diferentes cuestionarios, tanto antes del tratamiento como al finalizarlo. Son los siguientes:

*El Examen de Trastornos Alimentarios (EDE-Q)*, un cuestionario de 36 ítems que mide la sintomatología específica de los trastornos de la conducta alimentaria y se divide en cuatro subescalas, que son la preocupación por la forma, por el peso, la restricción dietética y los problemas de alimentación (Morgan, Lazarova, Schelhase y Saeidi, 2014). La consistencia interna del EDE-Q es alta, ya que presenta un Alfa de Cronbach de 0,938 en las primeras dos subescalas y otro de 0,802 en las dos restantes (Tatham et al., 2015).

*El Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)*. Es un cuestionario de 64 ítems, y ocho subescalas. En concreto, se trabajará con la tercera subescala, es decir, la insatisfacción corporal (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). Esta subescala posee una puntuación de Alfa de Cronbach de un 0,91 (Eberenz y Gleaves, 1994).

*La Escala de Ansiedad Estado y Rasgo de Apariencia Física (PASTAS)*. Es un instrumento que cuenta con 16 ítems y mide la ansiedad y el temor que producen diferentes partes del cuerpo, como las caderas, los muslos o la cintura. Además, sus coeficientes de Alfa se sitúan entre 0,82 y 0,92 (Reed, Thompson, Brannick y Sacco, 1991).

*La Escala de Entorno Familiar (FES)*. Tiene 90 ítems, y mide las dimensiones en las relaciones de familia, que son: el apoyo y la cooperación, la capacidad de expresión y de actuación, y el manejo del conflicto. Cuenta con una consistencia interna de 0,73 (Moos y Moos, 1987).

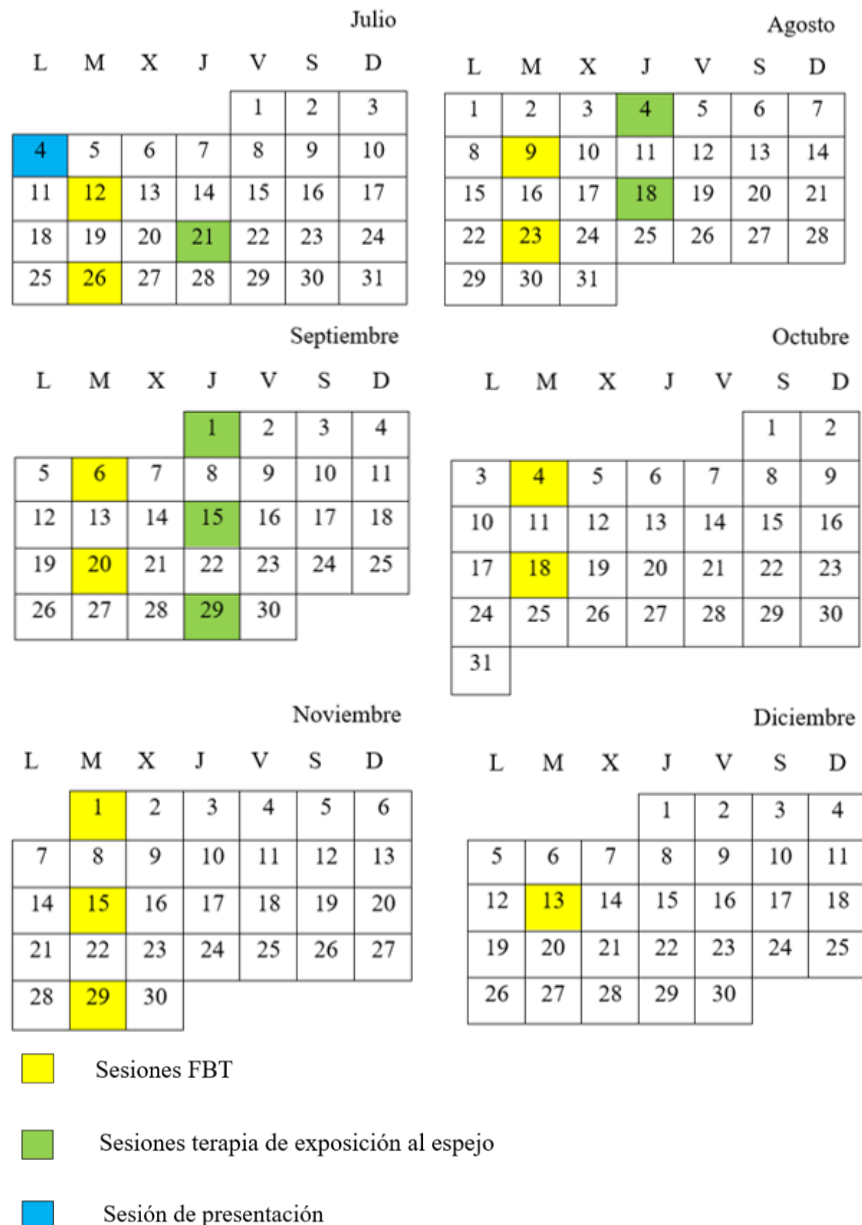
Por último, cabe destacar que estas medidas de evaluación se pasarán también una vez finalizada la intervención, es decir, después de los 6 y los 12 meses postratamiento, para evitar las posibles recaídas.

*Protocolo*

Como se ha explicado anteriormente, el programa de intervención está basado en dos tratamientos: la terapia basada en la familia y la terapia de exposición al espejo. Por ello, cada terapia contará con sus respectivas sesiones.

Habrà 18 sesiones en total, 12 de FBT y 6 de terapia de exposición al espejo. El tratamiento se extenderà 6 meses, habiendo cada semana una de las terapias intercalada con la otra. A continuación, se muestra un calendario con la programación de todas las sesiones.

Figura 1: Calendario de sesiones terapéuticas



En cuanto a la FBT, se desarrolla en tres fases (Lock, 2019). La primera tiene como objetivo enseñar a los padres a modificar comportamientos que favorecen el mantenimiento de la anorexia nerviosa. De esta manera, el paciente comenzará a subir de peso, siendo los responsables de la ingesta de alimentos sus padres. Una vez que el peso está más estabilizado, empieza la segunda fase, en la que se va dando un cambio progresivo en cuanto al control alimentario y del ejercicio. El paciente comienza a sentir una mayor independencia y dominio sobre sus conductas. Por último, la tercera fase consiste en conseguir el retorno a la vida normalizada antes de la enfermedad, cuando el paciente mantenga una alimentación y unos hábitos de vida saludables. Se pretenden también subsanar las preocupaciones y problemas familiares que no guarden relación con la anorexia nerviosa (Fisher et al., 2019). Las sesiones de FBT pueden ser consultadas en la tabla 1.

Por otro lado, la terapia de exposición al espejo es una intervención que forma parte de la terapia conductual. Se basa principalmente en exposiciones repetidas y gradualmente mayores frente al espejo (Hildebrandt, Loeb, Troupe y Delinsky, 2012), en un total de 5 a 10 sesiones (Morgan, Lazarova, Schelhase y Saeidi, 2014). Estas sesiones pueden ser consultadas en la tabla 2.

Tabla 1: Cronograma para FBT

<b>Sesiones</b>	<b>Tema</b>	<b>Contenido</b>	<b>Duración</b>
Sesión 0	Presentación	Dar a conocer el programa de intervención y presentar a todos los especialistas Paso de cuestionarios	60 minutos
FASE I			
1º Sesión	Toma de contacto	Entrevistas para obtener información sobre las relaciones familiares Fijar los objetivos de FBT	90 minutos
2º Sesión	Psicoeducación familiar	Enseñar a los familiares el papel que deben adoptar en el proceso	60 minutos
3º Sesión	Diálogo abierto	Observar las consecuencias y peligros que tiene la AN	60 minutos

4º Sesión	Preparación de las comidas	Mostrar el patrón de actuación que deben seguir los familiares a la hora de las comidas	60 minutos
5º Sesión	La escenificación	Comida in vivo bajo la observación del terapeuta	60 minutos
FASE II			
6º Sesión	Evaluación del proceso	Examinar los avances de la terapia hasta el momento Introducir los nuevos métodos de actuación	60 minutos
7º Sesión	Terapia narrativa	Trabajar el vínculo y las relaciones familiares	60 minutos
8º Sesión	Nuevos pasos	Explicar a los padres la progresiva vuelta a la independencia de los pacientes	60 minutos
9º Sesión	Comida en el exterior	Preparación para la comida en el exterior del paciente con sus amigos	60 minutos
FASE III			
10º Sesión	Nuevos comienzos	Examinar el impacto de la AN Trabajar nuevos retos y preocupaciones	60 minutos
11º Sesión	Vínculo familiar	Fortalecer y reforzar la relación y el vínculo familiar	60 minutos
12º Sesión	Reflexión final	Fin del tratamiento Paso de cuestionarios	60 minutos

Tabla 2: Cronograma para terapia de exposición al espejo

<b>Sesiones</b>	<b>Tema</b>	<b>Contenido</b>	<b>Duración</b>
Sesión 0	Presentación	Dar a conocer el programa de intervención y presentar a todos los especialistas Paso de cuestionarios	60 minutos
1° Sesión	Introducción	Presentar el tratamiento, objetivos y expectativas	30 minutos
2° Sesión	Primera exposición	Presentación del espejo y de la sesión Exposición de diez minutos	60 minutos
3° Sesión	Segunda exposición	Exposición de quince minutos centrada en las partes positivas del cuerpo	60 minutos
4° Sesión	Tercera exposición	Exposición de veinte minutos Trabajar el autocontrol	60 minutos
5° Sesión	Cuarta exposición	Exposición de veinticinco minutos	60 minutos
6° Sesión	Evaluación del proceso	Exposición de treinta minutos Reflexión final Paso de cuestionarios	60 minutos

## **Análisis estadísticos**

En primer lugar, se analizará la similitud de los cuatro grupos de tratamiento (grupo control y grupos experimentales) antes de comenzar el tratamiento. Por un lado, se compararán variables cuantitativas, como por ejemplo los datos sociodemográficos y el IMC de los pacientes, a través de un Análisis de Varianza (ANOVA). De esta manera, se comprobará la posible igualdad de medias de estas variables entre las cuatro muestras. Por otro lado, se comparará la frecuencia de variables categóricas entre los grupos, como por ejemplo padecer o no una enfermedad comórbida. Esto se realizará a través de la prueba chi-cuadrado de Pearson.

Tras finalizar la intervención, se comprobará el posible declive de los síntomas a lo largo de las cuatro etapas clave de la intervención (pre-intervención, post-intervención, post 6 meses y post 12). Esto se realizará con un Análisis de Varianza de medidas repetidas, ya que mide diferentes variables (sintomatología) en una muestra de sujetos.

Además, una vez observada la diferencia de medias en las variables sobre la sintomatología en las cuatro etapas de la intervención, se examinarán las medias que difieren en los diferentes grupos de tratamiento. Esto se comprobará a través de las pruebas post hoc con el ajuste de bonferroni.

Respecto al tamaño del efecto, se pretende evaluar utilizando la *d* de Cohen. Un tamaño del efecto bajo es igual a 0,2, un medio es a 0,5 y uno alto a 0,8 (Schuele y Justice, 2006). Un resultado se considerará significativo al nivel de significación de  $p < ,050$ . Todos los análisis se realizarán con SPSS 22.0.

## **Resultados esperados**

Según un ensayo clínico aleatorizado que compara la Terapia Basada en la Familia con el tratamiento individual, los resultados arrojaron que las tasas de remisión completa en anorexia nerviosa fueron superiores en FBT, tanto a los seis como a los doce meses postratamiento. Tras finalizar el tratamiento, se descubrió que con este tipo de terapia las tasas de remisión fueron de un 42% (Lock et al., 2010). La tasa de remisión completa en este estudio hace referencia a la reestructuración del peso corporal, en un índice superior a un 95% esperado según su edad y sexo; así como una puntuación total delimitada según las normas del Examen de Trastornos Alimentarios (EDE) (Lock et al., 2010).

Por otro lado, un estudio en el que se realizó una intervención con la terapia de exposición al espejo, obtuvo mejoras significativas en: las conductas de control del cuerpo, la evitación de la imagen corporal, las preocupaciones por el peso, la insatisfacción corporal y la autoestima (Delinsky y Wilson, 2006).

En la presente intervención se combinarán ambas terapias, con el propósito de mejorar la sintomatología de la AN. Tras revisar literatura relacionada con estas terapias, se puede comprender que los resultados esperados de este estudio serán similares a los de intervenciones pasadas.

Desde una visión más detallada de la sintomatología a tratar en esta intervención, se puede esperar la mejora de ésta dependiendo del grupo de tratamiento en el que se trate. Por ello, en la tabla 3 se expone la posible mejora de síntomas de la AN que se espera conseguir tras la implantación del tratamiento, en cada uno de los cuatro grupos.

Tabla 3: Resultados esperados en nuestro estudio

<b>Sintomatología</b>	<b>Grupo control</b>	<b>Grupo FBT</b>	<b>Grupo terapia de exposición al espejo</b>	<b>Grupo FBT + Grupo de terapia de exposición al espejo</b>
Reestructuración del peso	No se esperan cambios	Aumento	No se esperan cambios	Aumento
Restricción dietética	No se esperan cambios	Disminución	No se esperan cambios	Disminución
Vínculo y relación familiar	No se esperan cambios	Aumento	No se esperan cambios	Aumento
Ansiedad e insatisfacción corporal	No se esperan cambios	No se esperan cambios	Disminución	Disminución
Alteraciones de la imagen corporal	No se esperan cambios	No se esperan cambios	Disminución	Disminución
Autoconcepto	No se esperan cambios	No se esperan cambios	Aumento	Aumento

Se pretende demostrar una mayor eficacia al combinar ambas terapias, ya que se resolvería un mayor número de síntomas.

Por último, en relación al tamaño del efecto, se debe recalcar que, según literatura previa centrada en estos tratamientos, ha sido bajo. En gran parte de los ensayos clínicos se ha encontrado entorno al 0,1 (Delinsky y Wilson, 2006). Por ello, se puede vislumbrar que en esta intervención también será pequeño, ya que por debajo de un 0,5 no se puede considerar de magnitud media.

## **Discusión**

Con la implantación de esta intervención clínica, se espera que los pacientes superen la anorexia nerviosa gracias a la eliminación de gran parte de sus síntomas. Basándose en estudios que han utilizado alguna de las dos terapias, se pretenden mejorar las cogniciones y conductas erróneas relacionadas con la imagen corporal mencionadas anteriormente (Delinsky y Wilson, 2006), así como fortalecer la autoestima y el vínculo familiar (Lock et al., 2010).

Además, según literatura previa, las tasas de recaída son bajas, por lo que se espera que en esta intervención también lo sean, ya que se han utilizado las mismas técnicas y procesos de evaluación para impedir cualquier empeoramiento (Morgan, Lazarova, Schelhase y Saeidi, 2014).

La instauración de este tipo de intervención puede tener numerosos beneficios a nivel clínico. La principal ventaja es poder tratar la anorexia nerviosa en adolescentes con dos terapias, a través de unas sesiones bastante integradas. Por otro lado, el hecho de combinar dos terapias, en las que en cada una de ellas se trate diferente sintomatología, puede favorecer y enriquecer el tratamiento en gran medida. El plan de intervención se basa en intercalar ambas terapias, por lo que los pacientes trabajarán diferentes puntos simultáneamente.

No existe literatura previa que combine la Terapia Basada en la Familia y la terapia de exposición al espejo. Este ha sido uno de los aspectos que ha motivado la elección de esta intervención, puesto que puede ser muy positivo realizar un nuevo tratamiento que mejore la sintomatología, trabajando tanto desde el punto de vista familiar como individual.

Esta intervención presenta ciertas limitaciones. Una de ellas es el focalizar la intervención tan solo hacia los pacientes que padecen anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Esta decisión estuvo motivada por la precisión, ya que se consideró más favorable centrarse solo en un subtipo para tratar su sintomatología más profundamente y de manera más eficaz. Sin embargo, es posible que una mejora de esta intervención sería ampliar su tratamiento a los pacientes con anorexia nerviosa de tipo purgativo también.

Otra de las limitaciones es el tamaño del efecto, ya que lo más probable es que sea pequeño, puesto que, en intervenciones anteriores, y más concretamente dentro del campo de la psicología, no suelen alcanzar un alto rango.

Además de la implantación de la intervención con pacientes que padezcan los dos subtipos de anorexia nerviosa, otra propuesta de futuro es trabajar esta combinación de terapias con pacientes que sufran bulimia nerviosa. Sería necesario reestructurar las sesiones clínicas y enfocarlas hacia la mejora de la sintomatología propia de este trastorno, pero podría resultar muy positivo llevarlo a cabo.

Cada vez son más las personas que sufren anorexia nerviosa, por lo que es necesario investigar y diseñar más intervenciones que cuenten con una alta efectividad para tratarla. El presente estudio se centra en combinar dos de los tratamientos más utilizados para combatir la AN, cuenta con dieciocho sesiones en las que se trabajan numerosos aspectos; y se espera reducir o eliminar una amplia sintomatología.

## Referencias

- Butler, R. M., & Heimberg, R. G. (2020). Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 78*, 101851.
- Delinsky, S. S., & Wilson, G. T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders, 39*(2), 108-116.
- Eberenz, K., & Gleaves, D. (1994). An examination of the internal consistency and factor structure of the Eating Disorder Inventory-2 in a Clinical Sample. *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 371–379
- Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A., & Hetrick, S. E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (5)*.
- Gardner, J., & Wilkinson, P. (2011). Is family therapy the most effective treatment for anorexia nervosa?. *Psychiatria Danubina, 23*(suppl 1), 175-177.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders, 2*(2), 15-34.
- Gorrell, S., Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment of eating disorders: A narrative review. *Psychiatric Clinics, 42*(2), 193-204.
- Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician. 2015 Jan 1;91*(1):46-52. PMID: 25591200.
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal, 50*(1), 24-29.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients, 13*(4), 1265.
- Hildebrandt, T., Loeb, K., Troupe, S., & Delinsky, S. (2012). Adjunctive mirror exposure for eating disorders: A randomized controlled pilot study. *Behaviour research and therapy, 50*(12), 797-804.

- Key, A., George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders, 31*(2), 185-190.
- Le Grange D, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009 Jan;18(1):159-73. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.004. PMID: 19014864
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry, 67*(10), 1025-1032.
- Lock J. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019 Oct;28(4):523-535. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.001. Epub 2019 Jul 10. PMID: 31443871.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1987). Family environment scale. *Handbook of measurements for marriage and family therapy, 82.*
- Morgan, J. F., Lazarova, S., Schelhase, M., & Saeidi, S. (2014). Ten session body image therapy: efficacy of a manualised body image therapy. *European Eating Disorders Review, 22*(1), 66-71.
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa. *Current problems in pediatric and adolescent health care, 47*(4), 70-84.
- Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine, 81*(6), 1-8.
- Reed, D. L., Thompson, J. K., Brannick, M. T., & Sacco, W. P. (1991). Development and validation of the physical appearance state and trait anxiety scale (PASTAS). *Journal of Anxiety Disorders, 5*(4), 323-332.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry, 59*(20), 22-33.

- Schuele, C. M., & Justice, L. M. (2006). The importance of effect sizes in the interpretation of research: Primer on research: Part 3. *The ASHA Leader*, 11(10), 14-27.
- Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Tritt, A., Dyas, R., & Waller, G. (2015). Development, psychometric properties and preliminary clinical validation of a brief, session-by-session measure of eating disorder cognitions and behaviors: The ED-15. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1005-1015.
- Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, Schmidt U, Frank GK, Bulik CM, Wentz E. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Nov 26;1:15074. doi: 10.1038/nrdp.2015.74. PMID: 27189821.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet psychiatry*, 2(12), 1099-1111.

## **Anexos**

### **Anexo 1. Sesiones de Terapia Basada en la Familia (FBT)**

#### *Sesión 0. Presentación*

La primera sesión tiene el objetivo de presentar el programa tanto a los pacientes como a sus familias. Todos ellos conocerán a los psicólogos encargados del programa, tanto los especializados en FBT como en terapia de exposición al espejo. Además, se indicarán los contenidos fundamentales y las actividades del programa, las fechas de cada sesión y el procedimiento que tienen que seguir.

En esta sesión también se registrará el IMC de cada paciente y se pasarán los siguientes cuestionarios: El EDE-Q, el EDI, el PASTAS y el FES. Todos ellos se devolverán y compararán al final de la intervención.

Es importante recalcar que, al comienzo de cada sesión, se tomará el peso del paciente para ver su evolución.

#### *Sesión 1. Toma de contacto*

Esta sesión está basada en realizar una entrevista con la familia, incidiendo en cada miembro de ésta.

El objetivo de esta sesión es recabar toda la información posible sobre la historia familiar y el comienzo de la anorexia nerviosa en el paciente. El terapeuta elaborará un genograma para poder observar gráficamente la información descrita por los familiares sobre las relaciones entre ellos.

Aunque en la sesión 0 se explicarán los puntos clave generales de la intervención, en esta se insistirá más en establecer unos objetivos realistas y explicar todo lo relacionado con la FBT.

#### *Sesión 2. Psicoeducación familiar*

Esta sesión se llevará a cabo solo con los miembros de la unidad familiar, excluyendo al paciente. Es primordial que estén los padres, y si el paciente tiene hermano/os también deben presentarse.

En FBT, los padres son un pilar fundamental durante el proceso terapéutico, son los encargados de conseguir la estabilización corporal de sus hijos, por lo que es importante dedicar una sesión para explicarles el modo en el que deben actuar.

Es esencial que entiendan que ni los adolescentes ni ellos son los culpables de la aparición ni del mantenimiento de la AN. Deben externalizar la culpa y el sentimiento de causalidad sobre el trastorno, para así trabajar todos en una misma dirección.

La primera fase es la más complicada de todas, donde más dedicación tienen que poner los padres, por lo que es importante recalcarles que durante este período su tiempo y sus vidas van a estar totalmente ocupadas en el cuidado y atención de sus hijos. Al hacerles conscientes de esta gran responsabilidad que tienen, se debe empoderar a los padres, hacerles ver que ellos tienen en este momento el poder sobre todas las decisiones relacionadas con la alimentación de sus hijos.

Aunque tengan un poder y una autoridad, se debe remarcar que siempre debe ser desde una postura empática y afectiva, y que es primordial que eviten cualquier tipo de discusión o enfrentamiento familiar que pueda desestabilizar al paciente durante el proceso.

En el caso de que el paciente tenga hermanos, es principal trabajar con ellos el papel que deben tener. Como todas las tensiones en la familia se van a generar durante las comidas, ya que los padres van a ejercer un poder sobre el paciente, el/los hermanos deben servir de apoyo fuera de este contexto, para que el paciente tenga una figura con la que volcar sus sentimientos y sentirse reforzado.

### *Sesión 3. Diálogo abierto*

El objetivo de esta sesión es que todos los miembros de la familia sean conscientes de las graves consecuencias de la AN. Con esto se pretende que los pacientes perciban de manera muy directa todos los peligros tanto físicos, psicológicos como sociales de la enfermedad, y que los padres se activen y movilicen más en su función de restauración.

La sesión consistirá en un diálogo entre el paciente y sus padres, en el que cada uno de ellos irá diciendo sucesivamente las consecuencias que piensan que puede tener a largo plazo la AN para ellos. El terapeuta mantendrá una posición de observador durante el diálogo, para dejar que los miembros de la familia se expresen libremente; y apuntará en una pizarra las palabras que vayan diciendo los familiares.

Al finalizar el diálogo, el terapeuta reflexionará con todos sobre los peligros que han expuesto, y enfatizará el que no haya críticas ni enfrentamientos entre ellos, ya que como se han mencionado en sesiones anteriores, nadie es culpable de la situación.

#### *Sesión 4. Preparación para las comidas*

En esta sesión se elaborará, con la ayuda del terapeuta, una planificación de las comidas. En esta fase de la intervención, los adolescentes deben realizar todas las comidas del día acompañados de sus padres, no pueden comer todavía fuera del domicilio. Por ello, se debe elaborar un guion de actuación en las comidas.

En primer lugar, los familiares explicarán al terapeuta el procedimiento que siguen ellos en las comidas con el paciente, y el especialista les corregirá las conductas erróneas y les enseñará lo que deben hacer. Como se ha mencionado anteriormente, los padres tienen el control sobre la alimentación de sus hijos, por lo que deben elegir los alimentos de cada día, elaborar la comida, y servirla. Además, tienen que quedarse acompañando a su hijo en todo momento hasta que termine de comer, y siempre animarle a comer un poco más, así como reforzarlo cuando lo haga. Es muy probable que se produzcan situaciones de ansiedad y crisis en el paciente a la hora de la comida, por lo que los padres deben ofrecer siempre un clima de paz y estabilidad, e intentar calmar y lanzar un mensaje positivo a su hijo en esos momentos.

Es muy importante que el paciente tenga una estabilidad y regularidad en la alimentación, para así detener las conductas problemáticas que mantienen la AN.

#### *Sesión 5. La escenificación*

Esta sesión se trata de una comida in vivo, en la que la familia interactuará como lo haría de forma habitual según lo aprendido en la sesión anterior. De esta manera, el terapeuta podrá observar y modificar los posibles errores que sigan cometiendo, para conseguir una experiencia más funcional. Además, motivará y apoyará a la familia por sus esfuerzos y avances en el momento de las comidas.

La escenificación se realizará en una sala habilitada con los recursos pertinentes para poder llevar a cabo una comida entre los familiares.

#### *Sesión 6. Evaluación del proceso*

La sexta sesión es la primera de la segunda fase, que comenzará cuando el peso y los comportamientos del paciente se hayan regulado, exista un incremento del consumo alimenticio, y el estado de ánimo familiar sea estable. Por ello, el paciente debe tener un peso por encima del 90% esperado para su edad y sexo.

Esta fase se va a basar en devolver progresivamente su independencia y el control sobre su alimentación al adolescente. Por eso, esta sesión se realizará con todos los miembros de la familia, para analizar y reflexionar sobre los avances conseguidos hasta el momento, y comentar los objetivos de las próximas sesiones.

En primer lugar, se debe felicitar a la familia y sobre todo al paciente, por los progresos en cuanto al aumento de peso; y empatizar con la batalla interna que arrastran.

Además, se realizará una evaluación conjunta sobre lo que se lleva de proceso. Cada integrante de la familia tendrá que decir aspectos positivos que hayan sacado tras haber comenzado con la terapia. El terapeuta se encargará de enfatizar la reducción del estado de angustia familiar al haber conseguido el objetivo del aumento de peso.

Por otro lado, se explicará el modo de actuación en esta nueva fase, brindando una mayor independencia al paciente, siempre y cuando cumpla con el objetivo del aumento de peso.

#### *Sesión 7. Terapia narrativa*

En esta fase de la intervención también es importante trabajar otros aspectos familiares ajenos a la AN. Por ello, en esta sesión se aplicará la terapia narrativa para tratar las relaciones familiares y las dificultades que hayan vivido. Esto ayudará a reforzar el vínculo entre todos los miembros, tanto para superar la enfermedad como para después.

Se trata de un proceso conversacional en el que cada miembro de la familia construye historias sobre sus vidas, sobre las vivencias que ha tenido dentro de la familia, antes y durante la llegada de la AN. De esta manera, el terapeuta podrá observar la manera en la que cada familiar da sentido a sus experiencias desde un punto de vista diferente cada uno de ellos.

#### *Sesión 8. Nuevos pasos*

Esta sesión va dirigida a los padres, para proporcionarles unas pautas claras sobre cómo tienen que actuar.

En primer lugar, deben saber que tendrán que reducir el control que tenía hasta ahora sobre la alimentación de sus hijos. Hasta el momento eran ellos los que elegían y servían los alimentos, pero ahora el paciente podrá escoger ciertos alimentos. Además, dependiendo de la edad del adolescente, los padres les proporcionarán una mayor libertad

para que comiencen a realizar otro tipo de actividades sociales y vuelvan a la vida normal progresivamente.

Deben motivar constantemente a sus hijos para que tengan un mayor control y responsabilidad sobre su alimentación. Ya no será necesario que los acompañen en todas las comidas, y podrán empezar a tomar el almuerzo en el descanso escolar con sus amigos y sin la supervisión de un tutor. Todo esto estará asociado a los avances que se vayan dando.

#### *Sesión 9. Comida en el exterior*

Esta sesión tiene el objetivo de preparar al paciente para una comida en el exterior con sus amigos, sin que estén sus padres presentes. Aunque como se ha mencionado en la sesión anterior, el paciente ha comenzado a realizar actividades de manera más independiente, como almorzar sin supervisión en el recreo escolar, esta actividad va un poco más allá, ya que se basa en una comida completa en algún bar o restaurante.

El terapeuta dará pautas al adolescente para aprender a gestionar las emociones negativas que pueda sentir en el momento de la comida, ya que, al estar acostumbrado a estar acompañado y reforzado constantemente en las comidas por sus padres, el estar alejado de ese contexto le puede generar cierta sensación de malestar y ansiedad. Se trabajarán técnicas de relajación.

Los padres estarán presentes durante toda la sesión para animar al paciente con el siguiente reto que se le presenta.

#### *Sesión 10. Nuevos comienzos*

Esta sesión dará comienzo a la tercera y última fase, centrada en trabajar nuevos aspectos, dejando atrás la AN.

Se trabajará con el paciente el impacto que ha provocado la llegada y duración de la AN en su vida, y por consecuencia la influencia que ha tenido en el desarrollo de su identidad en la etapa de la adolescencia. Para ello, el paciente, con ayuda del terapeuta, realizará un diagrama sobre su vida, para examinar los cambios y situaciones más importantes que ha tenido a lo largo de su ciclo vital.

Una vez se haya trabajado esto, la sesión irá encaminada a tratar nuevas preocupaciones futuras, que ya no guardan relación con la AN. El objetivo principal es

que el paciente consiga su autonomía personal, por lo que se reforzará el hecho de que comience a realizar todas las actividades de manera independiente. El trabajo se centrará en organizar tareas de la vida cotidiana, como llevar al día los estudios, quedar con los amigos, resolver conflictos de manera satisfactoria o cualquier nuevo desafío que se proponga el paciente.

#### *Sesión 11. Vínculo familiar*

Es clave que, llegados a este punto, la autonomía del paciente sea casi total. Por lo que es muy importante fijar unos límites claros entre los padres y los hijos. Durante todos estos meses los padres habrán estado muy pendientes de sus hijos, pero ahora es el momento de eliminar completamente ese control, ya que el paciente habrá demostrado estar prácticamente recuperado. Unido con esto, se trabajará para que los padres fortalezcan su vínculo de pareja, que podrá haberse descuidado durante todo este proceso.

Por último, en una actividad de lluvia de ideas, toda la familia propondrá tácticas para mejorar tanto la independencia del paciente como para reforzar la vida familiar, como por ejemplo ir todos al cine, preparar una excursión, etc.

#### *Sesión 12. Reflexión final*

Esta última sesión de FBT estará centrada en reflexionar todos los miembros de la familia sobre el proceso tan duro que han superado y valorar ese trabajo en el que todos han aportado algo. El terapeuta les felicitará por el esfuerzo durante todos esos meses y les aconsejará que siempre fomenten la comunicación entre ellos para evitar posibles riesgos futuros. Este proceso, aunque haya sido muy difícil, les ha fortalecido como familia.

En esta sesión, el terapeuta pasará la evaluación postratamiento al paciente, para observar las mejorías y eficacias de la terapia.

Por último, explicará a todos los miembros de la familia las revisiones después de finalizar el tratamiento, que serán a los seis y a los doce meses.

## **Anexo 2. Sesiones de terapia de exposición al espejo**

### *Sesión 0. Presentación*

La primera sesión tiene el objetivo de presentar el programa tanto a los pacientes como a sus familias. Todos ellos conocerán a los psicólogos encargados del programa, tanto los especializados en FBT como en terapia de exposición al espejo. Además, se indicarán los contenidos fundamentales y las actividades del programa, las fechas de cada sesión y el procedimiento que tienen que seguir.

En esta sesión también se registrará el IMC de cada paciente y se pasará el cuestionario EDE-Q que se devolverá y comparará al final de la intervención.

Es importante recalcar que, al comienzo de cada sesión, se tomará el peso del paciente para ver su evolución.

### *Sesión 1. Introducción*

Esta primera sesión de terapia de exposición al espejo se centrará en explicar los objetivos básicos del tratamiento. El terapeuta explicará que se va a tratar de cinco sesiones en las que el paciente se expondrá sistemáticamente a un espejo para conseguir disminuir la ansiedad e inquietud provocada por su propia imagen corporal. Se pretende conseguir un autocontrol sobre los pensamientos acerca de la imagen propia.

El paciente contará las expectativas que tiene en cuanto al programa y las dudas que le puedan surgir se resolverán.

### *Sesión 2. Primera exposición*

Antes de la exposición al espejo, el terapeuta pedirá al paciente que detalle el uso habitual que hace del espejo, así como las situaciones que provocan que se observe en él como las consecuencias inmediatas de ello, como por ejemplo restringir la alimentación.

Tras esto, el terapeuta enseñará el espejo al paciente, que será de cuerpo entero y con triple cristal. El ejercicio consistirá en que el paciente se describa físicamente empezando por la cabeza hasta los pies mirándose al espejo. En esta primera sesión, el terapeuta se colocará detrás de un cristal unidireccional, para que el paciente pueda realzar el ejercicio sin ningún tipo de presión ni distracción.

Además, el paciente deberá describir cada parte de su cuerpo por igual, sin saltar ninguna zona, pero tampoco deteniéndose mucho. El terapeuta explicará al paciente que deberá intentar describirse sin utilizar un lenguaje peyorativo. Tras la exposición, que durará diez minutos, el paciente y el terapeuta comentarán los sentimientos y sensaciones que ha tenido.

### *Sesión 3. Segunda exposición*

En esta sesión, a diferencia de la anterior, el paciente se expondrá al espejo con una vestimenta más ajustada al cuerpo, para así conseguir eliminar paulatinamente la evitación de la imagen corporal propia de los pacientes. Además, la exposición durará quince minutos.

En esta ocasión, el terapeuta pedirá al paciente que intente fijar su atención en partes del cuerpo que le resulten atractivas y agradables a la vista. Deberá definir las emociones positivas que le provoca e intentar generalizarlas hacia el resto del cuerpo. El objetivo es que el paciente no tenga una visión fraccionada del cuerpo, sino que lo vea como un todo.

### *Sesión 4. Tercera exposición*

Como cada vez las exposiciones son más largas, en este caso durará veinte minutos. Durante la exposición, se comentarán tanto las emociones positivas como las negativas.

Al finalizar la exposición, se trabajará el autocontrol del paciente tanto dentro de la terapia como en casa. El terapeuta dará unas pautas para mejorar su control, y así conseguir disminuir las conductas problemáticas de comprobación, como pellizcarse, medirse o pesarse; y las conductas de evitación, como utilizar ropa ancha.

### *Sesión 5. Cuarta exposición*

La exposición al espejo en esta sesión durará veinticinco minutos y el paciente deberá realizarla en ropa interior. Con esto se pretende que el paciente cada vez se encuentre más cómodo con su cuerpo, por lo que la dificultad de la exposición irá aumentando progresivamente conforme se observen avances y mejorías.

Se seguirá trabajando la generalización de las emociones positivas y la disminución cada vez más notable de las negativas. Las personas con AN se centran

normalmente en algunos puntos de su cuerpo que son detectados como desagradables y vergonzosos para ellos, por lo que redirigir su atención hacia otras partes que no tenían en cuenta ayudará a que estos sentimientos negativos cada vez sean menores.

#### *Sesión 6. Quinta exposición*

Esta última exposición tendrá una duración de treinta minutos y también se realizará en ropa interior. Con el paso de las sesiones, el paciente conseguirá habituarse a los sentimientos de incomodidad, vergüenza y rechazo por el propio cuerpo, por lo que la emoción negativa se reducirá.

Tras la exposición, el paciente y el terapeuta tendrán una reflexión final en la que se enfatizará la falta de visión positiva que tenía el paciente sobre su cuerpo, y el engrandecimiento de las emociones negativas. Con la terapia, el paciente habrá conseguido unas herramientas que le permitirán tener en cuenta otra perspectiva diferente sobre sí mismo mucho más justa y tolerante.

Para finalizar, el terapeuta le pasará al paciente los cuestionarios pertinentes para corroborar la mejora de los síntomas. Además, se explicará al paciente que habrá un seguimiento a los seis y a los doce meses postratamiento.