

Artículo de investigación

Familia y trastornos de la conducta alimentaria

Analía Verónica Losada¹

Carola Bidau¹

Correspondencia

analía_losada@yahoo.com.ar

Filiaciones institucionales

¹Pontificia Universidad Católica Argentina

Resumen

La diversidad y la complejidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se debe a la interacción entre los factores socioculturales, psicológicos, biológicos y familiares. Los grupos familiares pueden intervenir en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Esta investigación de revisión teórica busca analizar asimismo el rol de las familias en los procesos de superación, conformándose como una herramienta de los tratamientos. Se concluye el artículo ponderando y alentando a la participación de estos grupos primarios reduciendo los tiempos de procedimiento.

Palabras clave

familia | trastornos de la conducta alimentaria

Cómo citar

Losada, A.V. y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 16, 30-49. doi: 10.24215/2422572Xe004

DOI

10.24215/2422572Xe004

Recibido

11 sep. 2017

Aceptado

4 dic. 2017

Publicado

22 dic. 2017

Editor

Nicolás Alessandrini | Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España)

ISSN

2422-572X

Licencia

© Copyright: Losada, A.V. y Bidau, C. Este trabajo se distribuye bajo una licencia de Cultura Libre [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Entidad editora

RevPsi es una publicación de la Facultad de Psicología (Universidad Nacional de La Plata, Argentina)



ACCESO ABIERTO
DIAMANTE

Família e transtornos alimentares

Resumo

A diversidade e complexidade dos efeitos dos distúrbios socioculturais, psicológicos, biológicos e familiares. Grupos familiares podem intervir no desenvolvimento de transtornos alimentares. Esta pesquisa de revisão teórica busca analisar o papel das famílias nos processos de melhoria, configurando-se como uma ferramenta dos tratamentos. O artigo conclui ponderando e incentivando a participação desses grupos primários, reduzindo os tempos de procedimento.

Palavras-chave

família | transtornos alimentares

Family and eating disorders

Abstract

The diversity and complexity of the effects of sociocultural, psychological, biological and family disorders. Family groups can intervene in the development of eating disorders. This research of theoretical revision seeks to analyze the role of families in the processes of improvement, conforming itself as a tool of the treatments. The article concludes by weighing and encouraging the participation of these primary groups by reducing procedural times.

Keywords

family | eating disorders

Aspectos destacados del trabajo

- Se rescata el valor de la interdisciplinariedad para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.
- La intervención familiar es central para el desarrollo de tratamientos y la toma de control en el reestablecimiento del peso de los enfermos.
- Esta revisión analiza artículos científicos y conceptuales teniendo en cuenta múltiples factores.
- Se alienta la consideración de la psicoterapia focal individual de insight y el trabajo sobre la imagen corporal.

Delimitación del objeto de estudio

El presente análisis busca visualizar el papel de los grupos familiares en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tales como Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).

La alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana, adquiriendo un valor central en vida biológica, social, psicológica, simbólica, económica, religiosa y cultural (*Valle y De la Cruz Sánchez, 2011*). Sin embargo, puede transformarse en un problema (*Aguinaga, Fernández y Varo, 2009*).

La diversidad y la complejidad de los TCA, se debe a la interacción entre los factores socioculturales, psicológicos, biológicos y familiares (*Aguinaga et al., 2009*), comprometiendo la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales; además de tener consecuencias físicas (*Marín, 2002*).

- Factores socioculturales: el creciente prejuicio sobre la gordura y la delgadez. A través de estudios epidemiológicos se ha demostrado un aumento en las tasas de prevalencia, incidencia y precoz aparición de AN y de BN (*Rodríguez Santos, Antolín Gutiérrez, Vaz Leal y García Herraíz, 2006*).
- Factores psicológicos: el eje central de esta patología es la distorsión de la imagen corporal. Durante el transcurso de esta enfermedad se observan conductas compensatorias, o estrategias dirigidas al control del peso. También se puede hablar de un síndrome cognitivo conductual, de la presencia de sentimientos de incompetencia, falta de autonomía y baja autoestima centrada en la percepción negativa del propio cuerpo, déficits en el autocontrol, menor asertividad, mayor inhibición para manifestar los sentimientos y tendencia a evitar situaciones sociales que impliquen relaciones interpersonales (*Aguinaga et al., 2009*).

- Factores de predisposición biológica: el sistema neuronal estará implicado en la regulación del apetito y del estado del ánimo (*Spangler y Allen, 2012*). El desarrollo neuronal y la plasticidad sináptica serán marcadores biológicos de esta enfermedad (*Mercader et al., 2007*).
- Factores familiares: al ser la familia entendida como el grupo natural del ser humano, se la describe como un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional (*Delgado Cruz, Naranjo Ferregut, Camejo Macias y Forcelledo Llano, 2002*). Es importante tener en cuenta que la misma es uno de los pilares más valiosos de la vida psíquica de la persona. La familia se entiende como un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, en constante transformación y que permanentemente interactúa con otros grupos de la sociedad y se acomoda a sus demandas y propuestas (*Rodríguez Ceberio, 2006*). A diferencia de las familias con un sistema cerrado y rígido típico de las familias con TCA. Cabe aclarar que la familia suele representar un estereotipo estructural y funcional determinado, y ante el cual conviene tener en cuenta que el paciente vivirá con ésta y dependerá de la misma (*Chandler, 2005*).

Antiguamente se hablaba de tratamientos diversos, desde psicofármacos, la insulino-terapia, y la interacción “carcelaria” con alimentación forzada, hasta el psicoanálisis. Pero hoy en día no se piensa simplemente en superar el síntoma de la restricción alimentaria, sino que se delibera en un criterio interdisciplinario. Este tratamiento es de orden pragmático y orientado a corregir las anormalidades anatómicas y funcionales que los pacientes manifiestan. Se considera de gran importancia explicarles, tanto al paciente, como a su familia los objetivos de la terapia, como también el diagnóstico, el pronóstico y el curso terapéutico a seguir (*Chandler, 2005*).

Salgueiro y Kirszman (2012) sintetizan las modalidades terapéuticas con mejores resultados, ya que son aquellas que reflejan la complejidad y focalizan la diversidad de los factores involucrados. Teniendo en cuenta que estas patologías se caracterizan por: la gravedad de la sintomatología asociada; elevada resistencia al tratamiento; riesgo de recaídas; por su alto grado de comorbilidad con el abuso de drogas, depresión, falta de habilidades sociales; y con la baja autoestima social y corporal (*Le Grange, Lock y Dymek, 2003*); además de los síntomas depresivos, ansiedad y alteraciones en el funcionamiento social e intentos de suicidio (*Pelaéz Fernández, Labrador Encinas y Raich Escursell, 2005*). La intervención familiar está en el primer lugar de elección para los tratamientos de los TCA, con resultados muy prometedores (*Salgueiro y Kirszman, 2012*). Eisler (2005) resalta la efectividad en cuanto al tratamiento en sí y, en cuanto a la baja probabilidad de reincidencia en pacientes adolescentes. Sin embargo, el autor sostiene que pueden observarse ciertas limitaciones en este

modelo, sobre todo al tratarse de adultos.

Los síntomas de estos trastornos son forjados para mantener los procesos patológicos familiares como los conflictos, fracasos, rigidez, o la sobreprotección. Se encuentran ciertas estrategias ideadas para intervenir con la familia, además de varias técnicas diferentes a tener en cuenta (*Lock y Le Grange, 2005*). Selvini Palazzoli (*1978*) es quien habla de la observación por parte del terapeuta hacia la familia en cuestión, llamado el Modelo Maudsley. La importancia de este nuevo modelo es que los pacientes con AN que efectúan el tratamiento familiar obtendrán mejores resultados, que aquellos pacientes con tratamientos individuales (*Salgueiro y Kirszman, 2012*).

En general, el tratamiento familiar para la AN ha recibido mayor atención que para la BN. No obstante, cabe aclarar que los pacientes que trataron su BN con este método no fueron demasiados, y tampoco fueron seguidos por mucho tiempo (*Le Grange et al., 2003; Lock, Le Grange y Crosby, 2008*).

La intervención familiar promueve la implicación de los padres al tratamiento, y la toma de control en el reestablecimiento del peso de los enfermos. El modelo enfatiza la importancia de implicar a los padres durante el tratamiento por las herramientas con las que los mismos cuentan para la mejoría de estos (*Salgueiro y Kirszman, 2012*). Lock y Le Grange (*2005*) sintetizan el modelo Maudsley, sugiriendo cambios a proceder para la mejoría tanto del paciente, como de la familia. Esta técnica incluye una comida familiar, ofreciendo una oportunidad para el terapeuta de observar y poder dirigir a los padres. Se perciben así las áreas problemáticas a tratar.

Durante el tratamiento de una AN el fortalecimiento de los padres se da en orden a reeducar a sus hijos, en cuanto a su alimentación. Mientras que el de una BN, será asistir a sus hijos para que los mismos puedan ganar el control sobre la alimentación y prevenirlos en cuanto a los atracones y purgas (*Le Grange et al., 2003*). El curso de las intervenciones familiares se verá modificado de acuerdo a las problemáticas que acarreen las familias (*Salgueiro y Kirszman, 2012*). Los objetivos de éste método son: ayudar a la familia a recuperar sus habilidades y competencias; focalizarse en el control sintomático al inicio del tratamiento; movilizar a la familia como agente de cambio y co-partícipe de la promoción de salud; estimular esperanza, confianza y empatía; externalización de la enfermedad para reducir las acusaciones y críticas hacia el paciente; socorrer a la familia a los fines de sostener trayectorias funcionales en la transición adolescente; y encarar las dimensiones de la realidad familiar (*Le Grange et al., 2003*). Este abordaje terapéutico interdisciplinario y basado en el vínculo humano con el paciente consiste en la supresión de los síntomas urgentes, en el marco del sostén emocional adecuado. Cuando el mismo esté en marcha, será conveniente complementarlo con psicoterapia focal individual de insight, trabajo a nivel de la imagen corporal y con respecto a las relaciones familiares (*Chandler, 2005*).

Otros autores, sugieren líneas terapéuticas dirigidas a los aspectos cognitivo-afectivos, es decir hacia las actitudes y creencias sobre la alteración de la imagen corporal de los pacientes. Estos deben contar con una intervención específica sobre

la imagen corporal, centrándose en ciertas dimensiones actitudinales, tales como la propia evaluación de su cuerpo, autoesquemas y la afectividad hacia el propio cuerpo según situaciones concretas. La duración de esta debe ser prolongada y continuada (Sepúlveda, Botella y León, 2001). Los cambios cognitivos resultan positivos en cuanto reducen las dietas moderadas, y las reducciones de los atracones y las purgas. Le Grange et al. (2003) resaltan los buenos resultados de la terapia cognitiva en pacientes adultos con BN. De hecho, la reconocen como una terapia especial para esta patología tan difícil de tratar. Pero, cabe aclarar que luego de unos ocho o doce meses de tratamiento, tendrán los mismos resultados que una terapia interpersonal. Sin embargo, según los autores, en los adolescentes no resultará tan efectiva como la terapia familiar.

Objetivo

Analizar el papel de la familia en el desarrollo del TCA en un miembro y en el transcurso de su tratamiento.

Metodología

Este análisis se trató de una revisión bibliográfica, donde se relacionaron y analizaron artículos científicos y conceptuales (Montero y León, 2011). Se buscaron las siguientes palabras claves: “Desordenes de la Conducta Alimentaria”, “Trastornos de la Conducta Alimentaria”, “Anorexia Nerviosa”, “Bulimia Nerviosa”, “Terapia Familiar”, “Familia”, “Dispositivo Terapéutico”, “Fundamentos Teóricos de la Terapia Familiar”, “Objetivos de la Terapia Familiar”, “Fases de la Terapia Familiar” e “Intervenciones de la terapia Familiar”. Como fuente de información las siguientes bases de datos como: Google Académico, SciELO, EBSCO y Biblioteca Virtual de la Salud. Además, libros basados la temática de las terapias familiares y TCA. Las categorías de análisis que se utilizaron fueron: los factores socioculturales, psicológicos, biológicos y familiares; el funcionamiento familiar en el desarrollo del trastorno y en el proceso terapéutico; y los objetivos, fases e intervenciones utilizadas en los tratamientos familiares sistémicos en los TCA.

Trastornos de la conducta alimentaria

La AN se caracteriza por la aparición de una tríada sintomática: el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal para la edad y talla del paciente; asociado al miedo a subir de peso; y alteraciones psicológicas tales como distorsiones en la imagen corporal y de peso, y alteraciones fisiológicas como la amenorrea (Allegue, 2009). La palabra anorexia proviene del griego “anorektous” que quiere decir en español “falta de apetito”. Etimológicamente está formada por el prefijo “an” que se traduce como negación, y “orexis” como apetito. Por lo tanto, se entiende como “sin apetito” o, “pérdida de apetito”. Mientras que el prefijo “nerviosa” habla del origen psicológico de la misma (Marmo y Losada, 2013).

La BN se describe por la aparición de otra tríada: atracón, purgas y ayuno. El paciente padece compulsiones alimentarias seguidas de conductas compensatorias de tipo purgativo como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o diuréticos; o no compensaciones de tipo purgativos como actividad física extenuante y ayunos extremos (*Allegue, 2009*). La palabra bulimia proviene del griego “bus” que quiere decir buey, y “limos” hambre; por lo que se traduce como “hambre de buey” (*Marmo y Losada, 2013*).

Estas patologías presentan fachadas clínicas muy estereotipadas, pero esconden una gran diversidad psicopatológica, contrayendo un proteiforme síndrome. Esto las ubica como patologías de sencillo reconocimiento clínico, de modo tal que sus diagnósticos resultan fiables, lográndose un alto consenso diagnóstico. Irrumpen, generalmente, en un momento crítico de la evolución de los sujetos, durante la adolescencia. Momento de crisis vital donde surgen típicas problemáticas de identidad, del cuerpo, de ideales, de dependencia; y conflictivas que son compartidas por los jóvenes que padecen TCA. Estos trastornos, hicieron eclosión en las últimas décadas en la cultura occidental, aumentando considerablemente su frecuencia desde 1970 (*Allegue, 2009*).

Las manifestaciones características de la patología en cuestión, giran en torno a dos ejes: el de la imagen corporal, y el objeto alimentario (*Allegue, 2009*). El inicio es diferente para todos, causado por algún comentario de un familiar o amigo, los innumerables ataques de los medios de comunicación y la constante búsqueda de aceptación en un círculo social (*Osorio Hernández, 2009*).

Los TCA tienen la peculiaridad de ser trastornos psicopatológicos de etiología multicausal. El riesgo de enfermar nace de una combinación de factores específicos de riesgo, relacionados con esta enfermedad señalada y factores generales de riesgo, relacionados con varios trastornos psicopatológicos. La suma de riesgos, por un efecto acumulativo, aumenta la posibilidad de enfermar. Estos factores son, los biológicos, del desarrollo, individuales y socioculturales (*March, 2006*). Se trata de desórdenes multifactoriales, sobre determinados causalmente. Constituyen un complejo síndrome sociopsiconeuroendocrino: vulnerabilidad somática, proceso narcisizador fallido, familias disfuncionales, sociedades postmodernas; en síntesis, lo heredado y lo adquirido tejen singulares tramas clínicas en cada paciente. La interacción particular de estos factores predispone, precipita y perpetúa a los mismos (*Allegue, 2009*). Esta problemática ha existido a lo largo de toda la historia, sin embargo, de forma clínica y etiológicamente diferente (*Marmo y Losada, 2013*).

Los TCA se constituyen como el resultado de una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales. Además, asumen diferentes modos de ser, así como también difieren modalidades de intervención. Justamente las modalidades con mejores resultados son aquellas que reflejan esta complejidad y focalizan la diversidad de los factores involucrados. La intervención familiar está en el primer lugar de elección para los tratamientos de los TCA, con resultados muy prometedores. Se detectan ciertas diferencias entre las familias de pacientes recuperados y las de los no-

recuperados. Es decir que, se distinguen qué tipo de familias responden mejor a cada tipo de tratamiento (*Salgueiro y Kirszman, 2012*).

Estas pacientes presentan frecuentemente antecedentes de maltrato infantil, abuso físico o sexual (*Allegue, 2009*). Losada (*2009, 2011*) describe modelos de vulnerabilidad previa para estas patologías. Encuentra un factor de riesgo como condición que aumenta la probabilidad de producir un desajuste psicosocial. Este factor es el del abuso sexual, cuyas consecuencias no solo son los diferentes TCA, sino también trastornos somáticos como el trastorno en el sueño; y podría comprometer además aspectos del desarrollo de los individuos. Le Grange et al. (*2003*) agregan que este tipo de condiciones tendrá mayores repercusiones en el desarrollo de la BN. Coexisten otros factores psico-sociales de riesgo, como es la presencia de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de depresión; abuso de drogas en los padres o alcoholismo; obesidad premórbida y otros TCA; críticas recibidas en cuanto el aspecto físico y la alteración de la imagen corporal en las mujeres adolescentes (*Allegue, 2009; Pelaéz Fernández et al., 2005*).

Familia

La familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros que debe apartarse a la sociedad y posibilitar la continuidad de la cultura (*Losada, 2015*).

Delgado Cruz et al., (*2002*) señalan que la vida y forma de los grupos familiares se hallan condicionadas por el régimen económico social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto. Las familias se mantienen en constante desarrollo y transformación.

A partir de los años '70 y '80, el concepto de ciclo vital familiar se convirtió en uno de los grandes temas en el campo de la terapia familiar. Todas las familias experimentan cambios. Estos cambios se ajustan a un patrón previsible: etapas, transiciones o crisis. Es importante aclarar que no es la simple suma de vivencias propias de cada miembro de la familia. Es la familia la que cambia y evoluciona. Esta visión holística no intenta negar cierta complejidad individual de cada parte, pero si resaltar aquella dimensión donde se relaciona el proceso evolutivo con las conexiones entre personas y generaciones (*Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994*).

No queda duda que la familia actúa como un factor etiológico, o mantenedor debido a su funcionamiento cuando se habla de TCA. Sin embargo, ésta también puede actuar como factor protector. Se observan ciertas habilidades para evitar los factores de riesgo. Un contexto familiar positivo, se asocia a una menor vulnerabilidad y a una mayor protección social (*Ruiz Martínez et al., 2009*). Es importante destacar a la familia como portavoz del discurso cultural y científico de su contexto socioeconómico (*Panzitta, 2009*).

La familia interviene en el aprendizaje de la función alimentaria y en la integración de la imagen corporal. Es importante resaltar que, en el condicionamiento de la función alimentaria, cuando la madre responde a las señales que indican una necesidad

nutricional en el niño ofreciéndole el alimento apropiado, el niño desarrolla el anagrama de hambre y aprende así a reconocerlo y a distinguirlo de otras necesidades y tensiones. En cambio, si las respuestas de la madre resultan mal adaptadas el niño caerá en una confusión, y será incapaz de hacer la discriminación entre hambre y saciedad. Estas dificultades entre la madre y el niño, no se reducen a este vínculo sino que son parte de una determinada configuración familiar (*Panzitta, 2009*).

Funcionamiento familiar en el desarrollo del trastorno

Minuchin, Rosman y Baker (*1978*) distinguen cinco características predominantes de interacciones que mantienen la somatización en estas patologías: el aglutinamiento, una extrema forma de proximidad e intensidad en las interacciones familiares; la sobreprotección reflejada en un alto grado de preocupación que los miembros de la familia tienden al bienestar de los otros; rigidez, caracterizada por una necesidad de mantener el estatus quo; evitación de conflicto y; la involucración de los hijos en los conflictos parentales o maritales a través de la triangulación (*Cruzat, Ramirez, Melipillano y Marzolo, 2008*). Estos se encuentran en estrecha relación con otros dos factores: el desplazamiento de los hijos de una posición relativamente periférica de la familia a una posición de centralidad absoluta; y la prolongación creciente de la etapa de dependencia de los hijos con respecto a sus padres (*Selvini Palazzoli, Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1998*).

Existe cierta rigidez como constantes intentos de mantenerse sin realizar los cambios necesarios para la familia (*Sarason y Sarason, 1996*). Más aún la falta de conciencia del problema en cuestión que mantiene la misma, cronificando y perpetuando así el conflicto (*Cruzat et al., 2008*).

Las dificultades familiares aparecen al no poder solucionar ni afrontar las tareas evolutivas normales, y tampoco adaptarse a los nuevos requerimientos que el sistema requiere. Minuchin et al. (*1978*) describen al síntoma como un resultado razonable de una falla en la estructura familiar, explicada a través de la confusión de roles y jerarquías, alianzas o coaliciones entre los subsistemas y un deterioro de las funciones ejecutivas (*Losada y Whittingslow, 2013*). Losada (*2011*) agrega algunas características más. Estas son: la desautorización de los mensajes de los miembros entre sí, y la dificultad de los padres para responsabilizarse de sus propios sentimientos e ideas. Así el paciente encuentra en esta patología una forma de expresar su descontento.

En las familias con TCA se observa menor cohesión y flexibilidad, menor expresión emocional y comunicación intrafamiliar y, mayor rechazo y sobreprotección paterna. En éstas familias se les da menor importancia a la autonomía, y a las actividades sociales y culturales; además, se puede percibir un ambiente más deteriorado, acompañado de sentimientos negativos hacia sus miembros. Muchos pacientes se sienten ignorados y no amados por sus madres (*Ruiz Martínez et al., 2010*).

Selvini Palazzoli (*2008*) aclara que los sistemas familiares se mueven por reglas secretas. Estas reglas unen a los miembros de la familia de una forma patológica. Ella no habla

de una tipología, sino que habla de factores de riesgo y factores predisponentes. Estos son: bajo grado de tolerancia a las tensiones conflictivas; y sistemas familiares con límites inestables e intrusivos, hablando física y psico-emocionalmente, entre los miembros de la familia (*Marmo y Losada, 2013*).

Se pueden observar ciertas diferencias entre las familias de pacientes con AN y BN. En el primer grupo se percibe mayor rigidez, dificultad en la solución de problemas, crítica y hostilidad. Estos pacientes pueden apreciar que los demás miembros son cohesivos, generando así problemas en la individualidad de sus miembros, favoreciendo conductas de control (*Ruiz Martínez et al., 2010*).

Según Eisler (*2005*) el tema de la alimentación ocupa casi todos los aspectos de sus vidas. La familia se organiza con respecto a este problema. Se puede comparar con aquellas familias que tienen un miembro con problemas de alcohol o enfermedades físicas. Con el tiempo aumentan las ansiedades, inquietudes y preocupaciones. Cada día se hace más difícil tomar decisiones, y finalmente, será el tema central de las preocupaciones familiares.

Selvini Palazzoli et al. (*1998*) describen un modelo de proceso familiar de seis estadios. Se da un juego entre la pareja parental y la hija con AN. Durante la primera etapa, el padre inflige al otro cierto tipo de provocaciones, pero sin lograr tener una respuesta apropiada. En la segunda etapa se puede observar que la hija se implica precozmente en el juego de los padres. Se ven dos grupos. En el primer grupo se advierte que la joven se somete a la madre, quien a menudo se confía con ella y le revela los sufrimientos que le inflige el marido. Siente así compasión por la madre, aunque es raro que le tenga estima. Llega a la convicción de su propia superioridad moral con respecto a los demás, y de cierto privilegio en la relación con su madre, cosa que le da fuerza para imponerse la obligación de ser intachable. En el segundo grupo se percibe una hija que ha sido siempre la preferida del padre, quien la considera parecida a él. Por otro lado, ella también lo admira, lo cree muy superior a la madre, y encuentra injustificable las condiciones que la misma impone. Con respecto a estos dos grupos, los estadios seguirán sucediendo de dos formas diferentes. En la tercera etapa, mantiene una posición distante de ambos padres. Sin embargo, algunos hechos importantes ocurren con la llegada de la adolescencia. Cambian las percepciones que la hija tenía con relación a los mismos. Con respecto al primer grupo de pacientes, comprende que el corazón de su madre late por otro hermano o hermana. Por lo tanto, se inclinará al lado de su padre. Este período se caracteriza por las relaciones seductoras entre hija y padre. Ella lo siente solo y abandonado y comienza a tomar partido por él, ya que se siente así también. En el segundo caso el vínculo seductivo se acrecienta. Durante la cuarta etapa tendrá lugar la llamada dieta. Aparece un malestar relacional intenso. En el primer caso la hija sentirá el imperativo de diferenciarse de su madre, experimentando aversión ante la idea de parecersele. Toma una decisión por sí misma adecuándose al modelo propuesto por la moda imperante. En cuanto al segundo caso, la decisión de la dieta es el punto de partida para desafiar a la madre. Así la reducción alimentaria se introduce entre

la tríada padre- madre- hija, reforzando el juego parental. La madre es intrusiva, mientras que el padre trata de aplacar el problema. Mientras tanto la enfermedad crece. En la quinta etapa, la joven se sentirá traicionada por el padre. Disminuye su alimentación llevando la enfermedad a niveles absurdos. Sólo así podrá humillar a su madre. En el sexto y último período, el juego familiar continúa a través de las estrategias basadas en el síntoma. La paciente descubre el poder que le confiere el mismo, que le permite reconquistar aquella posición de privilegio de la cual gozaba en su infancia y su preadolescencia (*Selvini Palazzoli et al., 1998*).

Con respecto a las pacientes con BN, son parte de familias hostiles que presentan conductas negativistas hacia las necesidades emocionales de sus hijos, logrando resultados de mayor desintegración y menor dependencia. Estos pacientes perciben un ambiente con bajos niveles de expresión y altos niveles conflictivos. Se observa también, que presentan altos niveles de emoción expresada de manera negativa, dificultando así su cuidado (*Ruiz Martinez et al., 2010*). Se observan como familias con funciones generales más pobres que otras, menos nutritivas y empáticas, con menor calidez o calidad maternal, escasa comunicación con las madres, más conflictos parentales, menor atención y afecto parental, y abuso sexual, físico y emocional, y presencia de negligencia (*Perkins et al., 2005*).

Eisler (2005) describe ciertos aspectos de reorganización en ambos casos. En primer lugar, el síntoma tiende a un rol central en la familia. Cada rol entre sus miembros es definido por los problemas de peso y comida. En segundo lugar, el tiempo se centra en el aquí y ahora con respecto a la ansiedad que se siente en cada comida. En tercer lugar, se puede observar falta de flexibilidad familiar, la cual contribuye al avance de la patología. Muchas familias hacen mucho contra esta enfermedad, sin embargo, sienten un gran temor a la hora de hacer algo diferente para enfrentarla. En cuarto lugar, se puede distinguir que ciertos aspectos familiares son intensificados. Es importante poder distinguir si estos aspectos son el origen del problema, o la manera de adaptarse al mismo. En quinta consideración, se ve que la capacidad de satisfacción disminuye. Es difícil tener en cuenta y cumplir con las necesidades de los demás miembros de la familia. Y, por último, la impotencia y la desesperación, ya que hay una sensación de haber perdido el control de sus vidas. La forma de responder al problema será diferente en cada familia, y en cada miembro de la misma. Tener esto en cuenta es más importante aún que conocer la causa. Ya que, a la hora de comenzar una terapia familiar, el modo en que se manejan será parte de la evolución del problema y pueden estar limitando los intentos de los familiares para ayudar al paciente (*Eisler, 2005*).

Funcionamiento familiar en el desarrollo del proceso terapéutico

Minuchin con el Modelo estructural y Selvini Palazzoli con el Modelo de Milán, incluyeron a los miembros familiares en el abordaje de los pacientes con TCA (*Cruzat et al., 2008*). Coinciden en que las familias tienden a la evitación del conflicto y a la fusión; y a la sobre implicación de los miembros entre sí, generando una violación

constante entre las generaciones (*Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik y Tocilj, 2005*).

La cronicidad de la enfermedad aumenta en las familias con mayor disfuncionalidad, donde predomina la falta de confianza y empatía, cuando aparece bajo nivel de cohesión entre los miembros de la misma, o altos niveles de emocionalidad expresada. Conjuntamente, estos factores limitan el aprovechamiento de los recursos terapéuticos. Sin embargo, podremos ubicar a las familias dentro de un continuo de funcionamiento altamente disfuncional a uno óptimo. Será labor del equipo terapéutico hacer un balance del mismo, y de cada situación particular (*Salgueiro y Kirszman, 2012*). La angustia de la familia puede complicar la crisis del paciente, e incluso al profesional. El problema suele ser más profundo que lo que demuestra la sintomatología. Por lo que para comprender correctamente la crisis es necesario observar: cómo, cuándo y por qué (*Allegue, 2009*).

Antes de los años '70 los TCA, eran considerados como enfermedades psicosomáticas y el tratamiento de los mismos no incluía a la familia. Con el surgimiento de las terapias sistémicas el abordaje terapéutico se modificó. En este nuevo enfoque se busca vincular el síntoma con el entorno. Aquí los síntomas son entendidos como parte de las interacciones que se dan en los sistemas familiares (*Losada y Whittingslow, 2013*). Salgueiro y Kirszman (*2012*) recuerdan que fue Salvador Minuchini, en los años '70, quien incluyó las familias en los tratamientos de TCA, más exclusivamente hablando de la AN.

Losada (*2011*) enumera varios factores protectores como son los factores parentales, familiares y ambientales, además de los hereditarios o genéticos. Los mismos constan de tener un vínculo positivo con los padres, un clima emocional positivo para el desarrollo, aptitudes y habilidades, sentido de vida, sentido del humor y creatividad, entre otros, y el más relevante, corresponde al vínculo afectivo, vivencias afectivas y valores vividos en su espacio de crecimiento familiar. Como ya se ha relatado anteriormente vemos a la misma como causante de la patología, o víctima de la enfermedad, o impedimento, o recuso para un tratamiento.

El no tener en cuenta la conexión entre el síntoma y el contexto puede cronificar la enfermedad. El cuerpo representa al problema familiar (*Rodríguez Vega, 1996*). Desde la perspectiva sistémica, Losada (*2009*) afirma, que la familia no puede ser comprendida sin incluir su historia, mandatos, patrones de adaptación generacionales que constituyen a los mitos, creencias y expectativas y que a su vez influyen en la forma de percepción de una crisis y en la búsqueda de soluciones de esta (*Losada y Whittingslow, 2013*).

Se habla de modelos familiares más focalizados en cuanto a los factores ligados a la recuperación, a movilizar recursos familiares e involucrar activamente a los miembros de la familia (*Salgueiro y Kirszman, 2012*).

Lock y Le Grange (*2005*) y Eisler (*2005*) señalan que los síntomas de estos trastornos son forjados para mantener los procesos patológicos familiares como los conflictos, fracasos, la rigidez, o la sobreprotección. Encuentran ciertas estrategias ideadas para

intervenir con la familia, además de varias técnicas diferentes a tener en cuenta.

Se sugieren líneas terapéuticas dirigidas a los aspectos cognitivo-afectivos, es decir hacia las actitudes y creencias sobre la alteración de la imagen corporal de los pacientes. Estos deben contar con una intervención específica sobre la imagen corporal, centrándose en ciertas dimensiones actitudinales, tales como la propia evaluación de su cuerpo, autoesquemas y la afectividad hacia el propio cuerpo según situaciones concretas. La duración de esta debe ser prolongada y continuada (*Sepúlveda et al., 2001*).

Cabe aclarar que es posible seleccionar distintos abordajes terapéuticos como modelos psicoanalíticos, cognitivo conductuales, sistémicos, farmacológicos y abordajes multidisciplinarios (*March, 2006*). El abordaje terapéutico debiera constituirse de modo interdisciplinario ya que se contemplan el aspecto nutricional, el psicológico o psiquiátrico, el corporal, y se trabaja en forma individual, grupal y familiar (*Panzitta, 2009*). Se habla también de contextos asistenciales, donde se llevan a cabo los tratamientos. Estos son las estancias hospitalarias, tratamientos en hospitales de día, seguimientos de consulta externa y grupos de autoayuda (*March, 2006*).

Se propone un modelo más flexible, donde la familia puede ser o no una indicación, ya que no siempre existe patología en estas familias. De hecho se plantea una revisión de los modelos sistémicos rígidos, proponiendo trabajar sobre tres polos: el síntoma, la familia y la persona (*Vandereycken, 1987*). Así es como la psicoterapia sistémica incluye varias técnicas y herramientas. El modo de utilizarlas es diferente en cada caso, dependiendo la personalidad del sujeto, su familia y el tipo de TCA, como también las particularidades del profesional (*Losada y Whittingslow, 2013*).

Objetivos, fases e intervenciones utilizadas en los tratamientos familiares sistémicos de los TCA

La terapia sistémica incluye varias técnicas y herramientas a la hora de intervenir (*Losada y Whittingslow, 2013*). Desde la perspectiva del trabajo clínico del ciclo vital familiar se toman en cuenta tres puntos a destacar: todas o casi todas las familias atraviesan una crisis evolutiva; el aspecto evolutivo es un factor importante; y es inevitable que las transiciones evolutivas se relacionen con el problema (*Barnhill y Longo, 1978*).

El modelo de Milán, en un principio citó a todos los miembros de la familia, sin embargo, hoy en día se presenta todo aquel miembro de la familia que desea asistir a la terapia. Se puede emplazar de diferentes maneras. La primera a ser señalada es la convocatoria horizontal en el cual asisten los miembros de la familia de la misma generación, es decir padres o grupo de hermanos. La segunda convocatoria, llamada vertical, a la cual asisten miembros de las dos generaciones; y la convocatoria individual. Regularmente, una pareja de terapeutas inicia la sesión mientras el resto del equipo observa a través de un espejo que los separa de la familia en cuestión. La sesión puede ser interrumpida por los terapeutas, tanto como por el grupo detrás

del espejo, quienes forman el equipo de supervisión. Al final de la sesión el equipo se reúne con los terapeutas para discutir sobre los comportamientos recientemente observados con relación al síntoma. A partir de una hipótesis sistémica se pone en marcha una intervención final (*Boscolo y Bertrando, 1996*). Se indica que, para este tipo de terapia, se requiere cierta capacidad de adoptar una posición de escucha activa y empática hacia los pacientes. Además, en requerido sentir curiosidad y ser positivos es decir, estar constantemente atento a las ideas, palabras y emociones. Un principio de suma importancia es poder mantener una visión circular o más bien espiral de los eventos junto a la linealidad del sentido común, implicando esto, a renunciar y considerar un evento como causa suficiente de otro. La circularidad consiente en establecer diferentes relaciones, creencias, mandatos, alianzas para poder encontrar los patrones y las tendencias familiares disfuncionales (*Boscolo y Bertrando, 1996; Pereira Tercero y Keruz Smolinski, 2009*). Es necesario tener conciencia del poder en relación terapéutica. En los vínculos del paciente con sus sistemas de referencia y los roles genéricos, y de que su lectura propuesta al interior de un contexto terapéutico no es objetiva para poder mantener cierta distancia y autonomía de sus propias lecturas (*Boscolo y Bertrando, 1996*). Es decir que, el terapeuta necesita neutralizar cualquier tipo de alianza o coalición (*Pereira Tercero y Keruz Smolinski, 2009*).

El profesional debe tener bien definidos la teoría terapéutica, experiencia, sus perjuicios y los objetivos a alcanzar con respecto al paciente en cuestión. Su objetivo principal es entonces, crear un contexto relacional donde aprenderá a aprender. Se trata de explorar el contexto en el cual vive la familia. Se busca así, el sistema que se organiza alrededor del problema: eventos, significados y las acciones que se han organizado en torno a ellos; también las relaciones con sus entornos significativos, los cuales contribuyen al mantenimiento y a la evolución de los problemas (*Boscolo y Bertrando, 1996*).

La primera sesión es llamada de evaluación, ya que es puramente diagnóstica. Se presenta toda la familia. Generalmente es una sesión más larga que las demás, ya que dura aproximadamente dos horas, mientras que las otras duran una hora y media. Durante la misma, se examinan los sistemas significativos y cómo se han desarrollado en el tiempo en relación con el problema. En este espacio, el terapeuta debe dilucidar qué ha llevado a la persona a terapia, a su familia, y porqué habría buscado esta ayuda de esta manera. Por lo tanto, se busca recolectar información sobre la reciente problemática. Será necesario averiguar sobre la urgencia e influencia de las circunstancias y del momento en el cual ha aparecido; también sobre el lugar, el tiempo y las personas. Es interesante averiguar sobre los intentos pasados por solucionar el problema presente. Cada miembro de la familia encuentra distintos significados del inconveniente en cuestión, el porqué y el cómo. Es significativo explorarlo. Del mismo modo, se indagan los efectos de los problemas sobre las relaciones al interior de la familia. Cuando la sesión esta por terminar se indaga aun más, por medio de las preguntas a futuro. Finalmente, se presenta el contrato terapéutico para poder seguir trabajando (*Boscolo y Bertrando, 1996*).

La técnica esencial esta constituida por ciertas preguntas, entregando al paciente la tarea de atribuir los significados de cuánto ha dicho. Entre las mismas existen las preguntas circulares, orientadas al futuro y las hipotéticas. Las primeras constan en preguntas sobre distintas situaciones a un miembro de la familia sobre otros miembros de esta, para escuchar y comprender cierta información. Sirven para poder entender el sistema familiar, como son los mandatos, las normas, modalidades de vinculación, alianzas, roles, afectividad y comunicación (*Boscolo y Bertrando, 1996; Kreuz Smolinski y Pereira Tercero, 2009*). Las segundas tienen una doble función que es indagar la capacidad de los pacientes en el proyectarse al futuro, y estimular a la posibilidad de reinventar ese futuro. Las preguntas hipotéticas pueden ser dirigidas al presente y al futuro. Introducen diferentes mundos posibles y una restricción en las posibilidades futuras.

La reformulación o reestructuración, se utiliza en relación al significado del síntoma familiar y, por supuesto, del paciente. En el tratamiento, consiste en poder resignificar al paciente en una vida sana, con ausencia del trastorno (*Kreuz Smolinski y Pereira Tercero, 2009*). Otro tipo de reformulación, consiste en evitar la confrontación. El terapeuta debe actuar como mediador entre el paciente y su familia (*Rodríguez Ceberio, 2006*). Las hipótesis van cambiando a medida que evoluciona la terapia, ya que la misma ofrece distintas interpretaciones del conflicto (*Pereira Tercero y Keruz Smolinski, 2009*).

Los rituales evidencian el conflicto entre las reglas verbales y analógicas de la familia, creando un nuevo contexto. Esto se da cuando el terapeuta pone a la familia en una condición de tener que comportarse de distinta manera. Más aun, existe en estas clases de sesiones terapéuticas el diálogo, la conversación y el discurso terapéutico (*Boscolo y Bertrando, 1996*).

El equipo busca crear una hipótesis sistémica respecto de la modalidad familiar o llamado también juego familiar. En este juego el paciente índice ocupa una posición especial, y uno de los objetivos de esta terapia es justamente eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales, dejando espacio al posible surgimiento de configuraciones más funcionales y flexibles. Este objetivo se alcanza a través de la connotación positiva de los comportamientos sintomáticos o no, y por medio de los rituales familiares (*Boscolo y Bertrando, 1996*). Cabe aclarar que esta es una herramienta que no resulta muy adecuada, ya que es muy difícil poder encontrar algo positivo dentro de esta patología. Por lo que es mas apropiado realizarlo con relación a lo social y lo familiar (*Rodríguez Ceberio y Watzlawick, 1998*).

Selvini Palazzoli es quien habla de la observación por parte del terapeuta hacia la familia en cuestión. Lo llama el modelo Maudsly (*Lock y Le Grange, 2005*). El modelo fue llamado así ya que los primeros estudios del tema se llevaron a cabo en el Hospital Maudsly, en Londres. La importancia de éste nuevo modelo es que los pacientes con AN que efectúan el tratamiento familiar obtendrán mejores resultados, que aquellos pacientes con tratamientos individuales. Gracias a estas consecuencias

se desarrollaron otros abordajes terapéuticos y modelos de psicoeducación familiar (Salgueiro y Kirszman, 2012). La intervención familiar promueve obviamente la implicación de los padres al tratamiento, y la toma de control en el reestablecimiento del peso de los pacientes. Este modelo enfatiza la importancia de implicar a los padres durante el tratamiento (Salgueiro y Kirszman, 2012).

Lock y Le Grange (2005) recomiendan que durante los primeros meses del tratamiento, la familia comente los logros del paciente, como también lo que funciona y no de la terapia. El terapeuta tiene como objetivo ayudar a los familiares del paciente a que le devuelvan el control a la hora de comer. Esta parte del tratamiento lleva entre tres y cuatro meses, cuando el peso y la comida ya no sean más el foco de atención de los mismos. La última parte del tratamiento proporciona una oportunidad para que el terapeuta y la familia evalúen el impacto del trastorno en el paciente y otras áreas de importancia tales como la sexualidad, la independencia, o autonomía. Luego, sugieren cambios a proceder para la mejoría tanto del paciente, como de la familia. Esta técnica también incluye una comida familiar, ofreciendo una oportunidad para el terapeuta de observar y poder dirigir a los padres. En la misma, se perciben también las áreas problemáticas a tratar. El curso de las intervenciones familiares se ve modificado de acuerdo con las problemáticas que acarrearán las familias. Más aun, los objetivos son: ayudar a la familia a recuperar sus habilidades y competencias; focalizarse en el control sintomático al inicio del tratamiento; movilizar a la familia como agente de cambio y co-partícipe de la promoción de salud; estimular esperanza, confianza y empatía; externalización de la enfermedad para reducir las acusaciones y críticas hacia el paciente; ayudar a la familia a sostener trayectorias funcionales en la transición adolescente; y encarar las dimensiones de la realidad familiar (Salgueiro y Kirszman, 2012). En cuanto a los objetivos terapéuticos, son: recuperar el peso, reestablecer hábitos alimentarios sanos, corregir la búsqueda anormal de delgadez, mejorar el estado psíquico inmediato del paciente, tratar las complicaciones somáticas y psíquicas del ayuno, y evitar recaídas (Chandler, 2005).

Chandler (2005) reconoce que la psicopatología individual, la vulnerabilidad biológica, la disfunción familiar y la presión sociocultural forman distintos componentes etiológicos de esta compleja enfermedad. Por lo tanto, son cuatro los pilares de apoyo en su tratamiento: la psicoterapia individual, terapia psicoeducacional familiar e individual, terapia familiar y vincular, y las terapias biológicas específicas. Además, Le Grange et al. (2003) toman muy en cuenta las características de la personalidad de cada paciente a la hora de elegir una terapia correspondiente.

Discusión

Los TCA son trastornos que nacen de un grupo complejo de diferentes factores. Estos son los socioculturales, los psicológicos, los de predisposición biológica, y los factores familiares. La interacción de estos la precipita y perpetúa. Se puede concluir entonces que este tratamiento conviene ser tomado en cuenta desde un criterio interdisciplinario; incluyendo el trabajo del clínico, del terapeuta y de la familia.

La intervención familiar se constituye como una de las disciplinas más efectivas en los tratamientos de los TCA. Por eso cabe reconocer a la familia como causante de la patología y también; es trascendental reconocerla como un importante recurso de salud. Por lo tanto, la intervención de los padres en la terapia es sumamente significativa. El tratamiento familiar ofrece la oportunidad de poder dirigirse a los padres y poder reestablecer el peso de los pacientes para una mejor calidad de vida personal y familiar.

El enfoque de tratamiento que incluye a las familias busca vincular el síntoma con el entorno, ya que el no tener en cuenta esta relación puede cronificar la enfermedad. La familia no puede ser comprendida sin incluir su historia; mandatos; patrones de adaptación generacionales que constituyen a mitos, creencias y expectativas; que influyen en la forma de percepción de una crisis, y en la búsqueda de soluciones. La misma incluye varias técnicas y herramientas a la hora de intervenir en un TCA. Para esto, se tiene en cuenta que todas o casi todas las familias atraviesan una crisis evolutiva; la cual se convierte en un factor importante, y se relacionan siempre con el problema en cuestión.

Se intenta focalizar los factores ligados a la recuperación, movilizar recursos familiares e involucrar activamente a los miembros de la familia del adolescente, a través de modelos más flexibles en cuanto a este tipo de intervenciones. La familia puede ser convocada de diferentes maneras. Es decir, solo los miembros necesarios, los que quieran asistir. La intervención por parte del profesional es siempre de escucha activa, empática y neutral. El equipo terapéutico busca encontrar una hipótesis sistémica sobre la modalidad familiar, que le permita eliminar configuraciones rígidas de comportamiento disfuncionales para obtener configuraciones más funcionales y flexibles.

Se intenta abordar los temas de poder y control. Los pacientes y sus familias comparten así, diferentes situaciones a la hora de comer. Los métodos incluyen comidas con otras familias y dramatizaciones, a los fines de ampliar el propio panorama y ver otras opciones.

Para finalizar el tratamiento es necesario explorar las consecuencias de la mejora del vínculo, y la ausencia del síntoma. Para esto es fundamental que los miembros de la familia puedan comprender los diferentes aspectos de sus vidas para llegar a entenderse mejor. La inclusión de una comida familiar para que la misma sea observada por el terapeuta, se postula como una herramienta válida. Así el mismo puede dirigir a los padres a apoyar a sus hijos a que retomen el control. Este tratamiento se basa en que es la familia la única que sabe qué es lo que pasa realmente.

Futuras líneas de investigación

En cuanto a las futuras líneas de investigación, pueden ser modelos terapéuticos dirigidos a aspectos cognitivo-afectivos. Esto involucra a las actitudes y creencias sobre la alteración de la imagen corporal de los pacientes de TCA y de los miembros

del grupo familiar sobre el paciente designado y sobre sí mismos. Éstos deben contar con una intervención específica sobre la imagen corporal; centrándose en la propia evaluación de su cuerpo, autoesquemas, y la afectividad hacia su propio cuerpo. Estos cambios cognitivos resultan positivos, ya que apuntan a reducir las dietas, atracones, y purgas. Por ello, se habla de la necesidad de un criterio interdisciplinario en el cual se puedan corregir las anormalidades anatómicas y funcionales, y no solamente superar el síntoma de la restricción alimentaria. Es también necesario complementarlo con psicoterapia focal individual de insight, trabajar a nivel de la imagen corporal y con respecto a las relaciones familiares.

Referencias

- Aguinaga, M., Fernández, L. y Varo, J. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Norteamérica*, 23(2), 279-292.
- Allegue, E. O. (2009). Clínica de los trastornos de la conducta alimentaria: crisis, urgencias y emergencias. En M. T. Panzitta (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 37-54). Buenos Aires: RV-Kristal.
- Barnhill, L. R. y Longo, D. (1978). Fixation and regression in the family life cycle. *Family Process*, 17(4), 469-478. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/J.1545-5300.1978.00469.X](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1978.00469.x)
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós.
- Chandler, E. (2005). El abordaje psicoterapéutico de la anorexia nerviosa: técnica y artesanía. *Revista de Psicología (UCA)*, 1(1), 97-120.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psyke*, 17(1). [HTTPS://DOI.ORG/10.4067/S0718-22282008000100008](https://doi.org/10.4067/S0718-22282008000100008)
- Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J. A., Camejo Macias, M. y Forcelledo Llano, C. R. (2002). Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 254-256.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104-131. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/J.1467-6427.2005.00303.X](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x)
- Le Grange, D., Lock, J. y Dymek, M. (2003). Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 57(2), 237-251. [HTTPS://DOI.ORG/10.1176/APPI.PSYCHOTHERAPY.2003.57.2.237](https://doi.org/10.1176/APPI.PSYCHOTHERAPY.2003.57.2.237)
- Lock, J. y Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S64-S67. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/EAT.20122](https://doi.org/10.1002/EAT.20122)
- Lock, J., Le Grange, D. y Crosby, R. (2008). Exploring possible mechanisms of change in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 30(3), 260-271. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/J.1467-6427.2008.00430.X](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00430.x)
- Losada, A. V. (2009). Las relaciones entre el SASSI -Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil- y las patologías alimentarias. En M. T. Panzitta (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 55-67). Buenos Aires: RV-Kristal.
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias* (Tesis doctoral inédita). Universidad Católica Argentina, Buenos Aires (Argentina). Recuperado a partir de [HTTP://BIBLIOTECADIGITAL.UCA.EDU.AR/GREENSTONE/COLLECT/TESIS/INDEX/ASSOC/ABUSO-SE.DIR/DOC.PDF](http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/abuso-se.dir/doc.pdf)
- Losada, A. V. (2015). *Familia y psicología*. Buenos Aires: Dunken.
- Losada, A. V. y Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Borromeo*, 4, 393-424.
- March, J. C. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12.

- Marín, B. V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(2), 86-91. [HTTPS://DOI.ORG/10.4067/s0717-75182002000200002](https://doi.org/10.4067/s0717-75182002000200002)
- Marmo, J. y Losada, A. V. (2013). *Herramientas de evaluación en trastornos de la conducta alimentaria: instrumentos de exploración diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria desde la psicología*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Mercader, J. M., Ribasés, M., Gratacós, M., González, J. R., Bayés, M., de Cid, R., ... Estivill, X. (2007). Altered brain-derived neurotrophic factor blood levels and gene variability are associated with anorexia and bulimia. *Genes, Brain and Behavior*, 6(8), 706-716. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/j.1601-183X.2007.00301.X](https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2007.00301.X)
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Montero, I. y León, O. G. (2011). Usos y costumbres metodológicas en la psicología española: un análisis a través de la vida de Psicothema (1990-1999). *Psicothema*, 13(4), 671-677.
- Osorio Hernández, J. E. (2009). Trastornos de alimentación desde el punto de vista nutricional. En M. T. Panzitta (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 160-172). Buenos Aires: RV-Kristal.
- Panzitta, M. T. (Ed.). (2009). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Buenos Aires: RV-Kristal.
- Peláez Fernández, M. Á., Encinas, F. J. L. y Escursell, R. M. R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Pereira Tercero, R. y Keruz Smolinski, A. (2009). Terapia familiar. En J. Valleo Rubiola y C. Leal (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2.ª ed., Vol. 2F, pp. 1-21). Barcelona: Ars Médica.
- Perkins, S., Schmidt, U., Eisler, I., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., ... Berelowitz, M. (2005). Why do adolescents with bulimia nervosa choose not to involve their parents in treatment? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(7), 376-385. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s00787-005-0485-4](https://doi.org/10.1007/s00787-005-0485-4)
- Rodríguez Ceberio, M. (2006). Viejas y nuevas familias: la transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*, VII, s/p.
- Rodríguez Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Valencia: Promolibro.
- Rodríguez Santos, L., Antolín Gutiérrez, M., Vaz Leal, F. J. y García Herraiz, M. A. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2*. Badajoz: Junta de Extremadura. Recuperado a partir de [HTTP://WWW.DOREDIN.MEC.ES/DOCUMENTOS/00920062000036.PDF](http://www.doredin.mec.es/documentos/00920062000036.pdf)
- Rodríguez Vega, B. (1996). La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 47-56.
- Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arevalo, R., Díaz, J. M. M., Aguilar, X. L., Álvarez-Rayón, G. y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-456.
- Salgueiro, M. del C. y Kirszman, D. (2012). Intervención multinivel en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: el rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 161-171.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). *El problema de la conducta desadaptada*. México DF: Trillas.
- Selvini Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Aronson.
- Selvini Palazzoli, M. (2008). *El mago sin magia: cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela* (B. E. Anastasi de Lonné, Trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1998). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Sepúlveda, M. R., Botella, J. y León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Spangler, D. L. y Allen, M. D. (2012). An fMRI investigation of emotional processing of body shape in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 17-25. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/EAT.20899](https://doi.org/10.1002/EAT.20899)

- Valle, M. y De la Cruz Sánchez, E. (2011). De la inter a la transdisciplinariedad en el abordaje del hecho alimentario. Una reflexión para compartir desde la educación. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 24(2), 34-40.
- Vandereycken, W. (1987). 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*, 6(4), 455-467. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<455::AID-EAT2260060402>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<455::AID-EAT2260060402>3.0.CO;2-5)
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M. y Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/ERV.615](https://doi.org/10.1002/ERV.615)