



## **Anorexia nerviosa: una mirada relacional**

***Eva Maria Garcés Trullenque***

He aceptado el miedo como parte de la vida...  
Específicamente el miedo al cambio...  
y sigo adelante a pesar de los sobresaltos  
de mi corazón que dice: vuelve.

**Erika Yong, n. en 1942**

	<b>Pag.</b>
<b>0. INTRODUCCION.....</b>	<b>5</b>
<b>I. LA ANOREXIA</b>	
<b>1. ¿Qué es la anorexia? Acercándonos al concepto.....</b>	<b>6</b>
<b>2. La adolescencia y los trastornos de la conducta alimentaria.....</b>	<b>7</b>
<b>3. La individuación en las relaciones.....</b>	<b>8</b>
<b>4. El proceso de construcción del síntoma.....</b>	<b>9</b>
<b>II. ANOREXIA NERVIOSA Y FAMILIA</b>	
<b>1. <i>UNA MIRADA ATRÁS</i></b>	
<b>1.1. Modelos sobre la Interacción Familiar en la Anorexia Nerviosa .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. Modelos de Intervención en Terapia Familiar Sistémica en la Anorexia Nerviosa</b>	
<b>Modelo Estructural .....</b>	<b>13</b>
<b>Modelo Procesual .....</b>	<b>16</b>
<b>Modelo centrada en las visiones del mundo.....</b>	<b>16</b>
<b>Selvini Palazzoli y la Escuela de Milán .....</b>	<b>16</b>
<b>White.....</b>	<b>21</b>
<b>Stierlin y Weber.....</b>	<b>22</b>

	<b>Pag.</b>
<b>2. UNA NUEVA MIRADA: LA TERAPIA MULTIMODAL.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1. Modelo de intervención multimodal.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2. Con qué nos encontramos: alteraciones de la vida familiar</b>	<b>28</b>
<b>2.3. Dos niveles en la intervención familiar: el trabajo con la familia y la Terapia de Familia</b>	
<b>2.3.1. El Trabajo con la familia.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.2. La Terapia de Familia .....</b>	<b>32</b>
<b>A) La primera entrevista</b>	
<b>Objetivos primera entrevista .....</b>	<b>33</b>
<b>¿A quien invitamos? .....</b>	<b>34</b>
<b>¿Qué preguntamos? .....</b>	<b>35</b>
<b>B) La Terapia después de la primera entrevista</b>	
<b>Programa .....</b>	<b>37</b>
<b>Objetivos generales .....</b>	<b>38</b>
<b>Cómo se llevan a cabo estos objetivos .....</b>	<b>39</b>
<b>Estrategias terapéuticas .....</b>	<b>40</b>
<b>Intervenciones finales .....</b>	<b>41</b>
<b>4. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>42</b>

## 0. INTRODUCCION

Hace apenas tres décadas los llamados trastornos de la conducta alimentaria eran prácticamente desconocidos para la mayoría de los profesionales sanitarios, de tal forma que constituían un diagnóstico casi excepcional. En los últimos veinticinco años estos trastornos han aumentado constituyéndose como importantes enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez.

Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es una enfermedad que compromete la salud y el destino de un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes, afectando no sólo a ellas mismas sino también a su familia y al entorno más próximo, siendo necesario un abordaje interdisciplinar. En estos últimos años he dedicado gran parte de mi jornada laboral al tratamiento de estos trastornos sobre todo con pacientes adolescentes asumiendo fundamentalmente el trabajo con la familia. Mi formación sistémica ha influido de manera notable en mi *mirada relacional* hacia estos trastornos, intentando comprender el síntoma, en que situación se encuentra la adolescente y su familia y las interacciones que se están dando en su red social significativa.

Esa mirada relacional es la que impulsa este trabajo. A través de una revisión bibliográfica echamos una *mirada atrás* y analizamos tanto los tipos de interacción familiar que se han descrito en la anorexia nerviosa, como los diferentes modelos en Terapia Familiar Sistémica en estos trastornos y nos detenemos en una *nueva mirada*, la Terapia Multimodal, que es el tratamiento que se aplica actualmente y donde se integra la intervención familiar en estos trastornos.

Las siguientes páginas no hubieran podido ser escritas sin la contribución de tantos autores que han reflexionado sobre estos trastornos y su tratamiento, y sobre todo, sin el aprendizaje diario que proporciona la relación terapéutica con las familias, que nos permiten esa *mirada*, el que nos acerquemos a ellas y conocerlas y el hacernos partícipes de sus vivencias.

## **1. LA ANOREXIA**

### **1.1. ¿Qué es la anorexia? Acercándonos al concepto**

Los trastornos de la conducta alimentaria (T.C.A.) afectan a un gran número de personas, de las que un 90-95 % son mujeres. En la actualidad son la tercera patología más frecuente en los adolescentes, después de la obesidad y el asma. (Beumont, 1999).<sup>1</sup> Su prevalencia está aumentando y puede oscilar entre el 1 y 4% de las adolescentes y mujeres jóvenes.

En nuestra sociedad el afán de adelgazar se ha convertido en una auténtica obsesión. La anorexia nerviosa es hoy en día un problema de salud pública. En los países occidentales se estima que entre un 2 y un 4 % de mujeres de edades comprendidas entre los 14 y 23 años pueden desarrollar estas enfermedades que, por otra parte, son típicas de los países desarrollados. Se observa también que las edades de inicio son cada vez más precoces, incluso antes de la pubertad.

La anorexia nerviosa es una de las enfermedades psiquiátricas más graves. Como la esquizofrenia, causa una morbilidad psiquiátrica grave y un gran sufrimiento psíquico a los familiares. Además, se asocia con complicaciones médicas muy graves y la tasa de mortalidad es bastante más elevada que la de cualquier otra enfermedad psiquiátrica. Diversos estudios han señalado una mortalidad del 20% a los 20 años, o de 1% al año. Si tenemos en cuenta que la mayoría de las pacientes son muy jóvenes al inicio de la enfermedad estos datos son alarmantes.

La duración habitual de la anorexia nerviosa es de más de cinco años y la enfermedad se cronifica en un 25% de los casos. Hasta el momento no se ha identificado una causa concreta y única de estos trastornos y no parece posible achacar su aparición a un sólo factor. Actualmente se abordan desde una perspectiva multidimensional que incluye factores individuales, biológicos y psicológicos, familiares y socioculturales, que interactúan entre sí tanto para desencadenar como para mantener la enfermedad con una importante repercusión para el paciente y su familia.

## 1.2. La adolescencia y los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan generalmente en esta etapa de la vida y suelen estar estrechamente vinculados con la dificultad para resolver conflictos ligados al proceso de emancipación y crecimiento.

Numerosos autores han analizado este aumento en población adolescente femenina: Para las mujeres la situación personal de inestabilidad y cambio se ve agravada por estar inmersas en una sociedad que comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, siendo los medios los que refuerzan esta idea sugiriendo que la mujer se expresa a través de la imagen corporal. Por otra parte, el modelo de mujer que se propone es el de una adolescente apenas púber con unas formas pocas desarrolladas. Estos elementos nos ayudan a entender la perturbación que puede sufrir una chica que está en un momento en que el aumento del peso corporal es lo natural para que su cuerpo se desarrolle hacia el la forma de mujer. Y cuando los cambios corporales no son aceptados, o no se tolera estar en un tiempo de transición con la inestabilidad propia del proceso adolescente, la persona se vuelve muy vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación. (Guelard .D; Crispo, R. 2000)

El adolescente puede sentirse inseguro respecto de cómo afrontar el “salto al precipicio”, que implica reconocer que la infancia ha llegado a su fin , que decisiones tomar para su futuro o cómo encarar situaciones hasta ahora desconocidas. También puede estar sintiéndose obligado a encajar los roles y expectativas que la sociedad le asigna, no pudiéndose darse cuenta aun de cuales son sus propias necesidades, o reconocer que es lo que quiere realmente hacer de su vida. O a veces, pueden surgir malestares en las relaciones con el propio medio familiar, porque padres demasiado sobreprotectores no les permiten experimentar para crecer. Cualquiera que sea la razón, el miedo a no ser capaz de afrontar situaciones o de ser sobrepasado por ellas, es experimentado por muchas de las personas que desarrollan un trastorno de la conducta alimentaria.<sup>2</sup>

### 1.3. La individuación en las relaciones

Una familia puede ser considerada como un sistema que debe seguir experimentando cambios que surgen de distintas exigencias inherentes al progreso de los ciclos vitales de cada miembro, individualmente y de la familia, como un todo. Los hijos crecen y dejan el hogar; los padres, al quedar solos, nuevamente deben reorganizar sus existencias. De esta forma, puede describirse a una familia como funcional si sus miembros son capaces de enfrentar dichos cambios, reformulando sus relaciones, reajustándolas y experimentando cambios ellos mismos.

Stierlin y Weber (1990) plantean que no todo cambio es sinónimo de desarrollo. Hablan de desarrollo para los casos en que los miembros de una familia dan signos de pasar por un proceso continuado de **individuación**, definiendo a esta última de la siguiente forma<sup>3</sup>:

- 1.- Ser capaz y estar dispuesto a trazar fronteras internas y externas, distinguiendo claramente entre mis percepciones, mis deseos, mis fantasías, mis derechos y mis deberes (particularmente relacionados con mi cuerpo y sus necesidades) y las percepciones, deseos, fantasías, derechos y deberes de los demás.
- 2.- Ser capaz y estar dispuesto a definir y alcanzar satisfactoriamente metas y objetivos propios que difieran de los declarados deseables por el medio
- 3.- Ser capaz y estar dispuesto a aceptar una amplia gama de aspectos contradictorios y a menudo penosos de sí mismo, y resistir la tensión producida por esa ambivalencia
- 4.- Ser capaz y estar dispuesto a asumir responsabilidades por la propia conducta.

La individuación, en este sentido, se ve acompañada de manera característica, por un sentido de libertad personal y autonomía. Pero sólo podemos hablar de desarrollo en una familia si la individuación también significa que los miembros no sólo se vuelven más independientes, sino que a su vez moldean sus relaciones, con personas tanto dentro como fuera de la familia. Así, el desarrollo significa que hay un progreso hacia niveles siempre novedosos de individuación y de relación. Esta individuación se realiza en forma continua a lo largo de toda la vida.

Otros autores como Bowen<sup>4</sup> redundan en el concepto central de individuación relacional, poniendo énfasis en lo emocional, ya que no sólo se trata de adquirir diferencias en el ámbito racional, sino en la capacidad del grupo familiar de diferenciarse emocionalmente. Así, el sujeto que logra una buena diferenciación de los otros miembros del sistema familiar debe adquirir un control emocional de sí mismo a pesar que los otros miembros del sistema familiar estén inmersos en situaciones de conflicto: el sujeto participa de los problemas de los demás, colabora, pero no se descompensa emocionalmente frente al problema de los otros.

En las familias con trastornos de la conducta alimentaria, la necesidad de relacionarse entre sí es tan intensa que se hace a costa de la identidad, de la diferenciación. Aquellas diferencias adquiridas en el mundo exterior no son incorporadas al grupo familiar o son neutralizadas con diferentes mecanismos. Por tanto, no podrán lograr un grado superior de individuación relacional, es decir, renegociar el equilibrio de cercanía-distancia, derechos y obligaciones diferentes entre los padres y los hijos.<sup>5</sup>

#### **1.4. El proceso de construcción del síntoma**

El trastorno aparece en la mayoría de los casos en un momento del desarrollo en que la joven se ve confrontada con nuevas experiencias, puesto que siente que no está preparada para enfrentar el proceso de emancipación. Rafael Matas (2003) describe este proceso<sup>6</sup> : *“Crecer, al menos en el terreno emocional, se le hace difícil. A medida que va creciendo siente que no puede enfrentar y encarar los conflictos relacionados con las diversas etapas del proceso de autonomía de la familia y de entrada al mundo adulto, un mundo de riesgo e incertidumbre pero, también el mundo de la libertad y la vida”*.

Este autor defiende como la anorexia es el inicio del desafío y cómo el negarse a comer es una manera de bloquear el crecimiento, de dominar su cuerpo, de controlarse absolutamente, protestando desde una situación límite, rebelándose, controlando el resto de su vida en el empeño de crecer. En palabras de Mara Selvini: *“Los trastornos de la conducta alimentaria serían un intento de la mujer por ser ella misma la creadora de su propio cuerpo y una manera de afirmar que es libre de hacer lo que desea con su cuerpo y su vida”*<sup>7</sup>

Esta misma autora identifica dos funciones diferentes del síntoma: la primera aplicada para pacientes adolescentes, es la expresión de un sentimiento de desvalorización que experimenta la paciente y, a la vez, la defensa que ésta adopta contra su sufrimiento; la segunda es típica de la fase crónica, en la cual el sujeto se precipita en una condición de estancamiento.<sup>8</sup>

## **II. ANOREXIA NERVIOSA Y FAMILIA**

Antes de 1970 los diferentes abordajes terapéuticos de los trastornos de la alimentación eran básicamente de tipo individual y se separaba a las pacientes de sus padres sin hacerles intervenir en el tratamiento. En los años 50, algunos psicoanalistas empezaron a experimentar con la implicación de los padres en el tratamiento de trastornos infantiles que no mejoraban si el entorno familiar continuaba igual, y algunos terapeutas incluyeron a las madres en el tratamiento de niños y adolescentes anoréxicos (Spirling, 1950,1978). Otros autores empezaron a tratar por separado a los padres y a la paciente.<sup>9</sup>

En la evolución de la Terapia de Familia, las diferentes escuelas han contribuido de una manera específica al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

### **1. UNA MIRADA ATRÁS**

#### **1.1. Modelos sobre la Interacción Familiar en la Anorexia Nerviosa**

Desde los trabajos de Minuchin, Rosean y Baker (1978) varios equipos de investigadores y clínicos han estudiado las relaciones de las familias con un miembro anoréxico y se han perfilado estilos interaccionales característicos de estas familias.

Espina y colaboradores (1997) revisaron los trabajos de estos autores concluyendo que para unos existe un solo modelo de interacción (Minuchin, 1975; Minuchin et. Al,1978; Selvini et al. 1974, 1988; White, 1983, 1986); para Strober y Yager (1985) se encuentran dos modelos de interacción familiar en la anorexia nerviosa y Garfinkel y Garner (1981) y Weber y Stierlin (1991) hablan de que las familias de anoréxicas presentan diferentes estilos interaccionales, aunque entre ellos se incluyan los descritos por los anteriores autores. Esta última hipótesis es destacada como la más plausible sobre la base de las observaciones clínicas y las investigaciones realizadas.

Estos mismos autores sintetizan los modelos sobre la interacción familiar en la anorexia nerviosa en la siguiente tabla<sup>10</sup>:

Modelos sobre la interacción familiar en la anorexia nerviosa
---

M. Unidimensionales
---------------------

ESTRUCTURAL
-------------

FAMILIA PSICOSOMATÓGENA (Minuchin et al. 1978)

- a) Pautas transaccionales características
  - Aglutinamiento
  - Sobreprotección
  - Rigidez
  - Falta de resolución de conflictos
- b) Involucración del niño en el conflicto parental
  - Rodeo
  - Triangulación
  - Coalición estable
- c) Vulnerabilidad fisiológica del niño

COMUNICACIONAL
----------------

(Selvini et al., 1988)

Características Familiares

- \*Problemas de comunicación
- \* Los padres no asumen el liderazgo
- \* Alianzas y coaliciones negadas
- \*No asumen responsabilidades en la relación
- \*divorcio emocional

La anoréxica se implica en el conflicto conyugal porque:

- \*Después de estar muy ligada a la madre, ésta se vuelca con otro hermano. Ella se alía con el padre
- \* Ha sido la favorita del padre hasta que en la adolescencia la situación es insostenible y debe negar esa relación

## TRANSGENERACIONAL

(White,. 1983, 1986)

1. La familia de la anoréxica funciona como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación , destacando las siguientes características
  - \* Lealtad
  - \* La prescripción específica de un rol para la anoréxica
  - \* Clarividencia
2. Existen dificultades para la individuación de sus miembros y la solución de problemas

## M. BIDIMENSIONAL

Dos tipos de familias (Strober y Yager, 1985)

### CENTRIPETAS

- \*Aglutinadas
- \*Falta de permisividad
- \*Poca expresión emocional
- \* Pobres contactos extrafamiliares

### CENTRIFUGAS

- \* Desligadas
- \* Fuerte conflictividad
- \*Miedo al abandono
- \* Excesiva dependencia
- \* Falta de control
- \*Conflicto de pareja

## M. MULTIDIMENSIONAL

Garfinker y Garner, 1982; Weber y Stierlin, 1991

No existe una tipología familiar específica de la anorexia nerviosa. Las características familiares son variadas e influyen como factores predisponentes

## 1.2. TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Dentro de las terapias sistémicas Sluzky (1983) distingue tres grandes modelos de intervención: la estructural, la procesual y la centrada en visiones del mundo.

### El Modelo Estructural

Una influencia importante, hasta la década de los 80 y dentro de lo que se ha denominado la “primera generación” de terapeutas familiares, ha sido la escuela de Filadelfia (representada por Minuchin y el estructuralismo ) y la de Milan, que analizaremos más adelante (Selvini Palazzoli y el modelo sistémico)<sup>11</sup>

Minuchin describe las características de la familia “normal” y estudia las disfunciones de la familia que consulta atribuyendo a las mismas la patología. Para este autor, máximo representante de la Escuela, una familia organizada adecuadamente tiene límites claramente marcados. Esto quiere decir que el subsistema parental tendrá límites suficientemente cerrados para proteger la intimidad de los esposos, no tan cerrados que impidan el acceso de los hijos para ejercer sus funciones como padres. El subsistema de hermanos también tendrá un límite claro, organizados jerárquicamente según el contexto cultural. También será respetado el límite en torno a la familia nuclear y será posible un buen nivel de individuación del sujeto.<sup>12</sup>

La terapia irá dirigida a corregir las disfunciones familiares, especialmente de límites y jerarquía, esperando que la patología desaparezca al funcionar la familia adecuadamente. El terapeuta será directivo reajustando límites, otorgando el poder a los padres, etc...ya sea en la sesión (Minuchin) o fuera de ella (Haley). En este modelo tenemos la escuela estructural (Minuchin, 1974) y la estratégica (Haley, 1976,1980; Madanes, 1984).

Es en 1970 cuando Minuchin, refiere por primera vez, la aplicación de su terapia estructural de familia a la anorexia nerviosa (Minuchin, 1970). La terapia estructuralista de la familia se ha hecho muy popular en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Minuchin<sup>13</sup>

desarrolló un modelo estructural de organización familiar en familias con pacientes con anorexia nerviosa identificando cinco características predominantes en las interacciones familiares:

*Primera característica: el aglutinamiento.*

Se refiere a una forma particular de proximidad e intensidad que hace que cualquier cambio repercuta a lo largo de todo el sistema. Existen intrusiones constantes en los pensamientos y sentimientos de los otros y una gran interdependencia de las relaciones. Las fronteras entre los subsistemas conyugal, parental y fraterno son débiles y sujetas a transgresiones. Estas familias funcionan como si fueran uno solo, hay continuas intromisiones en la autonomía y la privacidad de unos con otros, existiendo un problema de límites entre los distintos subsistemas. Al haber límites difusos, se provoca una confusión de roles y funciones.

*Segunda característica: la sobreprotección*

Las respuestas de cuidado y ayuda surgen de forma continua en la interacción de los miembros. Las señales de angustia señalan a la familia que se aproximan a niveles peligrosos de tensión y conflicto. Hay un sentimiento de protección muy grande por parte de todos los miembros de la familia que la lleva a movilizarse para de esta manera intentar evitar los conflictos. Esta sobreprotección de los padres retrasará el desarrollo y autonomía de los hijos.

*Tercera característica: la rigidez*

Existe una resistencia para llevar a cabo los cambios necesarios que impone el desarrollo. Para estas familias, la familia es la gran institución que suele estar volcada hacia ellos mismos buscando en sus propios miembros modelos y ejemplos, con escasas relaciones hacia el exterior y tratando de mantener la unidad y el equilibrio familiar a toda costa. Esta inflexibilidad permite sólo un limitado repertorio de respuestas interpersonales.

Según el hijo va creciendo y se asoma a la adolescencia, es preciso ir pasando progresivamente de una relación padres-hijos de complementariedad o desigual a una simétrica o entre iguales. La aparición del síntoma anoréxico puede ser razón que justifique la falta de autonomía del hijo, y así, mantener pautas de conducta que eran funcionales mientras que los hijos eran más pequeños, pero que ahora, ya no lo son. Estas familias se pueden presentar como normales y sin problemas previos a la aparición de la anorexia en la hija, por lo que tampoco reconocen ninguna necesidad de cambio.

*Cuarta característica: Ausencia en resolución de conflictos*

Existe una baja tolerancia al estrés. No hay negociación explícita de las diferencias. Algunas veces los miembros de la familia discuten continuamente, pero las interrupciones y cambios de temas, evitan la aparición y resolución de cualquier tema conflictivo. Otras familias simplemente niegan la existencia de cualquier conflicto.

*Quinta Característica : Implicación de la hija enferma en los conflictos maritales y familiares (Liebman y cols, 1983).*

Para Minuchin (1990) <sup>14</sup> los hijos de estas familias están obligados a mantener una dinámica familiar que persigue la unidad. La anoréxica se convierte así en la reguladora de las tensiones de la familia; por un lado, desvía la atención al constituirse como el centro de la familia y, por otro lado, en los momentos en los que surge tensión en la familia el conflicto pasa a segundo plano, ya que se suprime por el bien y la salud de la anoréxica

Minuchin (1978) ya advertía del riesgo de fracaso ante intervenciones focalizadas únicamente en el síndrome que amenaza la vida y la necesidad de combinar esas intervenciones con técnicas de terapia de familia, y dirigirse hacia pautas transaccionales que desarrollan y refuerzan el síntoma, con el objetivo de remover el sistema familiar y facilitar la aparición de modalidades alternativas de transacción

La terapia estructuralista para familias con pacientes anoréxicos se centra en :

- ♦ Remover y socavar la realidad familiar o sistema de creencias sobre el comportamiento anoréxico
- ♦ Desafiar aquellos patrones familiares que inhiben el crecimiento de los miembros de la familia, sobre todo de la paciente
- ♦ Apoyo a miembros de la familia con sus incertidumbres frente al cambio
- ♦ Proporcionar pautas o directrices, modelando y animando a los miembros de la familia en un esfuerzo por establecer patrones de interrelación más satisfactorios.

El terapeuta en este modelo se incluye en el sistema de una manera activa y directiva, apuntando al comienzo al aspecto sintomático (que la paciente recupere peso),

simultáneamente a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática, y por último, a la fase en la que trabaja sobre la autonomía de los subsistemas. A lo largo del tratamiento se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales que son auxiliares del objetivo ulterior, es decir, la modificación de la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes.<sup>15</sup>

### **El modelo procesual**

Desde este modelo los problemas son vistos como conductas repetitivas que se encuentran ancladas en patrones interpersonales, centrándose especialmente en la puntuación de la secuencia de los hechos y en las reglas familiares que determinan los roles. Las intervenciones se centrarán en las pautas recursivas que contienen la conducta problemática, esperando que al desaparecer ésta, la familia recupere alternativas perdidas cuando se formó el patrón disfuncional. Para ello se utilizan las prescripciones de síntomas y conductas, predicción de la recaída, reencuadramiento, etc. La Escuela de Milán sigue este planteamiento (Watzlawick, 1974,1977; Fisco et al, 1982; Nardone y Watzlawick, 1990)

### **El modelo de visiones del mundo**

Se basa en que la construcción de la realidad está anclada en la naturaleza dialéctica de la relación entre las visiones del mundo, percepciones, cogniciones y la comunicación, todo lo cual determina las reglas interpersonales. Desde esta perspectiva los síntomas, estilo e historia familiar están engarzadas en un todo común. El terapeuta cambiará fragmentos específicos de la realidad familiar que sirven de soporte a los patrones interaccionales asociados al síntoma, por medio de la connotación positiva y el ofrecimiento de “realidades alternativas” (En este planteamiento se encuentran Selvini et al, 1978, Selvini et al. 1988; White,1983, 1986; Stierlin y Weber,1989)<sup>10</sup>

### ***Selvini Palazzoli y la Escuela de Milán***

Paralelamente a Minuchin, Selvini Palazzoli (1974) aplica también la terapia de familia a este tipo de trastorno. La idea común de ambas escuelas es que la anorexia nerviosa manifiesta alteraciones del sistema familiar, en el que el trastorno cumple un papel “homeostático y estabilizador” (Vandereycken, 1991)

Selvini y cols.<sup>16</sup> desarrollaron y diseñaron una perspectiva sistémica de la anorexia nerviosa en la que el síntoma o el paciente detentan el papel homeostático o estabilizador de la familia.

La anorexia nerviosa ha sido el único síndrome psiquiátrico cuyo estudio, iniciado por Mara Selvini en 1950 (Selvini Palazzoli, 1963,1981) ha dado cuerpo a una hipótesis epidemiológica compleja: *el síntoma anoréxico sólo puede surgir en el punto de confluencia de una cantidad equilibrada de factores*, que se pueden agrupar en dos categorías fundamentales:

1. Factores específicos de la cultura occidental
2. Modalidad organizativa-evolutiva (proceso) de las interacciones en la familia

Partiendo del modelo de J. Haley sobre los axiomas pragmáticos de la comunicación humana, Selvini y cols (1976) identifican las siguientes características interaccionales dentro de la familias con pacientes anoréxicas:

- ♦ Todos los miembros rechazan o descalifican por lo general los mensajes emitidos por otros
- ♦ Todos los miembros de la familia, y en especial los padres, son renuentes a asumir de forma abierta la dirección personal (conflictos de individualidad)
- ♦ Aunque las coaliciones son muy comunes, las alianzas entre dos miembros contra un tercero no se manifiestan abiertamente
- ♦ Ningún miembro de la familia está preparado para asumir la responsabilidad del problema; los síntomas anoréxicos se aceptan porque la paciente no puede hacer nada (está enferma).

La Escuela de Milán aporta la idea de la hipótesis que explicará los síntomas dentro del sistema familiar y que se extrae de la información recogida durante la entrevista. Esta hipótesis se verifica mediante hipótesis y técnicas específicas y la información se recoge mediante la pregunta circular y la circularidad (Selvini y cols., 1980).

Describen dos tipologías de familias con TCA, y les llamo tipo A y B. La primera (tipo A) se caracteriza por un vínculo intenso con la madre, que no es de admiración. La madre se ha confesado a lo largo de su vida a su hija, le ha hecho partícipe de su sufrimiento con su marido. Si no lo ha comunicado de forma verbal, lo ha mostrado con gestos de desagrado cuando el padre aparecía en escena interrumpiendo el diálogo privilegiado con ella, o teniendo más intimidad con su hija que con su marido. En el tipo B encontré que el vínculo privilegiado era con el padre, al cual admira. Siente y sufre en silencio los desprecios que la madre le hace al padre.

Estos autores desarrollan el proceso anoréxico en la familia tomando como punto de partida el juego de la pareja parental y describen seis estadios sucesivos del proceso interactivo familiar que desemboca en la conducta anoréxica:

***Primer estadio: el juego de la pareja parental.***

En él cada padre inflige al otro cierto tipo de provocaciones, sin lograr obtener una respuesta apropiada. En la relación de pareja se observa casi siempre en la mujer, una actitud de reivindicación con respecto al marido pero esta reivindicación no se plantea en nombre de exigencias propias, sino más bien apelando a los deberes del “buen padre” frente a la familia.

En la situación de *impasse* están involucrados, casi sin excepción miembros de la familia extensa

***Segundo estadio: la hija que llegará a ser anoréxica se implica precozmente en el juego de los padres, distinguiendo dos modos:***

*Grupo A:* la hija está sometida a la madre, quien a menudo se confía con ella y le revela los sufrimientos que le inflige su marido y, a veces, la familia extensa. La hija siente compasión por la madre.

*Grupo B:* la hija ha sido siempre, incluso abiertamente la preferida del padre, quien la considera parecida a él y admira alguna de sus cualidades. Ella también admira al padre, lo cree muy superior a la madre y encuentra injustificables algunas condiciones que ésta le impone.

En esta fase, la futura paciente señalada (de ambos grupos) no actúa contra uno u otro padre, sino que mantiene una posición equidistante.

**Tercer estadio:** *Con la llegada a la adolescencia de la futura paciente señalada ocurren algunos hechos decisivos que*

*Grupo A:* Cambian la percepción que la muchacha tenía de su padre (la hija ve al padre de otro modo: lo siente solo y abandonado como ella y frente a las interacciones familiares la chica empieza a tomar partido por el padre y le gustaría verle reaccionar con firmeza ante algunas actitudes de la madre) o

*Grupo B:* La empujan aun más hacia él (con la entrada en la adolescencia de la paciente señalada el vínculo seductivo entre padre e hija se acrecienta a veces de un modo enojoso. La hija quisiera secretamente que su padre reaccionara y controlara a su mujer.

Tanto en uno como en otro grupo, la futura paciente señalada se siente unida al padre, en su condición de víctima, como él de una mujer hipócrita y mezquina.

**Cuarto estadio:** *En este periodo de malestar relacional intenso tiene lugar el acontecimiento dieta.*

*Grupo A:* abandonada por la madre e instigada por el padre, la futura paciente señalada tiene el imperativo de diferenciarse de su madre. Por primera vez, toma una decisión por sí misma adecuándose al modelo propuesto por la moda, en la tentativa, todavía confusa de independizarse y sentirse mejor socialmente.

*Grupo B:* la decisión de la dieta es el punto de partida para desafiar a la madre y pasa enseguida a ser una protesta.

En ambos grupos las futuras pacientes consideran que su propia decisión es el detonante del cambio. Contrariamente a sus expectativas la reducción alimentaria introduce en la tríada madre-padre-hija, una espiral interactiva que refuerza el juego parental y por consiguiente, la caída de la hija en la trampa. La madre sigue su conducta habitual de intrusión y el padre, si bien desaprueba los excesos de la mujer, no hace nada para apoderarse del liderazgo que la hija le ofrece silenciosamente

**Quinto estadio:** *Está marcado por el viraje paterno*

La hija se siente traicionada por el padre, transformando sus sentimientos hacia el rencor. La muchacha disminuye su alimentación llevándola a niveles absurdos. Sólo así puede humillar a su madre y mostrarse a su padre cobarde lo que ella es capaz de hacer.

**Sexto estadio: Estrategias basadas en el síntoma**

La paciente señalada ha descubierto el increíble poder que le confiere el síntoma, que le permite reconquistar aquella posición de privilegio ilusorio de la cual gozaba en su infancia y preadolescencia.

En 1999, Selvini y Cols. publican *Muchachas anoréxicas y bulímicas* en donde incorporan la teoría del apego de Bowlby. Describe un tercer tipo de familia con paciente anoréxico-bulímico al cual llamo tipo no A, no B y que finalmente denominó tipo C. Se trata de niñas privadas de un vínculo de apego seguro en la infancia, tanto por parte de la madre como del padre, que han sido criadas por parientes o niñeras que no favorecieron un vínculo seguro, donde no es fácil encontrar un vínculo de dependencia del cual las pacientes hayan disfrutado a lo largo de la vida.

Selvini y el Grupo de Milán (1999) afirman<sup>17</sup>: *“Hoy ya no pensamos que el camino podría ser buscar rígidas tipologías de juegos familiares. Del mismo nodo, ya no pensamos que exista y deba buscarse la familia de la anoréxica. Nos parece evidente que la pretensión de identificar una familia de la anoréxica que se repita de un caso a otro es imposible. En cambio, se verifican dimensiones relacionales y familiares que son más recurrentes que otras”*

Estos autores sostienen que los diversos cuadros psicopatológicos individuales recurren a la defensa anoréxica como un medio común para aliviar sufrimientos que son diferentes según el núcleo básico de la personalidad y la biografía. En el nivel más profundo lo que subyace es “un sentimiento de inadecuación” que les hace sentir un “defecto en sí mismas”. El ayuno y la dieta les proporciona la tranquilidad de tener un cierto control sobre su cuerpo de ansiedades más intensas y de dolores más antiguos.

Identifican dos funciones diferentes del síntoma. La primera función de la anorexia es la expresión del sentimiento de desvalorización que experimenta la paciente y a la vez la defensa que ésta adopta ante su sufrimiento. La segunda función es típica de la fase crónica, en la cual el sujeto se precipita en una condición de estancamiento

Definen cuatro grupos de pacientes en relación a la personalidad:

1. *Con personalidad dependiente*  
 Con apego ansioso-ambivalente, sintomatología anoréxica restrictiva y tipología familiar de tipo A. Es una hija que apoyó a su madre en la infancia; con el síntoma controla la excesiva unión con la madre e intenta una cierta diferenciación, separación de ella, aunque de forma paradójica el mismo síntoma la une más; el riesgo de muerte por inanición la sobreinvolucra.
  
2. *Con personalidad límite*  
 Hipotetiza un apego ambivalente desorganizado con la madre. La tipología familiar es de tipo B, son activamente seductoras y la sintomatología es anoréxica-bulímica. Los anglosajones, según Selvini, han encontrado abusos sexuales en la infancia en muchas de ellas.
  
3. *Con personalidad obsesivo-compulsivo*  
 No encuentra ningún apego seguro con ninguno de los padres o cuidadores. La tipología familiar es de tipo C y el vínculo con la madre inexistente, por la barrera infranqueable que la separa de ella. Existe gran incomunicación e inaccesibilidad por parte de la madre, tiene más carencia afectiva que las dependientes, el apego fue evasivo y la sintomatología es anoréxica-bulímica.
  
4. *Con personalidad narcisista*  
 De difícil acceso terapéutico porque no se involucra en la relación. También tuvo un apego evasivo. Se trata de individuos a los que se ha convertido en adultos de forma prematura. La sintomatología es anoréxico-bulímica.

### ***White***

White (1994) analiza el contexto de la anorexia aplicando ciertas proposiciones de la teoría cibernética ofreciendo una explicación negativa de los hechos que ocurren en los sistemas. En la consideración de la anorexia nerviosa y en las soluciones que intentan los miembros de la familia para resolver este problema, las diversas actitudes posibles en la vida como aspirar a la independencia o madurar, son posibilidades que le resultan inaccesibles o insostenibles.

Este autor se pregunta sobre lo que hace que algunas mujeres sean más vulnerables que otras a desarrollar estos trastornos, dando importancia a la rigidez en el sistema de creencias implícitas que tiene la familia, que eran transgeneracionales por su naturaleza y comprendían:

- a) Alta valoración de la lealtad de los miembros de la familia entre sí y gran adhesión a la tradición familiar
- b) Un papel específico prescrito para las hijas cuyo valor se mide según el grado en que ellas manifiestan “ser para los demás”
- c) La hija que no satisface estos criterios tiende a sentirse culpable.

Las mujeres jóvenes que padecen anorexia nerviosa suelen delegar en otros la responsabilidad de dirigir sus vidas. Con el tiempo se hacen cada vez más dependientes y menos autónomas para planear su futuro y las personas que rodean a estas jóvenes, fundamentalmente los padres, llegan a experimentar una superresponsabilidad por la vida de la joven<sup>18</sup>

### ***Stierlin y Weber***

Stierlin y Weber <sup>3</sup> describen un tipo de familia anoréxica cuyas principales características son la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal. Estos elementos del funcionamiento familiar impiden la individualización relacional de sus miembros y por consiguiente su emancipación emocional. Estas familias suelen tener un poderoso vínculo de lealtad que hace que los hijos se vuelvan susceptibles a ella, esperando los padres la misma lealtad por parte de sus hijos, haciendo de ellos su aliados adultos. En estas familias con frecuencia los padres vuelcan sus vidas en las funciones parentales y la relación de pareja es básicamente a través de los hijos.

## **2. UNA NUEVA MIRADA: LA TERAPIA MULTIMODAL**

Vandereycken describe la aportación de los terapeutas de segunda generación al tratamiento de estos trastornos: *“A partir de 1980 empieza a aparecer la segunda generación de terapeutas de familia, los cuales integran elementos de los diferentes modelos y utilizan de forma más flexible y pragmática conceptos y estrategias provenientes de diversas escuelas de*

*Terapia de Familia. Además se utiliza este tipo de terapia también con pacientes ingresados en el hospital, utilizando así el valor práctico de la hospitalización en el sistema familiar (White, 1983; Andolfi y cols.; Stierlin y Weber, 1987)...progresivamente se percibe una tendencia cada vez mayor a la realización de un abordaje multimodal, ecléctico y flexible del tratamiento de los trastornos de la ingesta, tratamiento que combinaría la terapia individual y la familiar con intervenciones de tipo conductual y cognitivo”<sup>9</sup>.*

Partiendo de que la anorexia nerviosa está determinada de forma multifactorial en su etiología, se va a requerir un abordaje terapéutico multidisciplinario. El tratamiento de este trastorno no sólo debe incluir una terapia individual o grupal con los pacientes, sino que debe englobar también a la familia. De este modo, la unidad de tratamiento sería el paciente y su entorno, constituida por procesos fisiológicos, intrapsíquicos, familiares y sociales. .

Este modelo está dando muy buenos resultados y es reconocido por la APA (1993) en su “Guía práctica para los trastornos alimentarios” y por Yager (1994) como un modelo de gran utilidad para abordar la anorexia nerviosa sin incurrir en simplificaciones peligrosas.<sup>10</sup> Los estudios más recientes sugieren que la anorexia nerviosa en las adolescentes tiene un buen pronóstico siempre que se realice un tratamiento precoz y completo basado en el **modelo multidimensional** de los trastornos de la conducta alimentaria (Garfinkel y Garner, 1982). En concreto, las nuevas directrices de la American Psychiatric Association para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, recomiendan el tratamiento durante 5 a 7 años de todos los casos (Finkelstein, 1999).<sup>19</sup>

En la intervención terapéutica con estas familias se han de tratar aspectos básicos para obtener resultados satisfactorios, tanto en la colaboración familiar como en la paciente:

- a) **Participación activa de la familia** en las decisiones terapéuticas y que ésta asuma el papel de coterapeuta o copaciente, con el propósito de crear una alianza positiva entre la familia y el terapeuta, para facilitar el proceso de cambio. Esta atmósfera de trabajo positiva, evita posteriores abandonos del tratamiento durante las crisis que suelen ocurrir en el mismo.
- b) **Información exhaustiva sobre el tratamiento y el trastorno**; un método que resulta muy útil en esta cuestión son los grupos de padres, que contribuyen a la discusión libre

c) **La valoración del funcionamiento familiar**; todos los miembros de la familia han de estar de acuerdo en las prescripciones del tratamiento para que toda la familia se mueva al unísono en la misma dirección y evitar el fenómeno de negación del trastorno (Vandereycken, 1986).

En los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la valoración de la familia es una parte imprescindible en el proceso diagnóstico, sobre todo cuando se trata de pacientes adolescentes.<sup>20</sup> El estudio y valoración del contexto y de las interacciones familiares es muy importante, puesto que en algunas ocasiones las relaciones familiares pueden estar condicionando los comportamientos desadaptados de la paciente. Se debe prestar, por tanto, gran importancia al contexto familiar y requerir la participación activa de la familia en el tratamiento.<sup>21</sup>

En la literatura se han descrito algunas de las características presentes en las familias con un hijo/a con trastorno de de la alimentación, sin embargo todavía no tenemos certeza de que existan patrones de interacción familiar específicos que puedan estar causalmente relacionados con el desarrollo de trastornos de la alimentación. Lo que si se ha puesto de manifiesto es que el entorno familiar tiene una importancia decisiva a la hora de superar el Trastorno de la Alimentación.<sup>22</sup>

Lo primordial es diferenciar las familias que se encuentran atravesando una crisis temporal de las más crónicamente patológicas<sup>9</sup>, ya que por una parte, los trastornos de la alimentación provocan un deterioro progresivo de las relaciones familiares, y por otra, la eclosión de la enfermedad hace aparecer conflictos preexistentes.<sup>23</sup> Las crisis temporales pueden surgir tanto en el inicio de la enfermedad como en el desarrollo de la misma, sobre todo cuando el proceso es largo. Es curioso como en la anorexia nerviosa, como en otras enfermedades prolongadas, se produce una acomodación a la enfermedad. Los familiares giran alrededor de la enferma, así como sus conductas y sus sentimientos. La totalidad de la familia sufre y se empobrece transitoriamente en sus intercambios, en su forma de comunicarse, “pasando factura a cada uno de sus miembros”. Esta situación es fundamental que pueda prevenirse y contemplarse desde la intervención profesional.

En la práctica clínica, constatamos que no hay una familia prototipo, que la enfermedad aparece en todas las clases sociales<sup>24</sup> y en las familias con los más diversos

rasgos psicológicos y hábitos alimentarios<sup>25</sup>. Pero, en cambio, podemos afirmar que lo que generalmente une a estas familias es la angustia y la impotencia que sienten ante la aparición de la enfermedad y la necesidad de comprensión y seguridad.

### **2.1. Modelo de intervención multimodal**

Vandereycken y su equipo diseñaron un modelo de intervención multimodal para familias con hijos anoréxicos, caracterizada por la utilización secuencial de varios abordajes terapéuticos, de acuerdo a una jerarquización de las intervenciones. Desde este esquema conceptual, el terapeuta puede iniciar el tratamiento desde un nivel básico de dificultad del problema hasta llegar, si es necesario, a uno de dificultad superior con un tratamiento multimodal intensivo. Cada nivel requiere diferentes grados de especialización y competencia de los terapeutas.

#### **Niveles y especialización de los terapeutas**

Nivel 1	Terapia Intensiva
Nivel 2	Intervención
Nivel 3	Información
Nivel 4	Identificación

#### **Identificación (Nivel 1)**

El objetivo más importante de la fase de identificación es una temprana detección haciendo énfasis sobre el diagnóstico y sus consecuencias psicosociales. Una detección precoz constituye sin duda el primer paso en prevenciones secundarias, porque permite una rápida intervención que por lo general se asocia a buenos resultados (Vandereycken y Merman, 1984)

La percepción del trastorno por parte de la familia puede tener importantes implicaciones terapéuticas. La negación del trastorno por parte de los padres es un escollo crucial que hay que salvar. Las actitudes de los padres influirán en la remisión del proceso,

pero en especial cuando los hijos son adolescentes esta actitud negativa de la familia puede ser un impedimento para el tratamiento (Andersen, 1985). Estas actitudes se pueden clasificar en:

- ♦ Negación de la aceptación del trastorno: los padres fracasan en el conocimiento de la gravedad del trastorno alimentario de su hijo, porque admiran su autocontrol, su aspecto físico y su rendimiento académico *“Mi hija es muy capaz de salir de esto”*
- ♦ Desconcierto o confrontación del fracaso: los padres reconocen el problema, pero asumen la actitud de no intervenir y de esperar, temen que la intervención agrave el problema o aumente los conflictos familiares *“Nos amenazó que sería peor si la obligábamos a venir al médico”*
- ♦ Impotencia o fracaso en la intervención: los padres quieren resolver sus problemas, pero fracasan al intentarlo. Para ellos, buscar ayuda profesional es admitir su inadecuación y optan por resguardarse de una interferencia externa *“Lo hemos intentado todo para que comiera”*.

En cada uno de estos casos, la autoprotección de la familia es la razón más importante que sustenta la negativa de solicitar ayuda a profesionales. También es usual que padres alarmados por la pérdida de peso o por haber descubierto signos de anorexia como la amenorrea, se convencen de que su hijo está padeciendo alguna enfermedad somática, y rechacen los aspectos psicológicos sobre los que descansa la anorexia nerviosa.<sup>11</sup>

## **Información (Nivel 2)**

El terapeuta ha de informar a pacientes y familias de los riesgos físicos del trastorno. Los padres, habitualmente acogen de buen grado la ayuda objetiva y directiva por parte del terapeuta, que debe darse en un espacio de confianza para la familia y la paciente, en función de la colaboración, siendo este aspecto clave para el tratamiento.

El soporte a los padres es esencial en el tratamiento y es necesario dedicarles tiempo para explicarles los objetivos del tratamiento con el objetivo de asegurar su cooperación. El propósito es dar una información clara y restaurar su confianza en las propias habilidades educacionales.

### **Intervención (Nivel 3)**

Un gran número de pacientes requieren una intervención y es recomendable un tratamiento orientado al comportamiento de la paciente y de la familia:

1. Enfatizar la responsabilidad de la paciente, haciéndose cargo de su propia enfermedad
2. Proveer a los padres de pautas concretas, pues de esa manera disminuye su ansiedad y desesperanza
3. Ayudar a evitar la autoderrota y neutralizar el problema del rechazo de la comida o la amenaza de la pérdida de peso.

Existen dos reglas básicas que deben ser explicadas: la familia tiene que restaurar sus patrones de vida normal y la paciente restituir su salud física y psicológica.

### **Terapia Intensiva (Nivel 4)**

Algunas pacientes necesitan inducir y mantener cambios significativos en sus patrones de vida. En algunos casos, esto implica una separación intencional, y es cuando se plantea la hospitalización. Además de los casos de ingreso por urgencia médica, puede estar indicado en los casos de deterioro orgánico con importante pérdida de peso, disfunciones graves familiares, negativa por parte de la paciente a seguir tratamiento ambulatorio o grave psicopatología asociada. La opción del ingreso hospitalario debe estar contemplada haciendo coparticipe a la familia y aunque su colaboración sea indirecta deberá involucrarse en el tratamiento. (Vandereycken, 1991; Bell Villar, 1997)

## 2.2. CON QUE NOS ENCONTRAMOS: ALTERACIONES DE LA VIDA FAMILIAR

Observamos como una vez iniciado el cuadro de se producen **alteraciones en la vida familiar**, como las que describimos a continuación:

1. La familia desde el primer momento puede cambiar **su forma de vida y sus prioridades**. La prioridad es la paciente. Es importante apoyarle desde el inicio de la enfermedad, acompañarle a las diferentes consultas, observar si sigue las indicaciones,...Es frecuente que los padres y en ocasiones también los hermanos dejen de hacer actividades que habitualmente hacían, por si la paciente puede necesitarles o porque no se quede sola en el domicilio.
2. La enfermedad va a obligar a la familia a introducir cambios en la **organización familiar** tales como:
  - Adecuar sus horarios a las horas de comida del enfermo
  - En ocasiones abandonar el trabajo o trasladarse a otra ciudad si la propia no cuenta con recursos adecuados
  - Organizar a los hermanos o familiares directos del enfermo
  - Modificar las vacaciones y los desplazamientos habituales....

En definitiva , estos cambios suponen un esfuerzo de adaptación a todos los miembros de la unidad familiar, produciendo un nivel de estrés determinado, que variará de acuerdo con la capacidad de organización de la familia.

3. Las **relaciones interpersonales** en el seno del grupo familiar se **modifican**, pudiendo hacerse conflictivas, como consecuencia de la tensión que vive la familia ante el impacto de la enfermedad. Toda la familia gira en torno al trastorno de la alimentación, produciéndose cambios en las relaciones familiares. Esta situación es perjudicial para la paciente, por que puede mantener, o en ocasiones agravar sus síntomas. Cuando las relaciones familiares son conflictivas, la familia **puede y suele reforzar** positivamente los **comportamientos** de rechazo alimenticio así como los de carácter compulsivo.
4. Se suelen generar **situaciones tensas** relacionadas con las **comidas**. Las horas de la comida pasan a ser vividas con temor, no sólo para la paciente sino también para el resto

de miembros de la unidad familiar, que están pendientes de lo que la enferma come o no come, de cuanto come, de cómo reacciona, etc. En esta situación es difícil que alguien disfrute de la situación de la comida.

5. El funcionamiento de la familia suele alterarse, sobre todo en las **pautas de interacción** padres-hijo, y sobre todo madre-hija, pasando a ser oscilantes e incoherentes. Aparecen **dificultades** en la **familia** en cuanto a la realización de tareas, representación de papeles, comunicación y la expresión afectiva. Observamos en determinados casos reacciones de **enfado** en la familia cuando ven que su hija no avanza o que hay una recaída. Este malestar suele depositarse en la paciente –diciéndole que no colabora- y en el equipo que asume el tratamiento. En otras ocasiones, los padres suelen **reaccionar depresivamente** ante el trastorno de su hijo, como consecuencia del desgaste de la familia y de la impotencia que sienten ante la enfermedad.
  
6. Cuando se da una **falta de autoridad adecuada y coordinada** con los padres aparecen problemas educativos al no existir límites y normas claras. Cuando nos referimos a una **autoridad adecuada** queremos decir que debe existir un equilibrio entre el control y la autonomía adaptado a la edad del hijo. Y una autoridad **coordinada** hace referencia a que ambos padres estén de acuerdo y apoyen para que el hijo sepa claramente cuáles son las expectativas.<sup>26</sup>

## **2.3. DOS NIVELES EN LA INTERVENCION FAMILIAR: EL TRABAJO CON LA FAMILIA Y LA TERAPIA DE FAMILIA**

### **2.3.1. EL TRABAJO CON LA FAMILIA**

Como hemos comentado anteriormente, se debe incluir la información sobre el tratamiento y ayuda a los padres. La familia debe conocer lo antes posible el problema, identificarlo correctamente y superar creencias erróneas que pueden retrasar las intervenciones. Como hemos comentado anteriormente, no se puede garantizar el éxito del tratamiento si no se cuenta con la colaboración de la familia.

El trabajo con la familia es necesario en todos los casos de T.C.A. y no es sinónimo de terapia familiar. El **objetivo central** del trabajo con la familia es colaborar en su organización para hacer frente a una enfermedad grave y prolongada. La familia no es la causa del trastorno pero se verá siempre afectada por él, y puede ser uno de los elementos de mantenimiento del cuadro. Por tanto, su colaboración es un factor de buen pronóstico, ya que asegura el cumplimiento del tratamiento.

A la vez que se inicia el tratamiento individual de la paciente (farmacológico, cognitivo-conductual,...) comienza la intervención con la familia. Es muy útil incluir a la paciente en la intervención familiar, ya que las entrevistas conjuntas nos permitirán captar mejor el verdadero funcionamiento de las relaciones familiares y también el grado de hostilidad al que han llegado.

Se trataría, por tanto de un **abordaje familiar que ofrezca soporte y orientación**. La mayoría de padres lo que necesitan en la primera fase del tratamiento es **comprensión y seguridad**, por lo que es obligado e imprescindible un acercamiento a la familia trabajando con ella **en colaboración**. La familia va a necesitar soporte y orientación con respecto al tratamiento de la paciente y la adquisición de habilidades en resolución de problemas. Todas las familias podían beneficiarse de una orientación de este tipo, donde sean tratadas simplemente como **familias, que deben afrontar una enfermedad**.<sup>27</sup> Una intervención de este tipo, puede beneficiar a todos los padres en orden al tratamiento global de la paciente y la adquisición de habilidades en resolución de problemas.

Este tipo de entrevistas permiten valorar cómo ha reaccionado la familia hasta ese momento, qué tipo de interacción se producen (sobreimplicación, sobreprotección, rigidez, ...) y las dificultades que tienen para afrontar situaciones problemáticas. Igualmente constituyen un espacio indicado para abordar como es el desarrollo psicosocial de la paciente, los aspectos de la comunicación familiar y la colaboración en el tratamiento de cada miembro de la familia.

Una familia que comienza a avanzar y a involucrarse activamente en el proceso de recuperación, se encuentra en el camino de llegar a la aceptación. Cuando la familia funciona como un equipo y decide apoyar los esfuerzos del paciente hacia la mejoría, es también muy importante que los miembros de la misma tengan en cuenta su propio bienestar. El

diagnóstico crea un fuerte estrés en cada miembro de la familia y cada individuo debe tomar en consideración el mantenimiento de su propia salud.

El haberse establecido un espacio, como contenedor para poder hablar de los problemas, permite en ocasiones a la paciente y a su familia relativizar y tolerar mejor determinadas situaciones críticas que ocurren en el domicilio, evitándose algunos conflictos, favoreciendo que la tensión en casa disminuya.

Otra forma de trabajo con la familia son los **grupos de padres**. Estos pueden ser grupos psicoeducativos y grupos de apoyo:

- **Grupos psicoeducativos:** el objetivo de estos grupos es orientar y ayudar a la familia a identificar con claridad el problema, sus causas, el curso y cómo se desarrolla, cuales son sus síntomas y tratamientos empleados para que así puedan intervenir en cierta medida en el proceso de mejora y curación de sus hijas/os. Proporciona a los padres u otros familiares de los pacientes información detallada y clara de la enfermedad, y pautas a seguir para hacer frente a los problemas que están causando no sólo en el individuo enfermo sino también en los demás miembros de la familia.<sup>28</sup> . Son más indicados al inicio del tratamiento

- **Grupos de apoyo:** Los grupos de apoyo para padres constituyen otra forma de trabajo con la familia, siendo de gran utilidad para lograr una implicación familiar positiva en el tratamiento ayudando a los padres a enfrentarse con el trastorno del hijo.<sup>29</sup>

Estos grupos son un apoyo en la atención de sus hijas, donde suelen nombrar las características de la enfermedad, la forma de entender los comportamientos y las actitudes de los pacientes. Se les insiste en el conocimiento de la enfermedad, en tratar de entender a la hija enferma y su lenguaje para poder entenderle y apoyarle.<sup>30</sup> Igualmente, ayudan a reducir los sentimientos de aislamiento en los padres intercambiando información entre sí. Los miembros del grupo asumen progresivamente y de manera más activa sus roles dando consejos, reconstruyendo experiencias pasadas y haciéndose conscientes de sus propios problemas.<sup>23</sup> En definitiva, les proporciona un lugar donde pueden intercambiar experiencias.<sup>31</sup>

### 2.3.2. LA TERAPIA FAMILIAR

En una buena parte de estos trastornos será necesaria una terapia familiar, puesto que se evidencian problemas familiares mucho más trascendentes: elevado nivel de conflictividad, una gran desorganización o una gran cohesión, psicopatología que afecta a otros miembros de la familia, problemas conyugales y familiares,...

Además del trabajo con los padres, de forma periódica podrán tener lugar reuniones de la familia en pleno. Estas reuniones que tienen como objetivo hacer participar directamente a los demás miembros de la familia, son especialmente indicadas en las siguientes situaciones.

- Cuando interese ampliar el estudio psicosocial
- Ante situaciones de recaída o resistencia al tratamiento
- Ante la fragilidad de la autoridad parterna y materna o ruptura familiar
- Para reformular las estrategias de tratamiento
- Para viabilizar una mejor comunicación del paciente y sus hermanos
- Para evaluar los logros de los objetivos propuestos <sup>25</sup>

Uno de los focos de atención del terapeuta debe ser comprobar de qué manera está la familia promoviendo **la autonomía de sus miembros**. La frecuencia con que esta enfermedad aparece en los albores de la adolescencia y durante ella, hace que éste deba ser un ángulo privilegiado para estudiar este proceso. A medida que el niño entra en la pubertad, el grupo de pares se vuelve más importante y las fronteras de la familia con el mundo externo debieran ser lo suficientemente flexibles, debiendo cambiar los padres el patrón de control por el de supervisión. Es importante en esta etapa, el apoyo mutuo entre los padres y en que medida están en condiciones de procurarse ámbitos de satisfacción extrafamiliares, ya que según como se encuentren la pareja de padres, desprenderse de los hijos puede resultar amenazante, puesto que implica una reacomodación de la pareja parental. <sup>15</sup>

Para Selvini Palazzoli y cols. (1999) el **objetivo del tratamiento** es el mismo que para otras patologías mentales en la adolescencia: *“Hacer evolucionar a la paciente de una*

*condición de impotencia y de confusión, en que manifiesta sólo a través del síntoma el sufrimiento que le proviene la posición existencial insostenible en que ha acabado encontrándose....Este objetivo general se articula de diferente manera, según cual sea el tipo de personalidad subyacente a la defensa anoréxica”.* <sup>17</sup> Como objetivo más específico, y centrándose en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, plantean el combatir el profundo sentimiento de desvalorización de la paciente, sólo aplacado por el intento de tener y de demostrar un poder y un control, desafiándose a si misma.

## **A) LA PRIMERA ENTREVISTA**

### **Objetivos de la primera entrevista**

El primer objetivo para el terapeuta de familia es la vinculación con la familia y establecer un sistema terapéutico constituido por la familia, el profesional que se hace cargo de la parte médica e intervención conductual y el mismo. Para lograrlo es imprescindible el contacto previo con los profesionales implicados y conocer la evaluación desde los distintos enfoques terapéuticos.

La posición del terapeuta a priori debe ser la de un explorador neutral, colocándose en una posición de escucha activa, comprensiva con el sufrimiento de todos los miembros. Algunos autores defienden la conveniencia de subrayar, en primer lugar el sufrimiento personal que expresa el síntoma alimentario, y por tanto, la necesidad de entender la función del síntoma y por otro, verificar cuales son los recursos para el cambio, es decir, identificar quien está más dispuesto a tomar el arduo camino de una implicación terapéutica (Selvini Palazzoli y cols, 1999)

Stierlin y Weber ( 1990) describen las tres tareas centrales en un primera entrevista con una familia con una hija con anorexia:1) Obtener información *valedera sobre* el sistema lo más rápidamente posible; 2) Introducir información *en* el sistema; 3) Establecer una relación sólida *con* el sistema. El interrogatorio circular y la formulación de hipótesis como guía, constituyen el método ideal para cumplir esos tres requisitos.

### **¿A quien invitamos a la primera entrevista?**

Sierlin y Weber (1990) han ido descubriendo a través de la experiencia que es mejor invitar a la familia nuclear (padres e hijos) a la primera entrevista, incluyendo a hermanos y hermanas que ya no viven el hogar. Es conveniente hacerlo así, ya que aunque la tríada conflictiva central tal vez consista solamente en padre, madre y paciente identificada, el incorporar a otros miembros familiares introduce nueva información. Estos autores no son partidarios de invitar a las primeras entrevistas a los abuelos, ya que por lo general son difíciles de manejar ya que suelen tener ideas muy arraigadas sobre como deben ser las cosas.

Estos autores muestran su flexibilidad en cuanto a la convocatoria de la familia, sugiriendo que se hagan presentes los progenitores y los hijos, sugiriendo que al menos tres miembros de la familia deben hacerse presente y dejando que sea la familia quien decida. Por tanto, no exigen la presencia de toda la familia ni deciden con exactitud quienes van a acudir a la entrevista.

Selvini Palazzoli y cols. (1999) reflexionan igualmente sobre a quien invitar a la primera entrevista tras la llamada telefónica llegando a las siguientes conclusiones:

1. El miembro de la familia que telefona siempre será convocado, pues ha dado pruebas de ser la persona más motivada para pedir ayuda y es a quien se le comunica que será oportuna la presencia de los familiares, a condición de poder hablar sin reticencias y siempre que nadie venga arrastrado contra su voluntad, al menos en el primer contacto. Se deja la decisión a quien telefona.
2. En cuanto a los hermanos, no se solicita su presencia en el primer contacto, para marcar la diferencia entre su responsabilidad y la de sus padres. La convocatoria de los hermanos es postergada para una futura entrevista
3. En el caso en el que el solicitante ya en la primera llamada comunique que alguien de la familia no es favorable para la consulta familiar, se mantiene el primer contacto con quiera venir, para valorar o no la conveniencia de un trabajo familiar

4. En el caso de que sea la paciente la que llame, se le convoca a la misma dejándole decidir si prefiere venir sola o con los padres

### **¿Que preguntamos en la primera entrevista?**

Si bien en una primera entrevista estamos en condiciones de plantear todo tipo de preguntas, éstas van a depender de nuestras hipótesis y de las reacciones de los miembros de la familia ante ellas. Es frecuente que pasemos la mayor parte de la primera entrevista esclareciendo el contexto de la terapia. La velocidad que imprimamos al proceso de interrogatorio depende en gran medida de cómo se desarrolla el clima de relaciones, ya que hay familias que se ponen muy a la defensiva ante preguntas sobre sus relaciones o no están acostumbrados a hablar de los procesos interpersonales. Son de gran utilidad igualmente las preguntas que procuran vincular el presente con el pasado y también, en última instancia con el futuro.

Sierlin y Weber (1990) proponen que los miembros de la familia decidan donde quieren sentarse en la sala, como en toda situación de entrevista, ya que los resultados pueden brindar algunos indicios acerca de las relaciones mutuas. Igualmente plantean la necesidad de explicar el marco terapéutico y formular preguntas sobre el contexto de la entrevista y las expectativas sobre la terapia.

En la primera entrevista el terapeuta debe centrarse en explorar los siguientes aspectos:

- a) Preguntar a cada uno de los padres su versión acerca de cuando sitúa el comienzo de los síntomas, que fue haciendo cada uno de ellos al respecto y que cosas dieron resultado y cuales no
- b) Como se explican cada uno de ellos la concurrencia de la enfermedad; quien es el que está más preocupado, frustrado, agotado o esperanzado. Cual es el miembro de la familia que está más próximo y cual es el más alejado de la paciente
- c) Como era la vida de la familia antes de que se desatara el conflicto, cómo era la relación entre los miembros de la familia

- d) Qué es lo que más lamentan haber perdido y que es lo que quisieran lograr como beneficio del tratamiento.<sup>32</sup>
- e) Preguntar a cada miembro que defina que tipo de ayuda, en que cuestiones es posible ayudar o que describa cual es la preocupación, que le gustaría cambiar

Desde el punto de vista técnico es central en este primer momento favorecer que cada uno tenga la libertad de poder expresarse sin interrupciones por parte de los demás miembros de la familia. Al terapeuta le interesa la mirada de todos ya que cuanto más completa y compleja sea la descripción, tanto mejor será para comprender a la familia. En la entrevista se debe confirmar a cada miembro de la familia que se toma en cuenta su descripción del problema y de esta manera comprenderá que se le ha entendido y que es importante su visión.

A continuación se inicia una etapa de la sesión en busca de aspectos relacionales del síntoma. La primera entrevista no es jamás un momento para realizar un desafío , para crear intensidad buscando modificar la estructura familiar o desnivelar una pareja. El objetivo es vincularse y mostrar que se está interesado en ayudar y que por ello se pregunta. La responsabilidad para el terapeuta es que al final de la primera sesión no sólo debe estar vinculado con la familia, sino que habrá tenido que mostrar, para que vuelvan que algo interesante ha ocurrido en ese sitio, es decir, que ese espacio es para hablar de otras cosas y que no volveremos a las estereotipadas disputas que son habituales (como/no come, vomita/no vomita, estás delgada/estás gorda, has subido o bajado de peso,etc).

Un buen final es poder haber co-construído con la familia una cierta descripción, una comprensión parcial del fenómeno anoréxico habiéndolo conectado con aspectos relacionales intrafamiliares o extrafamiliares.<sup>5</sup> En definitiva, la finalidad de las entrevistas en la fase inicial es comprender el lugar que ocupa el problema en la familia y en cada uno de sus miembros.

## **B) LA TERAPIA DESPUES DE LA PRIMERA ENTREVISTA**

### **Programa**

Stierlin y Weber proponen que inicialmente los intervalos entre las sesiones son de cuatro a seis semanas; luego- tras la cuarta o quinta entrevista- suelen extender los intervalos, por lo que el curso total de la terapia es de más de dieciocho meses. Selvini igualmente marca un intervalo entre las sesiones de un mes.

### **Objetivos generales de las siguientes entrevistas**

Si en el curso de la primera entrevista lo que orienta la elección de nuestras preguntas es la retroalimentación recibida de la familia, en las sesiones siguientes también se basa la elección de intervenciones en la reacción de la familia sobre las intervenciones efectuadas en la sesión precedente. La cuestión central es “¿*Algo ha cambiado en la familia o no?*”. La preocupación está centrada en las modificaciones producidas en la posibilidad de la individuación en las relaciones, o en la coindividuación y coevolución de toda la familia (Stierlin y Weber, 1990)

Es importante valorar el nivel de desarrollo de la paciente y el momento en el que se encuentra ella en su vida como adolescente y el resto de los miembros de la familia.<sup>33</sup>El foco del proceso terapéutico es el bajo grado de diferenciación de la paciente identificada; su detención en el proceso evolutivo. En consecuencia se favorece “la individuación contra” que no sea con la comida. También se explora la red social de la paciente identificada y de su familia, ya que un objetivo será incrementarla.

En este sentido, N. Barbagelata (2001) nos insiste en que no hay que olvidar que detrás de la imposibilidad por parte de los padres de introducir la individuación contra, en general, hay una historia llena de carencias, de pérdidas tempranas, aislamiento, etc, así como una insatisfacción conyugal de larga duración. Se debe ir a la historia de los padres para poder producir un cambio estructural en el aquí y ahora de la familia, y que éste perdure. Se ha de usar la historia pasada de los padres para favorecer una cierta elaboración, para disminuir el conflicto conyugal manifiesto u oculto, ya que se necesita rescatarlos como padres

responsables. A veces es útil para responsabilizarlos como padres hacer hincapié en su propia historia como hijos de familias disfuncionales y hablar del sufrimiento que ellos padecieron.

La intervención está encaminada a <sup>32</sup>:

- Evaluar el funcionamiento de cada uno de los sub-sistemas (conyugal, parental, fraternal e individual) atendiendo al grado de proximidad y distancia de sus miembros, y todo calibrando en relación con el estadio del desarrollo en que se encuentren.
- Medir la funcionalidad del subsistema parental, la capacidad de los padres de apoyarse mutuamente como tales y como cónyuges.
- Detectar la presencia de formaciones triangulares y el grado de control que ejerce la paciente sobre la familia a través de su sintomatología. Es importante determinar si esta formación es estable o alternante y también si se ha estructurado a partir del desarrollo de la enfermedad o viene desde tiempo atrás
- Valorar el nivel de desarrollo y satisfacción de cada uno de los miembros y la capacidad de resolución de conflictos en otras áreas.

### **¿Cómo se llevan a cabo estos objetivos?**

Para Selvini y cols (1999) el formato ideal sería alternar, por un lado las sesiones familiares, con la familia al completo o con los distintos subsistemas (en especial, padres y patria), en las que echar luz sobre el juego familiar y tratar de modificarlo, y por el otro lado, sesiones individuales con la paciente. En la práctica, este formato ideal no siempre es practicable, por lo que se tiene que partir de otros formatos (el trabajo individual con cada miembro de la familia, el trabajo paralelo con la pareja y la paciente, el trabajo paralelo con la madre y la paciente, el trabajo sólo con la madre o sólo con el padre o sólo con la pareja y el trabajo sólo con la paciente)

Cuando no es posible con la modalidad descrita romper el impasse de la pareja, se llevan a cabo entrevistas con los padres por separado con el fin de reconstruir la historia infantil y mostrar lo que aporta cada uno al conflicto conyugal. A veces es necesario para

hacer esta reconstrucción histórica solicitar que el padre-madre traiga a un hermano de su patria que ayude con dicho objetivo.

El terapeuta debe devolver la manera cómo el percibe las dificultades emocionales y sociales de la paciente y familia y el tratamiento queda planteado como una experiencia de crecimiento y exploración de ámbitos desacostumbrados pero que incluyen la recuperación del peso como pre-condición indispensable para ir resolviendo los diferentes aspectos evaluados.

Respecto a los cambios que debe experimentar la familia en el proceso terapéutico, sólo hay dos situaciones posibles según Stierlin y Weber (1990):

#### 1.- Que haya cambios observables

*“Los cambios importantes sólo pueden surgir cuando hemos hecho una indagación bien intensiva....Lo que frecuentemente ocurre es que aquellos elementos que visualizamos como cambios positivos son descartados como insignificantes o rechazados como indeseables para la familia...En tal caso cabe presuponer que tales cambios son experimentados como si representasen una amenaza, como ocurridos demasiado rápidamente o como demasiado problemáticos, con lo cual provocan medidas en su contra de parte de la familia”.*

Otra reacción posible es la posibilidad de que los cambios en la dinámica de individuación sean evaluados como positivos y útiles. *“En este caso se consideramos necesario atribuir el mérito de ese cambio a la familia y reconocer explícitamente sus logros transmitiendo a la familia la sensación de que tenemos confianza en su potencial de ulterior desarrollo”.* En ocasiones, también es necesario añadir cierta dosis de escepticismo siendo útil para transmitir estos mensajes contradictorios producir una división (en el equipo o en el terapeuta)

#### 2.- Que nos los haya

En este caso los terapeutas debemos plantearnos una serie de preguntas en relación a las primeras intervenciones para poder determinar la manera de proceder.

## **Estrategias terapéuticas**

Stierlin y Weber (1990) analizan una serie de dificultades implícitas en el tratamiento de las familias atadas por vínculos muy estrechos, en general, y las familias con una hija con anorexia, en particular. La tarea terapéutica crucial en relación con estas familias consiste en general en iniciar una progresiva individuación, lo cual significa que la tarea del terapeuta sistémico es posibilitar que los miembros de la familia perciban y reconozcan estas diferencias.<sup>3</sup>

Los principios en el tratamiento para estos autores serían los siguientes:

- **Preguntas circulares:** El interrogatorio circular ha resultado ser un instrumento particularmente sensible para encarar estos desafíos terapéuticos
  
- **Preguntas diferenciadoras:** Las preguntas insistentes acerca de las diferencias y distinciones frecuentemente provocan un cambio de enfoque y una creciente evasión. Con frecuencia, en estas familias podemos obtener información más clara, por boca de los hijos que por labios de los adultos (hay que cuidar no exponerlos a conflictos de lealtad). Por esta razón suele ser mejor respetar la jerarquía familiar y preguntar primero a los padres.
  
- **El tira y afloja del terapeuta, ante el temor a la separación.** Las fuerzas vinculantes son especialmente poderosas en familias donde en el pasado ha habido pérdidas que se experimentaron como traumáticas. En el trabajo con familias centrípetas, los terapeutas suelen verse tentados a trazar de reforzar las fronteras interindividuales y alentar y apoyar a los hijos en busca de autonomía, por lo que se establecerá un tira y afloja con la familia que exigirá habilidad al terapeuta
  
- **Evaluación positiva del estado de las cosas:** La connotación positiva aparece como información nueva para las familias en las que sus miembros se han criticado y menospreciado mutuamente. Las familias que se intercambian connotaciones casi exclusivamente positivas suelen ser mucho más propensas a recibir incentivos de cambio cuando se expresan opiniones más críticas acerca de su conducta.

- **La neutralidad:** Es fundamental mantener la neutralidad del terapeuta, hasta el punto que los especialistas en terapia de familia sólo consideran que su labor es eficaz a largo plazo en una meta-posición. La habilidad del terapeuta reside en hacer algo que las familias unidas por vínculos muy estrechos sólo muy rara vez logran: considerar las pautas significativas de relación desde una perspectiva externa. La neutralidad suele interpretarse erróneamente como no involucración, lo que no es así en el terapeuta sistémico, ya que como participante comparte la responsabilidad de lo que suceda, transmitiendo el mensaje de que hay muchas maneras de ver, explicar y cambiar algo. Es importante garantizar la neutralidad con todos los miembros de la familia, al igual que es fundamental ganar la confianza de estas jóvenes al comienzo de la terapia.

### **Intervenciones finales**

Se han descrito algunas intervenciones finales especialmente útiles para casos de familias con anorexia:

- *Connotación positiva/ Reinterpretación:* Mediante esta intervención destacamos lo que el paciente identificado está haciendo por su familia: la manera en que apoya la cohesión familiar, da muestras de lealtad, encarna una tradición familiar y sistema de valores que trasciende las fronteras generacionales (White, 1983; Stierlin y Weber, 1980)
- *Prescripción de rituales:* Se pueden prescribir diferentes rituales de acuerdo con la naturaleza del problema
- *Hacer que los padres informen a sus hijos sobre su separación de sus propios padres*
- *Escribir cartas:* El equipo en lugar de la intervención final envía una carta para toda la familia.

## BIBLIOGRAFIA

- BARBAGELATA, N. (2001) "Actualización de las dinámicas familiares en pacientes con trastornos de la alimentación y su tratamiento" En: GARCIA-CAMBA E. (Coord) *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Masson. Barcelona
- BELL VILLAR, M. (1997) *Terapia Familiar en la anorexia nerviosa*. En Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad. Editorial Masson. Barcelona.
- BEUMONT P. ; TOUYZ, S. (1999) "Anorexia Nervosa. New Approaches To Management" Modern Medicine of Australia, June 99, 95-110
- BOWEN, M. (1989) *La terapia familiar en la práctica clínica*. Desclée de Bronwer. Bilbao
- CELADA, J. (1996) *Trabajo con los padres y grupo de padres: el trabajo ambulatorio*. En Clínica y Tratamiento de la Anorexia Nerviosa en Adolescentes. AETCA Y ADANER. Madrid.
- ESPINA, A. (1997) *Evaluación y Proceso Terapéutico en un caso de anorexia nerviosa*. *Sistémica*. 1997; (3) 67-98
- FERNÁNDEZ, F. y TURÓN, V. (1998) *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Editorial Masson. Barcelona.
- FINKELSTEIN, J.B. (1999) "Apa updates eating disorders guideline", *Clinical psychiatry news* 27 (9):7, .
- GARCES, E y otros (1997) *Grupos de asesoramiento de padres de pacientes anoréxicos-as. Una experiencia desde el Trabajo Social*. . Revista de Trabajo Social y Salud. Nº 28 Diciembre 1997. Zaragoza
- GARCES, E (2001) *Trabajo Social en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Revista de Trabajo Social y Salud. Nº 40 Diciembre. Zaragoza.
- GARCES, E (2002) *Intervención familiar en trastornos de la conducta alimentaria* Revista Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Año 2 nº 2 Junio
- GUELLAR D; CRISPO, R. (2000) *Adolescencia y Trastornos del comer*. Editorial Gedisa. Barcelona
- HERSCOVICI, C.R.; BAY, L. (1990) *Anorexia y bulimia nerviosa. Amenazas a la autonomía*. Paidós. Buenos Aires
- HUERTA GONZALEZ (2003) *Psicoterapia sistémica y de grupo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria* En: CHINCHILLA A. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* Masson Barcelona
- KARWAUTZ, A. (2003) *Factores de riesgo y protección para la anorexia nerviosa*. En Anorexia Nerviosa Rojo Moreno y Cava (Editores) Ariel

- MATAS, R. (2003) "Anorexia: el lenguaje del desafío" En: TINAHONES F. (Coord.) *Anorexia y Bulimia: una experiencia clínica*. Díaz de Santos. Madrid
- MINUCHIN (1978) *Psychosomatic Families: anorexia nervosa in context* Cambridge, 1978
- MINUCHIN (1990) *Familias y Terapia Familiar*. Editorial Gedisa Barcelona
- MINUCHIN S., FISHMAN H. (1988) *Técnicas de Terapia Familiar* Editorial Paidós. Barcelona
- MORANDÉ, G. (1995) *Un peligro llamado anorexia*. Colección temas de Hoy. Madrid.
- QUINTANILLA, M.A., VELILLA, J.M. y otros. *Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil tras un intervalo de 10 años*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Nº 1 Marzo 1998.
- RAMOS MIRAVET M.J. (2000) "Intervención con las familias" En: TURON GIL V. *Anorexia y bulimia nerviosas. Atención y prevención Interdisciplinar*. Consulting Dóvall Las Palmas de Gran Canaria
- RODRIGUEZ VEGA (1994) "Orientación sistémica de la anorexia nerviosa" En: CHINCHILLA MORENO. A. *Anorexia y bulimia nerviosas*. Ediciones Ergon. Madrid
- SALORIO, P.; RUIZ, M.E.; TORRES, A.; SANCHIS, F., NAVARRO, L. (1999) *Psicoeducación familiar en grupo en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa*". Psiquiatría.com (Revista electrónica) 1999 (Citado 18 de Junio 1999); 3 (1)
- SELVINI M. (1989) *Paradoja y contraparadoja*. Editorial Paidós. Barcelona
- SELVINI PALAZZOLI, M.; CIRILLO S.; SELVINI, M. SORRENTINO, A.M. (1990) *Los juegos psicóticos en la familia*. Editorial Paidós Barcelona.
- SELVINI PALAZZOLI M, CIRILLO S, SELVINI M. SORRENTINO A.M. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós. Barcelona.
- STIERLIN H; WEBER G. (1990) *¿Que hay detrás de la puerta de la familia?* Editorial Gedisa. Barcelona
- VANDEREYCKEN W, CASTRO J. VANDERLINDEN J. (1991) *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Editorial Martínez Roca. Barcelona
- WHITE M. (1994) *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Editorial Gedisa. Barcelona
- WOODSIDE B.D. (1995). *A review of anorexia and bulimia nervosa*. Current problems in Pediatric, Nº 25 (2)

- <sup>1</sup> BEUMONT P. ; TOUYZ,S (1999)"*Anorexia Nervosa. New Approaches To Management*" Modern Medicine of Australia, June 99, 95-110
- <sup>2</sup> GUELAR D; CRISPO, R. (2000) *Adolescencia y Trastornos del comer*. Editorial Gedisa. Barcelona
- <sup>3</sup> STIERLIN H; WEBER G. (1990) *¿Que hay detrás de la puerta de la familia?* Editorial Gedisa. Barcelona
- <sup>4</sup> BOWEN,M. (1989) *La terapia familiar en la práctica clínica*. Desclée de Bronwer. Bilbao
- <sup>5</sup> BARBAGELATA, N. (2001) "Actualización de las dinámicas familiares en pacientes con trastornos de la alimentación y su tratamiento" En: GARCIA-CAMBA E. (Coord) *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Masson. Barcelona
- <sup>6</sup> MATAS, R. (2003) "Anorexia: el lenguaje del desafío" En: TINAHONES F. (Coord.) *Anorexia y Bulimia: una experiencia clínica*. Díaz de Santos. Madrid
- <sup>7</sup> SELVINI m. (1989) *Paradoja y contraparadoja*. Editorial Paidós. Barcelona
- <sup>8</sup> SELVINI PALAZZOLI M, CIRILLO S, SELVINI M. SORRENTINO A.M. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós. Barcelona.
- <sup>9</sup> VANDEREYCKEN W, CASTRO J. VANDERLINDEN J.(1991) *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Editorial Martínez Roca. Barcelona
- <sup>10</sup> ESPINA, A. (1997) *Evaluación y Proceso Terapéutico en un caso de anorexia nerviosa*. *Sistémica*.1997; (3) 67-98
- <sup>11</sup> BELL VILLAR, M. (1997) *Terapia Familiar en la anorexia nerviosa*. En: Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad. Editorial Masson. Barcelona
- <sup>12</sup> RODRIGUEZ VEGA (1994) "Orientación sistémica de la anorexia nerviosa" En: CHINCHILLA MORENO. A. *Anorexia y bulimia nerviosas*. Ediciones Ergon. Madrid
- <sup>13</sup> MINUCHIN (1990) *Familias y Terapia Familiar*. Editorial Gedisa Barcelona
- <sup>14</sup> MINUCHIN S., FISHMAN H. (1988) *Técnicas de Terapia Familiar* Editorial Paidós. Barcelona
- <sup>15</sup> HERSCOVICI, C.R.; BAY, L. (1990) *Anorexia y bulimia nerviosa. Amenazas a la autonomía*. Paidós. Buenos Aires
- <sup>16</sup> SELVINI PALAZZOLI, M.; CIRILLO S.; SELVIBI, M. SORRENTINO, A.M. (1990) *Los juegos psicóticos en la familia*. Editorial Paidós Barcelona.
- <sup>17</sup> SELVINI PALAZZOLI M, CIRILLO S, SELVINI M. SORRENTINO A.M. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós. Barcelona.
- <sup>18</sup> WHITE M. (1994) *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Editorial Gedisa. Barcelona
- <sup>19</sup> FINKELSTEIN, J.B. (1999) "Apa updates eating disorders guideline", *Clinical psychiatry news* 27 (9):7, .
- <sup>20</sup> WOODSIDE B.D. (1995). *A review of anorexia and bulimia nervosa*. *Current problems in Pediatric*, N° 25 (2)
- <sup>21</sup> BEL VILLAR,M. (1997) *Terapia Familiar en la anorexia nerviosa*. En Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad. Editorial Masson. Barcelona.
- <sup>22</sup> KARWAUTZ, A. (2003) *Factores de riesgo y protección para la anorexia nerviosa*. En *Anorexia Nerviosa* Rojo Moreno y Cava (Editores) Ariel
- <sup>23</sup> FERNÁNDEZ, F. y TURÓN, V. (1998) *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Editorial Masson. Barcelona.
- <sup>24</sup> QUINTANILLA,M.A., VELILLA,J.M. y otros. *Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil tras un intervalo de 10 años*. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. N° 1 Marzo 1998.
- <sup>25</sup> CELADA, J. (1996) *Trabajo con los padres y grupo de padres: el trabajo ambulatorio*. En *Clínica y Tratamiento de la Anorexia Nerviosa en Adolescentes*. AETCA Y ADANER. Madrid.
- <sup>26</sup> GARCES,E (2001) *Trabajo Social en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. *Revista de Trabajo Social y Salud*. N° 40 Diciembre. Zaragoza.
- <sup>27</sup> GARCES, E (2002) *Intervención familiar en trastornos de la conducta alimentaria* *Revista AGATHOS*. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Año 2 n° 2 Junio
- <sup>28</sup> SALORIO,P.;RUIZ,M.E.;TORRES,A.;SANCHIS,F., NAVARRO,L. (1999) *Psicoeducación familiar en grupo en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa*". *Psiquiatría.com* (Revista electrónica)1999 (Citado 18 de Junio 1999); 3 (1)
- <sup>29</sup> ROSE Y GARFINKEL, VANDEREYCKEN Y MEERMAN,(1991) citados por Vandereycken,W y cols. *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*.Ed. Martínez Roca
- <sup>30</sup> MORANDÉ, G. (1995) *Un peligro llamado anorexia*. Colección temas de Hoy. Madrid.
- <sup>31</sup> GARCES, E y otros (1997) *Grupos de aconsejamiento de padres de pacientes anoréxicos-as. Una experiencia desde el Trabajo Social*. . *Revista de Trabajo Social y Salud*. N° 28 Diciembre 1997. Zaragoza
- <sup>32</sup> RAMOS MIRAVET M.J. (2000) ) "Intervención con las familias" En: TURON GIL V. *Anorexia y bulimia nerviosas. Atención y prevención Interdisciplinar*. Consulting Dovall Las Palmas de Gran Canaria
- <sup>33</sup> MORANDÉ, G. (1995) . (1995) *Un peligro llamado anorexia*. Colección temas de Hoy. Madrid.