



## TÉCNICAS DE LA TERAPIA SISTÉMICA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANALIA VERONICA LOSADA - MARÍA WHITTINGSLOW

### RESUMEN

El estudio a las técnicas, herramientas, estrategias y recursos de las corrientes sistémicas ha sido descripto como un abordaje eficaz en pacientes y familias con diagnóstico de trastornos en la conducta alimentaria. Este trabajo describe los recursos terapéuticos disponibles para la asistencia de quienes padecen estas problemáticas. Se realiza una descripción de las técnicas sistémicas que pueden utilizarse y se selecciona un grupo de ellas que no pueden aplicarse a pacientes con patologías en la alimentación.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, terapias sistémicas, eficacia.

### TECHNOLOGIES OF THE SYSTEMIC THERAPY IN DISORDERS OF THE FOOD CONDUCT

#### ABSTRACT

The study to the technologies, tools, strategies and resources of the systemic currents has been descripto as an effective boarding in patients and families with diagnosis of disorders in the food conduct. This work describes the therapeutic available resources for the assistance of those who suffer problematic these. There is realized a description of the systemic technologies that can be in use and a group is selected of them that cannot apply patients to him with pathologies in the supply.

**Key words:** disorders of the food conduct, systemic therapies, efficiency.



Los Trastornos en la Conducta Alimentaria (TCA), son cuadros muy complicados y en su 90% afectan a las mujeres. Los síntomas son particulares y específicos por lo que el diagnóstico y reconocimiento resulta sencillo y confiable.

La Anorexia Nerviosa (AN) es una patología alimentaria que se caracteriza por la presencia de manifestaciones conductuales, psicológicas y fisiológicas. En cuanto a las primeras se encuentra el rechazo a mantener el peso corporal mínimo para su edad y talla; las segundas implican la alteración en la percepción del peso e imagen corporal y la última incluye la amenorrea, es decir la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. La AN puede ser de tipo purgativo, en el cual el individuo recurre a atracones y a conductas compensatorias inapropiadas como son las purgas; o de tipo restrictivo en el que no recurre ni a atracones o purgas. En un principio la enfermedad era asociada a la clase media-alta de las áreas metropolitanas, actualmente se la considera global y que afecta a personas de diferentes razas, clases sociales, edad y sexo. Las características particulares de estos pacientes son: el alto nivel de auto exigencia, la constante búsqueda de la perfección en todo lo que hacen o son, la gran tendencia a seguir los mandatos familiares, el extremo miedo a engordar y la distorsión en la percepción de la imagen corporal ya que aún cuando tienen bajo peso se miran y se ven gordas frente al espejo. Por otro lado en relación a la familia de estos pacientes, en general se ve que son sistemas familiares que tienen un alto nivel de exigencia principalmente con esa hijo/a en particular.

La Bulimia Nerviosa (BN) es un trastorno en la conducta alimentaria que se define por la presencia de ciertos síntomas como son el atracón compulsivo de alimento, seguido de prácticas compensatorias inadecuadas que pueden ser de tipo purgativo como son las



purgas y uso de laxantes o no purgativo como es el caso de los ayunos. Es necesario que este conjunto de síntomas ocurran al menos dos veces por semana durante un período de 3 meses. Los pacientes que se encuentran afectados con este trastorno deben tener especial cuidado por el entorno, ya que debido a la alteración de las áreas de control de impulsos y de estado de ánimo sumado a la baja tolerancia a la frustración, el paciente puede cometer actos de tipo suicida o auto lesivos. En general, es muy frecuente que tengan también el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad o una depresión así como también el abuso de sustancias.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados, también denominados TCANE, son patologías de gran variedad que tienden al control o al descontrol y que no cumplen con todos los criterios para la AN o BN. Uno de estos trastornos se da en mujeres que cumplen con todos los criterios para la AN pero que presentan una menstruación regular. Otra modalidad de TCANE es en pacientes que cumplen todos los criterios de la AN excepto de la gran pérdida de peso, de hecho se encuentran con el peso normal. Una tercer forma es en individuos que cumplen todos los criterios para la BN excepto la frecuencia de los atracones y compensaciones ya que suceden menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses. Otro tipo de trastorno no especificado son pacientes que mastican y expulsan sin tragar cantidades importantes de alimento. El último de estos trastornos es el denominado Binge Eating Disorder (BED) y se caracteriza por atracones sin conductas compensatorias posteriores al acto compulsivo. Los pacientes ingieren en menos de dos horas una cantidad desmedida de alimento y frente a esto sienten culpa por haber perdido el control. En general los pacientes tienen sobrepeso y obesidad en algunos casos.



Los Trastornos en la conducta alimentaria (TCA) son patologías que se encuentran multideterminadas, de esta manera no es posible encontrar una causalidad puntual, sino un conjunto de factores que se combinan de una manera diferente y particular en cada paciente. Los elementos causales son de tipo psicológico, biológico y cultural-contextual.

Los factores de tipo biológico se encontraron relacionados mayoritariamente con el sexo y edad. El sexo femenino y la etapa de la pubertad son las variables que presentan más predisposición a desarrollar los TCA; aunque se pueden dar en cualquier momento de la vida y también en el sexo masculino. Por otro lado se ha descrito que las mujeres con inicio temprano de la menstruación y el sobrepeso previo pueden predisponer el desarrollo del trastorno. En relación a lo genético también se ha estudiado la influencia a través de gemelos y se logró encontrar una contribución significativa pero aún no hay certeza acerca de cuál es el gen o la serie de los mismos además de cuánto influyen en la etiología.

En relación a los elementos que favorecen al desarrollo de TCA de tipo psicológico, se encuentran los rasgos y características de la personalidad como son el perfeccionismo, auto exigencia y la sensación de pérdida de control de la vida como los más influyentes. Por otro lado se encontraron ciertas conductas específicas que actúan como desencadenantes del desarrollo del trastorno, estas son: el hacer dieta, la realización de actividades que necesitan el control de peso como son el ballet y la gimnasia como profesión así como también la actuación y el modelaje.

El último conjunto de factores que ejercen una gran influencia tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del TCA son los ambientales o culturales. Los valores sociales actuales consideran a la extrema delgadez como ideal de belleza, influyendo de esta



manera en los individuos a través de medios de comunicación masivos a practicar dietas, consumir productos adelgazantes para cumplir con lo esperado en la sociedad. Se incentiva al individuo a tener un cuerpo demasiado delgado que en general es inalcanzable. Por otro lado se han identificado ciertos factores familiares que ejercen una gran influencia en la aparición de este tipo de trastornos como son: las dificultades en la comunicación especialmente con la madre, los trastornos en la conducta alimentaria en la madre, los antecedentes de obesidad y de dificultad en la alimentación previo al desarrollo del TCA así como la crianza sobreprotectora.

Considerando que generalmente el diagnóstico se realiza cuando la patología se encuentra en estadios avanzados y que se trata de uno de los trastornos con mayor tasa de mortalidad resulta necesario su estudio. No solo para lograr un diagnóstico precoz evitando inconvenientes médicos y pronósticos desfavorables sino también para poder realizar estrategias de prevención desde las diferentes áreas: sociales, familiares y psicológicas (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). Son trastornos que suelen hacerse crónicos, tienen repercusiones graves, necesitan de un tratamiento largo, complejo y en muchos de los casos conlleva a la muerte (Correa, Zubarew, Silva & Romero, 2006).

Antes de los años setenta, los trastornos alimentarios 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 modifica, ya que en este nuevo enfoque se busca vincular al síntoma con el entorno y así dar lugar a la familia a participar en el proceso de solución del conflicto. Bajo la Teoría General de los



Sistemas, los síntomas son vistos como parte de las interacciones que se dan en sistema familiar. Rodríguez Vega (1996) afirma que no tener en cuenta la correspondencia entre el síntoma y el contexto puede beneficiar la cronificación de la patología en donde el cuerpo sería la representación del descontento familiar (Losada, 2011).

Los trastornos de la conducta alimenticia son de etiología múltiple, donde varios factores interactúan simultáneamente para el desarrollo de los mismos. La familia es uno de ellos, por eso resulta fundamental incorporar en el estudio y análisis al círculo familiar del individuo que padece la patología (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008; Enten & Golan, 2008). Desde la perspectiva sistémica, la familia no puede ser comprendida sin incluir su historia, mandatos, patrones de adaptación generacionales que construyen 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 la misma (Losada, 2009).

El sistema familiar se encuentra expuesto a continuas modificaciones tanto por hechos estresantes normales como por sucesos no normativos o impredecibles; así es como debe desarrollar nuevas estrategias y modos de relación que sean acordes a las nuevas necesidades. De esta manera, las terapias familiares sistémicas sostienen que las dificultades familiares aparecen cuando una familia no ha podido solucionar y afrontar las tareas evolutivas normales y adaptarse así a los nuevos requerimientos que el sistema exige (Martínez Díaz, 2001).

Uno de los primeros terapeutas sistémicos que incluyó a la familia en el tratamiento fue Minuchin (1992), quien planteó que los trastornos en la conducta alimenticia incluyen una interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales y que para entender las patologías es necesario ubicarlas en el contexto familiar, en el de patrones



comportamentales que involucran interrelaciones entre los miembros de la estructura. Bajo ésta óptica, Minuchin describe el síntoma como una resultado razonable de una falla en la estructura familiar, explicada a través de términos como son la confusión de roles y jerarquías, alianzas o coaliciones entre los subsistemas y un deterioro de las funciones ejecutivas. El autor propone el uso de la técnica del genograma para encontrar patrones relacionales y modos de interacción disfuncionales a través de tres generaciones y así utilizar estrategias para lograr el cambio estructural. El genograma posibilita la búsqueda de pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que se continúan o se alternan de una generación a otra. Rodríguez Ceberio (2004) profundizó la utilización del genograma como recurso terapéutico, no solo con un alto valor en el diagnóstico, sino también en el tratamiento.

Minuchin con su Modelo estructural y Selvini Palazzoli con el Modelo de Milán, incluyeron a los miembros familiares en el abordaje de los pacientes con trastornos en la conducta alimentaria (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). Ambos autores en sus enfoques conceptualizaron el término de familias “psicosomáticas” (Minuchin, 1974; Cook Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005) o “anorexígenas” (Selvini Palazzoli, 1974; Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005) proponiendo que estas familias tienen ciertos patrones disfuncionales específicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno. Algunas de las pautas descritas consisten en la fusión y rigidez en la familia, la dedicación al autosacrificio y la lealtad grupal (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005).

Minuchin desarrolló un modelo estructural familiar identificando cinco características predominantes de interacción en estas familias psicosomáticas: a) aglutinamiento o



hiperimplicación entre los miembros transgrediendo los límites generacionales; b) sobreprotección reflejada en el alto nivel de preocupación del bienestar de los miembros entre sí retrasando el desarrollo de autonomía de los hijos; c) rigidez reflejada en el hecho de mantener el estado sin permitir cambios necesarios para la evolución y desarrollo; d) evitación del conflicto y e) la implicación del hijo sintomático en conflictos maritales. En este último punto, el autor describe tres diferentes modos posibles en los cuales esto puede suceder. El primero es llamado triangulación y consiste en la mala interpretación de las conductas del hijo por parte de los padres en donde cualquier cosa que el hijo realice o exprese es considerada como una toma de partido a favor de alguno de los dos padres. Otras veces el hijo se encuentra en una coalición estable con alguno de los dos padres, generando así como una especie de bloque en contra del otro padre. El tercer patrón es el denominado desviación, en este caso los cónyuges se encuentran unidos con el objetivo de cuidar o culpar al hijo considerándolo como el problema que existe en la familia (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005; Vandereycken, 1987; Losada, 2011). De esta manera, Minuchin considera al síntoma como una expresión de una organización disfuncional de la familia, por lo que la anorexia deja de ser vista como una enfermedad individual. La terapia debe apuntar en un principio a la eliminación del síntoma anoréxico, pero solo como un primer paso ya que luego es necesario realizar una reestructuración familiar tratando de lograr cambios en las pautas y patrones que regulan la organización de la familia y que favorecen el mantenimiento del trastorno alimentario para finalmente animar el proceso de individuación y autonomía (Losada, 2011).

Selvini Palazzoli señala ciertos factores que caracterizan a las familias anorexígenas: una ética de autosacrificio, el rechazo del liderazgo por parte de los padres, la necesidad de





lograr cohesión familiar negando necesidades individuales a través de control de impulsos, el sentimiento de culpa en relación al cambio con el argumento de que todo está hecho por el bien de los miembros de la familia, competencia fraternal por el amor de los padres, comunicación poco clara y alianzas secretas entre los padres y los hijos que son reflejo de insatisfacciones maritales encubiertas (McGrane & Carr, 2002; Hernández García, 2006).

Aunque Minuchin y Selvini-Palazzoli representan dos escuelas diferentes dentro de la corriente sistémica, ambos concuerdan que como características primordiales, estas familias tienden a la evitación del conflicto así como también a la fusión o sobreimplicación de los miembros entre sí, generando una violación constante de los límites entre la generaciones (Vidovic, Jureša, Begovac, Mahnik & Tocilj, 2005; Rodríguez Santos & Vaz Leal, 2005)

Por otro lado Rodríguez Vega (1996) planteo la gran disfunción conyugal que presentan las familias con un miembro diagnosticado con trastorno de la conducta alimenticia. Algunas de las características que reflejan esta falla de funcionamiento son: la desautorización de los mensajes de los miembros entre sí, así como también la dificultad de los padres para responsabilizarse de sus propios sentimientos o ideas. Así es como el paciente encuentra en la patología alimentaria una forma de expresión del descontento o protesta. El autor manifiesta que a través de la exploración de las interacciones pasadas de los padres con sus propios padres, es posible encontrar procesos de individuación atascados lo que implica no haber podido separarse de una forma saludable de su familia de origen (Losada, 2011).



Como se ha descrito anteriormente, una de las características típicas en estas familias es la evitación de conflictos. Esta tendencia a negar los problemas, se encuentra motivada por la necesidad de los miembros de aparentar, de mostrarse como una familia ideal. Sarason y Sarason (1996) exponen que las familias están unidas a través de una gran rigidez, con intentos constantes de mantenerse sin realizar cambios que son necesarios para el desarrollo de los miembros atravesando los diferentes momentos de los ciclos vitales (Losada, 2011). De esta manera no se tiene real conciencia de la problemática alimenticia, dejándola de lado y así ayudando a la cronificación y perpetuación del trastorno (Cruzat, Ramírez, Melipillan & Marzolo, 2008).

En relación al abordaje de pacientes con trastornos en la conducta alimenticia, Hersocovici y Bay (1990) expresaron que no existen pautas determinadas ni esquemas precisos que resulten para todas las familias o todos los pacientes (Losada, 2011). El tratamiento debe ser multifacético y multidisciplinario, tratando de abarcar las diferentes áreas afectadas por este complejo trastorno. Diferentes autores sostuvieron la importancia de la combinación de tratamientos individuales con familiares así como también la inclusión de otras intervenciones específicas como terapias grupales o arteterapia (Rodríguez Vega, 1996; Vandereycken, 1987). Vandereycken (1987) hace hincapié en la importancia de ver a la familia como un recurso más que un adversario para el tratamiento tratando de construir una relación de colaboración con los diferentes miembros, especialmente con los padres. El autor propone un modelo más flexible, basado en los modelos sistémicos previos pero con más flexibilidad donde la terapia familiar puede o no ser una indicación ya que no siempre existe patología en estas familias (Vandereycken, 1987). Matteo Selvini (2002), propone una revisión de los modelos sistémicos rígidos



debido a la óptica de tipo medicalista y reduccionista dónde se vincula un determinado desorden con un determinado agente causante; una familia “anorexígena” genera la patología en el paciente. De esta manera, el autor propone cambiar el modo de pensar en relación al abordaje de este tipo de pacientes, trabajar sobre tres polos: el síntoma, la familia y la persona. Así, es posible encontrar en las patologías alimentarias diferentes tipos de familias con pacientes de personalidad y carácter distintos que se encuentran dentro del continuum dependiente, borderline, obsesivo-compulsivo o narcisista (Selvini, 2002).

#### **Metodología:**

Se realizó un trabajo de revisión bibliográfica a partir de la compilación, síntesis e interpretación crítica del material adquirido. Las fuentes de acceso a la información fueron libros, artículos científicos, Tesis de Licenciatura y Doctorado y aportes bibliográficos de la experiencia de estudio en la Pontificia Universidad de Comillas en Madrid, España y de la Universidad Católica Argentina en Buenos Aires, Argentina. Como fuentes secundarias se consultaron revistas científicas e índices electrónicos tales como Google académico, Psicothema, Redalyc, Scielo y EBSCO. Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron palabras claves tales como: Trastornos de la conducta alimentaria, familia, eficacia del tratamiento, teorías sistémicas.

#### **Técnicas y Trastornos en la Conducta Alimentaria:**

La psicoterapia sistémica incluye variadas técnicas y herramientas a la hora de intervenir. El modo de utilización de las mismas será diferente en cada caso, ya que se debe tener



en cuenta a la personalidad del paciente, a su familia, al tipo de TCA así como también a las características particulares del terapeuta. La aplicación rígida de las técnicas en el caso de estas patologías no resulta positivo ya que limita la creatividad, espontaneidad y originalidad del terapeuta; y debido al riesgo que implican este tipo de pacientes, es fundamental poder adecuar las diversas herramientas al determinado paciente en cuestión (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998; Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009).

En relación al estilo personal del terapeuta, en el caso de las patologías alimentarias es condición necesaria la capacidad empática del mismo. La empatía es fundamental en todas las psicoterapias, pero en las que tratan pacientes con trastornos en la conducta alimentaria es más importante aún ya que son patologías de alto riesgo. En este caso, el psicólogo debe tener un rol activo y directivo con el objetivo de lograr el cambio: terminar con el síntoma y poder regresar a una vida sana y feliz o quizá comenzarla (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998).

El grupo de Milán elaboró tres principios que actúan como base en todos los tratamientos de la corriente sistémica estratégica y funcionan como una guía en la intervención en terapia familiar. En primer lugar, el concepto de circularidad es fundamental en este tipo de tratamientos, ya que la terapia familiar es considerada necesaria para lograr la eliminación del trastorno. La circularidad permite establecer conexiones entre diferentes relaciones, creencias, mandatos, alianzas y miembros de la familia logrando poner de manifiesto posibles patrones o tendencias familiares disfuncionales; Como por ejemplo pueden ser las creencias sobre la perfección, el ser la "hija perfecta", la delgadez como sinónimo de éxito. Las formulaciones de hipótesis de tipos sistémicas y circulares,



resultan sumamente efectivas en diferentes etapas del tratamiento, ya que las mismas permiten orientar al tratamiento en una primera instancia y luego ayudan a la evolución del sistema familiar e cuestión. A medida que el tratamiento avanza, las hipótesis también lo hacen ya que las mismas ofrecen diferentes interpretaciones o explicaciones alternativas del conflicto. Un ejemplo de esto sería: el terapeuta familiar en una sesión frente a un paciente con anorexia dice “Quizá estos deseos de crecer están un poco demorados, ¿qué pasa si él no comer puede significar el no crecer?”. Por último, el principio de neutralidad es de gran ayuda principalmente para el terapeuta ya que en este tipo de pacientes, las terapias familiares resultan muy intensas ya que se encuentra rígidamente armadas con roles y sistemas de alianzas. De esta manera el psicólogo debe poder brindar apoyo y contención a todos los miembros y tratar de neutralizar cualquier intento de alianza o coalición (Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009; Brown, 2010; Pereira, 2009)

Las preguntas son herramientas imprescindibles a la hora de trabajar con pacientes y familiares con trastornos de anorexia, bulimia o trastorno alimentario no especificado. Las preguntas deben ser de tipo circulares, que permitan lograr una comprensión del sistema familiar tratante: cuales son los mandatos, las normas y modalidades de vinculación, el sistema de alianzas, los roles, la afectividad y la comunicación, entre otras cosas. A partir de la recogida y comprensión de esta información, el terapeuta va a poder realizar una intervención adecuada para lograr una modificación en la estructura y sistema relacional de esa familia y paciente en particular. En algunos casos, la intención de las preguntas puede ser de tipo provocativa para poder verbalizar alguna dinámica puntual que no es conocida por la familia (Midori, 1998; Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009). Por



ejemplo en el caso de una familia donde cada uno de los miembros comía a diferentes horas y distintas comidas, el terapeuta puede decir “Usted puede dejar de lado algunas cosas de su hija, ¿no? ¿Podemos empezar por que coman todos juntos en la misma mesa y horario?”.

La herramienta conocida como reformulación o reestructuración resulta imprescindible en el tratamiento de pacientes con TCA ya que en general, estos pacientes se encuentran rígidos en sus formas de pensar y sentir. La técnica es posible utilizarla en el momento del diagnóstico así como en el de tratamiento en sí mismo. En el primero de los casos una manera de realizar la reformulación es en relación al significado del síntoma en esa determinada familia y paciente; en el otro caso la reestructuración consiste en poder resignificar a ese determinado paciente en una vida sana, con ausencia del trastorno. Esta estrategia, permite ver a los miembros del sistema la patología alimentaria bajo una nueva óptica favoreciendo el cambio y eliminación del síntoma (Midori, 1998; Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009). Un ejemplo de este concepto podría ser: La terapia familiar busca provocar una nueva organización familiar que incluye al paciente sin la presencia de la patología alimentaria y a la vez a una familia con la nueva fortaleza adquirida por la superación de una problemática grave; es decir todos los miembros luego de este proceso han crecido.

El tipo de reestructuración llamada connotación positiva es una herramienta sistémica que no resulta ser muy apropiada para este tipo de tratamientos, ya que es muy difícil ver algo positivo en la enfermedad alimentaria. Es posible realizar un tipo de connotación positiva en relación a lo social y familiar como puede ser alentar el desarrollo de conductas prosociales o generar una mejor comunicación y comprensión en relación a la familia y al



trastorno. Por otro lado, existe otro tipo de reformulación que consiste en evitar la confrontación. En este caso, el terapeuta debe actuar como mediador entre la familia y el paciente con la patología alimentaria favoreciendo la no culpabilización y el entendimiento (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998; Midori, 1998).

El uso de *directrices* en tratamientos con pacientes y familias con TCA es muy común y resulta ser una estrategia de gran utilidad. El terapeuta se vale del uso de directrices para poder dirigir las comunicaciones familiares y generar ciertas modificaciones a nivel conductual o comportamental. Existen de diferentes tipos, las del tipo indirecto incluyen a las prescripciones paradójicas y de comportamiento. El primero de los casos puede resultar ineficaz y muy arriesgada en los tratamientos con estos pacientes, debido al riesgo físico que implican estos cuadros: el bajo peso en la anorexia, y las conductas compensatorias inadecuadas en la bulimia. Por ejemplo, no resulta factible pedirle a una madre de una anoréxica que no le de comida o a un paciente bulímico decirle que se autoprovoque el vómito. En cambio, la técnica de prescripción de comportamiento o rituales resulta una herramienta fundamental y muy utilizada para estos pacientes ya que de esta manera es posible generar formas más creativas o indirectas de crear mejores hábitos en los pacientes y sus familias. Los rituales pueden ser en relación a la forma de alimentación, a lo social o a lo familiar o implicar varias áreas como puede ser hacer un picnic con la familia por ejemplo (Midori, 1998; Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009; Pereira, 2009).

La realización de un genograma familiar es muy importante y se debe hacer desde el primer contacto con el paciente y la familia con TCA, ya que es muy usual que existan patrones que se repitan a lo largo de las diferentes generaciones (Ochoa de Alda, 1995).



El recurso del lenguaje puede ser de gran ayuda para el tratamiento en pacientes con patologías alimentarias. Como se ha dicho anteriormente, es primordial que el terapeuta logre establecer un buen vínculo con el individuo con la afección, por lo que utilizar el mismo lenguaje que el paciente puede resultar de gran ayuda (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998).

La utilización del humor debe ser tomada en cuenta en el trabajo con pacientes y familias con trastorno de alimentación, pero es necesario tener sumamente cuidado con el recurso debido a la gravedad del cuadro. Este tipo de técnica debe ser utilizada sólo en algunos casos (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998).

Las analogías, fábulas y cuentos resultan de gran utilidad y son recursos muy usuales en terapias o tratamientos con pacientes con TCA. Los terapeutas buscan diferentes formas creativas y acordes al caso para que los pacientes logren expresar emociones o ideas que no pueden hacerlo a través de la verbalización (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998). En estos casos es muy común pedirles a los pacientes que escriban cartas a alguna persona en particular por ejemplo así como también darle material para leer o alguna película especial que tenga que ver con la problemática en cuestión.

### **Abordajes en Trastornos en la conducta alimentaria**

Los abordajes sistémicos de los trastornos en la conducta alimentaria fueron cambiando y evolucionando a lo largo de los años. En un principio se consideraba que la patología era consecuencia de ciertas características disfuncionales en las familias, por lo que se consideraban “familias psicósomáticas o anorexígenas”. Los autores que tuvieron más trascendencia con esta línea de pensamiento fueron Salvador Minuchin (1974) con su modelo estructural y Selvini-Palazzoli (1974) con su modelo estratégico. Tanto el primero





como el segundo, ubicaron ciertas características específicas comunes en los sistemas familiares de los pacientes con TCA (Stierlin y Weber 1989 et al Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren, 2005). Minuchin (1974) encontró cinco: Aglutinamiento; Sobreprotección reflejada en la gran preocupación que tienen los miembros entre ellos acerca del bienestar del otro; Rigidez, tratando de mantener el estatus quo; Evitación de los conflictos y la participación del hijo sintomático en los conflictos maritales a través de la triangulación o desviación (Minuchin, 1974). Para Selvini-Palazzoli (1974), los factores comunes son: una ética de autosacrificio, el rechazo del liderazgo por parte de los padres, la necesidad de lograr cohesión familiar negando necesidades individuales a través de control de impulsos, el sentimiento de culpa en relación al cambio con el argumento de que todo está hecho por el bien de los miembros de la familia, la competencia fraternal por el amor de los padres, una comunicación poco clara y alianzas secretas entre los padres y los hijos que son reflejo de insatisfacciones maritales encubiertas (McGrane & Carr, 2002; Hernández García, 2006). De esta manera, ambos autores diseñaron tratamientos familiares para lograr la eliminación del síntoma a través de una reestructuración o reformulación de pautas familiares disfuncionales (Vandereycken 1978; Losada, 2011).

Por otro lado, otros autores con orientación familiar sistémica introdujeron ciertas nociones en relación al tratamiento de pacientes con TCA. Rodríguez Vega (1996), al igual que los autores anteriores también describió ciertas características comunes en las familias de estos pacientes; pero además se dedicó a la exploración intergeneracional de las modalidades vinculares de estas familias. La autora introdujo hallazgos en relación al proceso de individuación y llegó a la conclusión de que los mismos padres de los



pacientes con TCA se encuentran estancados en el proceso de separación de su propia familia de origen y no han podido hacerlo de una forma saludable (Rodríguez Vega, 1996).

Los modelos sistémicos de abordaje descriptos anteriormente han logrado contribuciones muy positivas tanto a nivel diagnóstico como de tratamiento. Sin embargo presentaron ciertas limitaciones como son la reducción de la etiología a variables únicamente familiares así como también la desestimación de los posibles recursos de los miembros familiares para el tratamiento, focalizándose únicamente en los patrones disfuncionales o desadaptados (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005). De esta manera, ciertos autores indican la necesidad de reemplazar estos modelos por uno más dimensional y dinámico. Matteo Selvini (2002) afirma la imposibilidad de encontrar patrones o características típicas de las familias o pacientes con TCA y propone incluir un tercer polo en el estudio y abordaje: la persona. De esta manera, el autor aclara que para el análisis de los síntomas se debe tener en cuenta la subjetividad individual así como la historia familiar particular y también las condiciones contextuales temporales. Se destaca también la importancia de generar un buen vínculo no sólo con el paciente sino también con la familia en cuestión (Kog, Vandereycken & Vertommen, 1985 et al Vandereycken, 1987; Selvini, 2002).

En concordancia con esto, Cook Darsens, Doyen, Falissard y Mouren (2005) proponen cambiar el término de disfunción familiar por uno más asertivo que implica considerar que las familias se encuentran en una fase vulnerable del ciclo vital, por lo que las grandes demandas y exigencias que surgen a raíz del trastorno superan las posibilidades de acción de las familias necesitando ayuda externa. Herscovici y Bay (1990), Vandereycken



(1987) y Rodríguez Vega (1996) aseguran que no existe un método determinado que resulte eficaz para tratar a los pacientes y a las familias con TCA debido a que cada familia e individuo presenta un caso particular y caer en la generalización de un trastorno tan complejo y riesgoso resultaría perjudicial (Cook Darsens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005; Losada, 2011; Vanderyecken, 1987).

Como síntesis, se puede decir que la perspectiva de la nueva generación tiene como filosofía básica trabajar con la familia en vez de en contra de la misma. Este nuevo enfoque, a diferencia de los sistémicos más rígidos, contempla la posibilidad de no encontrar una familia necesariamente disfuncional sino que considera la idea de que puede estar atravesando una crisis evolutiva o circunstancial por lo que la terapia familiar no es mandataria en todos los casos. El modo de abordaje más apropiado para estos autores es uno que sea multidisciplinario, integrador y flexible en el cual exista tratamiento individual, biológico-nutricional y familiar teniendo en cuenta la particularidad del caso. Por otro lado también hacen hincapié en la necesidad de generar un buen vínculo con la familia basado en la cooperación y trabajar con los recursos y fortalezas de cada miembro y hacerlos co-terapeutas en el tratamiento. Por último, Vandereycken (1987) promueve a los terapeutas familiares a brindar apoyo y soporte a los miembros de la familia, especialmente a los padres ya que los mismos han hecho lo mejor posible (Vandereycken, 1987).

### **Conclusiones:**



El objetivo principal del trabajo ha sido el estudio de las técnicas, herramientas y estrategias sistémicas como abordajes eficaces en pacientes y familias con el diagnóstico de trastornos en la conducta alimentaria.

Las técnicas y herramientas sistémicas utilizadas en pacientes y familias con diagnóstico de TCA son múltiples y variadas. La aplicación de las mismas varía según cada caso particular ya que éstas se encuentran influenciadas por el estilo, personalidad y subjetividad tanto del terapeuta como del paciente en particular. Los autores sistémicos consideran este fenómeno como algo positivo, debido a que la aplicación rígida de las herramientas terminaría limitando la propia creatividad y efectividad del terapeuta. De esta manera, el psicólogo sistémico que trabaja con pacientes con diagnóstico de trastornos en la conducta alimentaria debe tener ciertas cualidades como son la empatía y la flexibilidad a la hora de tratar con ellos. El rol del mismo debe ser activo y directivo, ya que se trata de patologías de alto riesgo en las cuáles es sumamente necesario generar un cambio de modo rápido, eliminar el síntoma. Asimismo una característica fundamental que debe tener el terapeuta es la neutralidad ya que en general, los pacientes con TCA y sus familias tienen alianzas y roles muy rígidos por lo que el psicólogo debe brindar contención y apoyo a todos los miembros y a la vez generar distancia para evadir cualquier tipo de coalición o alianza con alguno en particular.

Todas las estrategias sistémicas se pueden utilizar en diferentes momentos del tratamiento, tanto en fases diagnósticas como en las más avanzadas. La técnica del genograma familiar por ejemplo, es fundamental aplicarla en una primera etapa ya que desde el primer contacto con el paciente y su familia es posible comenzar a registrar



datos. Asimismo, a medida que la terapia continua, el genograma evoluciona y en todo momento es necesario tenerlo en cuenta y continuar realizando anotaciones ya que en pacientes con TCA es muy usual la repetición de patrones intergeneracionalmente. Con esta herramienta es posible generar ciertas hipótesis de tipo vincular, por ejemplo acerca de la relación de una problemática actual con el contexto de la familia, ver la implicación de cada miembro en la conflictiva, la presión ejercida por las familias de origen, los límites y fronteras de esa determinada familia nuclear y además cómo atraviesan los diferentes subsistemas su propio ciclo vital.

La herramienta de la reformulación resulta fundamental para el trabajo con pacientes con TCA. La flexibilidad de la misma permite generar nuevas ópticas acerca del problema y de esta manera tanto los pacientes como sus familias pueden otorgarle un nuevo significado y lograr un cambio que lleve a la solución de la conflictiva. La connotación positiva es un tipo de reformulación que no resulta muy apropiada para este tipo de pacientes debido a que es difícil encontrar un beneficio, aunque si se lo encara desde el área social es posible alentar el desarrollo de conductas prosociales. Por otro lado, existe un tipo de reestructuración muy útil para trabajar con estos cuadros que consiste en evitar la confrontación. En este caso el terapeuta cumple un rol de tipo mediador buscando llegar a acuerdos y favoreciendo la comprensión de la familia hacia el paciente.

Como se ha nombrado anteriormente, el terapeuta debe tener un rol activo y directivo en el momento de intervenir con pacientes y familias con TCA. Para lograr esto, se va a servir de varias técnicas. Una de éstas consiste en utilizar preguntas circulares exploratorias que tienen como objetivo recabar información determinada para tener una clara comprensión del sistema familiar y así poder modificar las estructuras e



interacciones de la familia hacia unas más saludables. En algunos casos también se utilizan preguntas de tipo provocativas con la intención de verbalizar alguna dinámica que el sistema familiar no tiene identificada. El uso de directrices sirve para manipular y dirigir las comunicaciones entre los miembros y generar cambios a nivel comportamental. Existen directrices de tipo directa o indirecta que incluyen a las prescripciones paradójicas y de comportamiento. En relación a las primeras, no resultan muy eficaces en estos tratamientos debido al riesgo en el que se encuentran los pacientes: no es factible pedirle a un paciente con AN que baje más de peso o a uno con BN que realice más conductas compensatorias. En contraposición, las de comportamiento son muy eficaces para poder generar hábitos más sanos en los pacientes y sus familias.

El estilo y habilidad del terapeuta determinará el uso de ciertas herramientas como son el humor y las analogías y fábulas por ejemplo. Este tipo de recursos pueden resultar muy útiles en pacientes con TCA ya que permiten expresar ciertas emociones o ideas que no logran hacerlo a través de la verbalización.

Por otro lado, en relación a los abordajes de los pacientes y familias con trastorno en la conducta alimentaria es posible decir que fueron evolucionando a lo largo de los años desde tratamientos más rígidos y reduccionistas a unos mas multidisciplinarios, dinámicos y flexibles. De esta manera, este tipo de abordajes permiten al terapeuta seleccionar las herramientas y estrategias descriptas anteriormente según su estilo, habilidad y personalidad así como también según el caso en cuestión.

Los autores de los modelos sistémicos de la nueva generación consideran que no existe un determinado tratamiento que sea funcional para los pacientes y familias con TCA ya que no es posible encontrar un determinado patrón que sea típico en las familias y



pacientes con la enfermedad. Los modelos que siguen esta perspectiva proponen trabajar sobre tres polos: la historia familiar, el contexto y circunstancias temporales y la subjetividad de la persona. De esta manera, éstos plantean la necesidad de considerar a cada familia y paciente como un caso particular, específico por lo que el tratamiento también lo será.

La nueva generación de abordajes sistémicos en trastornos en la conducta alimentaria propone trabajar con la familia y no en contra de la misma. Contemplando así, la posibilidad de no encontrarse con una familia “disfuncional” sino con una familia que se encuentra en una etapa vulnerable de su ciclo vital que no ha podido encontrar recursos para superar la problemática que implica un trastorno en la conducta alimentaria. Este tipo de patologías comprometen la estabilidad del sistema familiar superando las posibilidades de acción de los miembros necesitando así ayuda externa. En síntesis, el modo de abordaje apropiado para esta perspectiva incluye uno que sea multidisciplinario, integrador, dinámico y flexible en el cual se utilice tratamiento individual, biológico-nutricional y familiar dependiendo del caso a tratar. Asimismo, en todos los casos es necesario que el terapeuta logre establecer un buen vínculo tanto con el paciente como con la familia que se base en la cooperación y confianza. Los terapeutas deben trabajar con las potencialidades de los miembros, promoviendo los recursos y fortalezas de cada uno y hacerlos co-terapeutas en el tratamiento.

La terapia sistémica incluye múltiples técnicas de intervención y resulta fundamental conocerlas bien para poder aplicar la que resulte apropiada según el momento, la personalidad del paciente, la familia del mismo, el tipo de TCA así como también las características específicas del terapeuta. El terapeuta sistémico que trabaja con pacientes



con TCA debe tener una gran capacidad empática y también un rol sumamente activo y directivo ya que son patologías de alto riesgo y es necesario lograr el cambio y terminar con el síntoma. Para esto, es primordial que el terapeuta establezca un buen vínculo con el paciente por lo que la utilización del mismo lenguaje puede ser un recurso de gran ayuda.

El genograma familiar es la primera técnica a utilizar, debido a que se comienza a hacer desde el primer contacto con el paciente y su familia. En las patologías alimentarias es muy común que se repitan ciertos patrones a lo largo de diferentes generaciones.

La reformulación o reestructuración es una técnica flexible y muy útil que puede ser utilizada a lo largo de todo el tratamiento en pacientes con TCA. Este recurso permite ver a los miembros de la familia bajo una nueva óptica favoreciendo el cambio y la desaparición del síntoma. En un primer momento, en la etapa diagnóstica, la reformulación se realiza en relación al significado del síntoma para esa familia. En cambio, en una etapa mas avanzada, la reestructuración consiste en poder resignificar al paciente y su familia en una vida sana, sin el trastorno y con más fortaleza adquirida por la superación de la problemática alimentaria. La connotación positiva es un tipo de reestructuración específica que es muy utilizada en terapia sistémica, aunque no resulta ser muy apropiada para el tratamiento de pacientes con TCA ya que es muy difícil encontrar un beneficio en este tipo de patologías. Existe una forma de utilizar este recurso en estos pacientes si se lo encara en relación a lo social como podría ser alentar el desarrollo de conductas prosociales. Otro tipo de reformulación que resulta apropiada para estos pacientes consiste en evitar la confrontación. En este caso, el terapeuta debe





actuar de forma mediadora entre la familia y el paciente favoreciendo la no culpabilización y la comprensión de parte de la familia hacia el paciente.

Los principios introducidos por el Grupo de Milán son herramientas muy útiles a la hora de intervenir en terapia familiar sistémica. En el tratamiento con trastornos en la conducta alimentaria es fundamental tener en cuenta estos conceptos ya que se trabaja mucho con el sistema familiar. El concepto de circularidad le permite al terapeuta poner de manifiesto posibles patrones o tendencias familiares disfuncionales a través de las asociaciones entre relaciones, creencias, mandatos y alianzas entre los miembros de la familia. El segundo concepto, el de la formulación de hipótesis resulta imprescindible, ya que en una primera instancia sirven para orientar al tratamiento y en momentos más avanzados también son sumamente útiles porque brindan interpretaciones alternativas del conflicto y ayudan así a la evolución del tratamiento, por lo tanto del paciente y su familia. Por último se encuentra el principio de neutralidad, el cual resulta muy necesario para el terapeuta principalmente. Las terapias con pacientes con TCA resultan muy intensas y con roles y alianzas muy rígidas por lo que el psicólogo debe brindar mucho apoyo a todos los miembros de la familia y a la vez generar cierta distancia para evitar cualquier intento de alianza o coalición.

Las preguntas de tipos sistémicas, circulares son instrumentos claves ya que permiten recabar información muy valiosa para lograr una verdadera comprensión del funcionamiento del sistema familiar. De esta manera, el terapeuta puede realizar una intervención adecuada para esa determinada familia en esa determinada situación. Existen preguntas con una intención específica como es el caso de las provocadoras, que permiten la verbalización de alguna dinámica puntual que no es reconocida por la familia.



Como se ha dicho anteriormente, el terapeuta en este tipo de tratamientos debe tener un rol activo y directivo. De esta manera, la utilización de directrices resulta ser una estrategia de gran valor. A través de las mismas, es posible dirigir las comunicaciones entre los miembros de la familia y lograr modificaciones en relación al comportamiento. Las prescripciones paradójicas resultan poco eficaces en estos tratamientos debido al riesgo físico que implican estos pacientes: no es factible decirle a una paciente con AN que baje más de peso o a una con BN que practique mas conductas compensatorias inapropiadas. Por otro lado las prescripciones comportamentales o rituales son herramientas fundamentales, ya que permiten generar mejores hábitos en los pacientes y sus familias.

Las analogías, fábulas y cuentos son instrumentos muy usuales en terapias con pacientes con TCA, ya que es necesario encontrar formas creativas y acordes al caso puntual para que los pacientes evolucionen. El uso de estos recursos muchas veces permite a ciertos pacientes expresar determinadas emociones o ideas que no logran hacerlo a través de las palabras o verbalizaciones.

### **Discusión y Conclusiones:**

Los Trastornos en la Conducta alimentaria son muy complejos, por lo que los tratamientos de los mismos también lo son. De esta manera es necesario que el terapeuta se encuentre bien formado y cuente con diferentes recursos para aplicarlos según el paciente y la familia en cuestión. Cada caso es único, ya que existen tratamientos como personas, por lo que la flexibilidad y creatividad a la hora de actuar en este tipo de abordajes es una condición fundamental que debe tenerse en cuenta.



El enfoque de la nueva generación resultaría ser el que más contempla la subjetividad e individualidad, tratando a cada paciente y su familia como lo necesitan para poder superar la conflictiva que implica el trastorno. Asimismo, los tratamientos bajo esta óptica son multidisciplinarios, dinámicos y flexibles permitiendo al terapeuta seleccionar las herramientas y estrategias según su estilo, habilidad y personalidad así como también según el caso en cuestión. De esta manera, es posible pensar a este tipo de abordajes como los más eficaces y acordes para los pacientes y familias con TCA ya que son sumamente integradores y están centrados en potenciar las fortalezas y recursos de los miembros del sistema familiar.

Como se expuso anteriormente, la complejidad del tratamiento de los pacientes y familias con estas patologías exige a los terapeutas a encontrar recursos y herramientas que sean creativas y plásticas que resulten útiles en cada caso. Así, a raíz del estudio de las mismas es posible encontrar algunas técnicas más eficaces y apropiadas para el trabajo terapéutico.

Dentro de las estrategias podemos encontrar al genograma familiar, es muy común en pacientes con TCA que se repitan ciertos patrones a lo largo de las diferentes generaciones y el este recurso permite detectarlos rápidamente. Por otro lado, la herramienta de la reformulación es muy utilizada también ya que permite ver a los miembros de la familia bajo una nueva perspectiva favoreciendo el cambio, la desaparición del síntoma y el fortalecimiento de los recursos de los tratantes. La reestructuración llamada connotación positiva puede no resultar muy apropiada debido a que resulta complicado poder encontrar algún beneficio en la enfermedad pero si se lo encara desde el área social puede tener un buen resultado. El uso de preguntas de tipo



circulares es efectivo durante todo el tratamiento y según el momento del mismo pueden tener una determinada intención como es el caso de las de tipos provocadores que permiten identificar y verbalizar alguna dinámica puntal que no es reconocida por la familia. El rol activo del terapeuta es fundamental, y de esta manera la utilización de directrices puede ser de gran utilidad ya que le brinda la posibilidad de dirigir las comunicaciones intrafamiliares. Las directrices indirectas llamadas prescripciones paradójicas podrían resultar riesgosas en estos pacientes ya que podrían fortalecer al síntoma y conducta inapropiada. A diferencia de éstas, la utilización de prescripciones de comportamiento o rituales resultan convenientes ya que apuntan a mejorar ciertas conductas y hábitos disfuncionales. Por último es posible considerar el uso de analogías y fábulas como instrumentos claves en el tratamiento ya que son formas creativas que permiten al paciente expresar y verbalizar pensamiento o emociones que no logran hacerlo a través de la palabra.

Los abordajes y las técnicas que parecieran ser más apropiadas para el tratamiento de los pacientes y familias con trastorno en la conducta alimentaria, son los que logran adaptarse al caso particular. Es necesario trabajar orientado hacia la salud, tratando de potenciar los recursos familiares e individuales logrando fortalecer al sistema para que pueda superar el estancamiento y la conflictiva.



### Referencias:

- Brown, J. M. (2010). The Milan Principles of Hypothesising, Circularity and Neutrality in Dialogical Family Therapy: Extinction, Evolution, Eviction ... or Emergence? *Australian & New Zealand Journal Of Family Therapy*, 31(3), 248-265.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236. <http://search.ebscohost.com>
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. (Spanish). *Psykhe*, 17(1), 81-90. <http://search.ebscohost.com>
- Enten, R., & Golan, M. (2008). Parenting styles and weight-related symptoms and behaviors with recommendations for practice. *Nutrition Reviews*, 66(2), 65-75. <http://search.ebscohost.com>.
- Herscovici, C. R. y Bay, L. (1990). *Aspectos generales en Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía*. Barcelona: Paidós.
- Hernández García, M. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y en la bulimia, el caso de Saltillo, Mexico. *Episteme* N° 8-9. Universidad del Valle de Mexico. [http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/sobre\\_rev/sobre.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/sobre_rev/sobre.asp)
- Kreuz Smolinski, A., & Pereira Tercero, R. (2009). Terapia familiar. En Vallejo Ruiloba, J., Leal, C. (ed) *Tratado de psiquiatría* (Segunda edición) Tomo II. Sección F. Tratamientos psiquiátricos. Terapéuticas psicológicas. Barcelona: Editorial Ars Médica 2010.



- Losada, A. (2009). La relación entre el SASSI- Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil- y las patologías alimentarias. En M.T Panzitta (comp), *Trastornos de la conducta Alimentaria*. Buenos Aires: Editorial RV-Kristal, p 55-68.
- Losada, A. (2011). *Abuso sexual y patologías alimentarias*. Tesis doctoral. Universidad Católica argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Martínez Díaz, P. (2011). Problemática asociada a los ciclos evolutivos familiares. En J.C Torre Puente, *Orientación familiar en contextos escolares*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, p. 13-28
- McGrane, D., & Carr, A. (2002). Young Women at Risk for Eating Disorders: Perceived Family Dysfunction and Parental Psychological Problems. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24(2), 385. <http://search.ebscohost.com>
- Midori, S. (1998). *La práctica de la Terapia de Familia*. Hacia una Práctica Integrada: Elementos Comunes. Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwer, p. 40-56.
- Miller-Day, M., & Marks, J. D. (2006). Perceptions of Parental Communication Orientation, Perfectionism, and Disordered Eating Behaviors of Sons and Daughters. *Health Communication*, 19(2), 153-163. <http://search.ebscohost.com>
- Minuchin, S. (1974) *Family and family therapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press (trad.cast.: Familias y Terapia Familiar, Barcelona: Ed. Gedisa, 1979).
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Ochoa de Alda, I. (1995). Genogramas en terapia familiar. *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder p.35-40.
- Pereira, R. (2009). Concluyendo la entrevista: La devolución e terapia familiar. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol VIII, 35. <http://www.ome-aen.org/>



- Rodríguez Ceberio, M., & Watzlawick, P.(1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Editorial Herder.
- Rodríguez Ceberio, M. (2004). *Quien soy y de donde vengo. El taller de Genograma. Un viaje a través del tiempo en las interacciones y en los juegos familiares*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Rodríguez Santos, L., & Yaz Leal, F. (2005). Valoración de la expresividad emocional en familias de pacientes con trastornos alimentarios: aplicación de la Camberwell Family Interview en una muestra española. (Spanish). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 359-365. <http://search.ebsco.host.com>
- Rodríguez Vega, B. (1996). *Anorexia nerviosa*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 16, 47-55.
- Saranson, I. G. y Saranson, B. R. (1996). *El problema de la conducta desadaptada*. México: Trillas.
- Selvini, M. (2002). El futuro de la psicoterapia: aprender de los errores. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, pp. 9-21. ISSN 0211-5735. España, Madrid. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352002000200002>
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation: From Individual to family Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa*. Nueva York: Jason Aronson.
- 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. <http://search.ebscohost.com>



**Revista Borrromeo N° 4 - Año 2013**

<http://borrromeo.kennedy.edu.ar>

[revistaborrromeo@kennedy.edu.ar](mailto:revistaborrromeo@kennedy.edu.ar)

ISSN 1852-5704

Vidovic, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28. <http://search.ebscohost.com>