

Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios

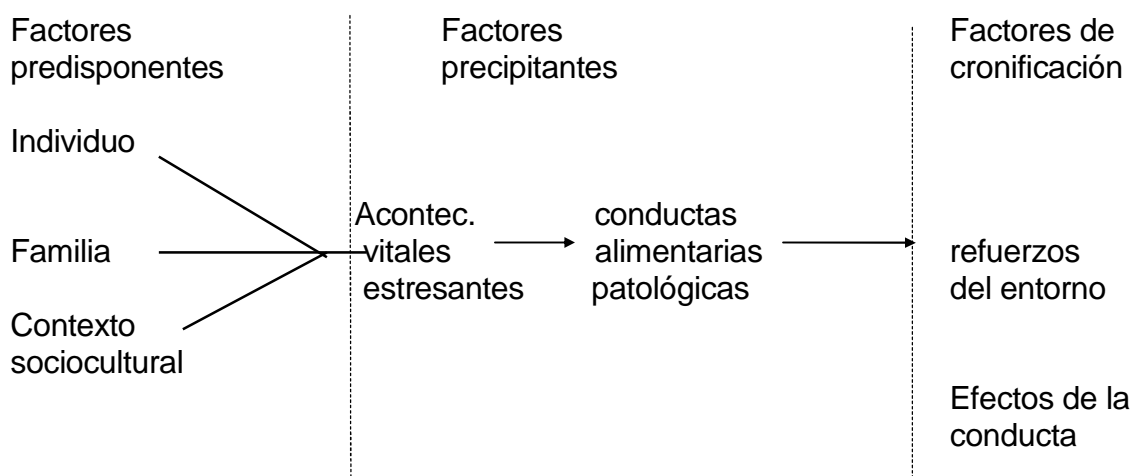
Alberto Espina. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia y Estudio de la Familia. Málaga.

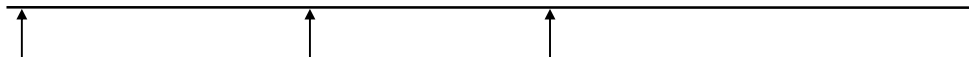
En J.A. Ríos (Ed.) Personalidad, madurez humana y contexto familiar. Madrid. CCS. 2009.

Los trastornos alimentarios deben entenderse a la luz del desarrollo y del contexto en el que se construye el sujeto, Shwartz et al. (1985) proponen un modelo psicosocial de adaptación en el que se relacionan los diferentes contextos con la construcción de la personalidad y la mutua influencia entre estos y la persona. Por un lado los valores y normas de una cultura dada influyen en la familia, la cual desarrolla sus modelos e ideales sobre la base de los valores culturales. La familia influye en el desarrollo del sujeto el cual tendrá unos valores e ideales, una vulnerabilidad psicológica específica dependiendo de las influencias del ambiente y una vulnerabilidad biológica determinada por factores hereditarios, congénitos y del desarrollo. Sobre el sujeto también influyen el grupo de pares (amigos, compañeros de estudio y trabajo) con sus modelos e ideales. El contexto sociocultural, la familia, el grupo de pares y el individuo son interdependientes y junto con las experiencias de vida van a determinar que un sujeto desarrolle una personalidad adaptativa o no. El sujeto, con su personalidad ya conformada, interactuará a su vez con el contexto e influirá y será influido por éste en una relación circular.

Entre los antecedentes de los trastornos alimentarios (TA) encontramos aspectos individuales, familiares y culturales. A nivel individual es especialmente importante el grado de separación e individuación alcanzado por el sujeto, lo cual está íntimamente vinculado al desarrollo de la identidad. Si este proceso no se da en la familia de una forma adecuada, los hijos estarán a merced de la opinión ajena y la falta de su propia autoestima, unida a la presión social, hará que la apariencia cobre una importancia desmedida. El estudio de estos factores ha llevado a entender los TA como multideterminados por influencias de estos tres ámbitos. (ver figura 1).

Figura 1. Factores que inciden en los trastornos alimentarios (Garfinkel y Garner, 1982) (modificado).

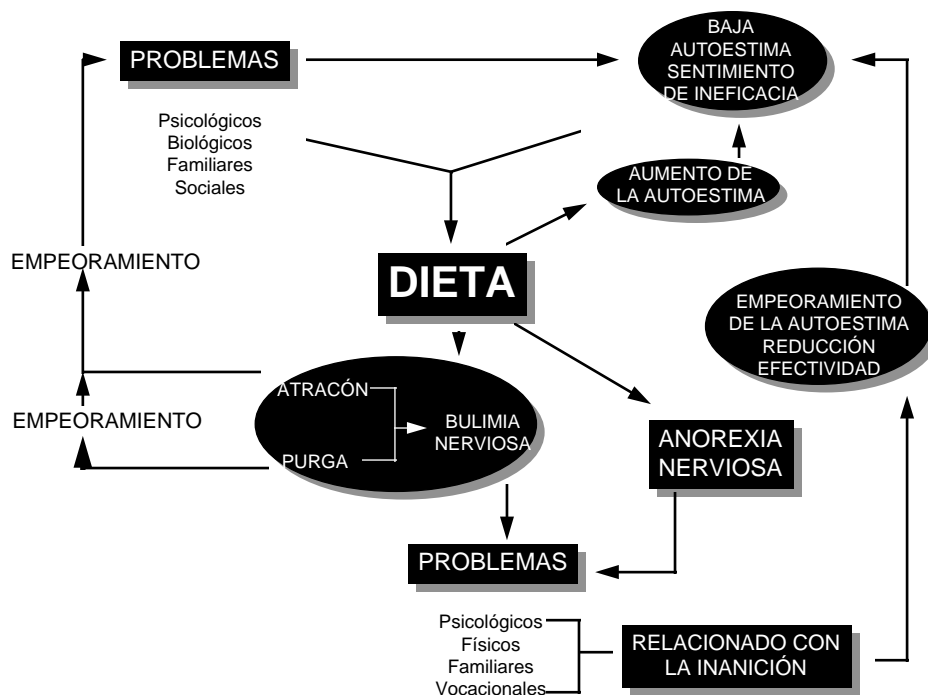




Los TA son trastornos multideterminados en el que los niveles biológico, psicológico y social influyen decididamente en su aparición y mantenimiento. A **nivel biológico** las alteraciones que se producen en el organismo debido a la malnutrición y las conductas purgativas deben ser tenidas en cuenta para no confundir las manifestaciones psicológicas debidas a alteraciones somáticas con trastornos de la personalidad, ni con interacciones familiares disfuncionales. Por otro lado el abordaje puramente somático es necesario ya sea normalizando las constantes vitales, recetando fármacos psicótropos, o regulando una dieta adecuada. A **nivel psicológico** son muy frecuentes las alteraciones de la personalidad previa y junto a la deficiente autoimagen y baja autoestima que se asientan sobre una base depresiva, se ven incrementados por las conductas alimentarias disfuncionales. Estas alteraciones psicológicas deben ser estudiadas en detalle para incluirlas como objetivo terapéutico. A **nivel social**, la moda de la delgadez y el éxito en la sociedad occidental, hace que personas susceptibles sean más vulnerables a padecer trastornos alimentarios. Por otro lado, las **relaciones familiares** pueden tener unas características, especialmente la dificultad de autonomización de sus miembros y las alteraciones de la comunicación, que son terreno abonado para la aparición de trastornos alimentarios en personas susceptibles. Estos factores, junto con acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, fracasos.), pueden jugar un papel etiológico y, cuando el TA está establecido, actuar como factores de mantenimiento

Woodside et al. (1993) plantean que los problemas en los niveles psicológico, biológico, familiar y social llevan a una baja autoestima, adquiriendo la apariencia física un valor desmedido, por lo que se inicia la lucha contra el peso imponiéndose una dieta restrictiva que consigue elevar la autoestima al adecuarse al ideal de delgadez imperante en nuestra sociedad pero puede llevar a la anorexia nerviosa que provoca inanición reduciendo la efectividad, con la consiguiente disminución de la autoestima, y nuevos problemas en los niveles antes citados. Otro camino para mantener el peso "ideal" es comer compulsivamente a base de atracones y evacuar la comida mediante el vómito o el uso de laxantes desarrollándose la anorexia bulímica y la bulimia nerviosa que llevan a su vez a un empeoramiento bio-psico-social al incrementar los problemas iniciales y crear nuevos debidos a alteraciones biológicas desencadenadas por el vómito (por Ej. alteración en la recaptación de serotonina). De manera que, una vez más, los factores biológicos, psicológicos y sociales configuran un contexto en el que aparecen y se mantienen los trastornos alimentarios. El clínico deberá tener en cuenta todos los sistemas que conforman este contexto a la hora de entender y abordar patologías tan complejas como los trastornos alimentarios. El pretender centrarse en uno de los elementos sin tener en cuenta el conjunto del contexto lleva a "terribles simplificaciones" que favorecen la cronificación del cuadro clínico. (Ver figura 2).

Figura 2. Ciclo de los trastornos de la alimentación (Woodside, 1993).



Familia y trastornos alimentarios

Teniendo en cuenta la multideterminación del origen y mantenimiento de los TA vamos a referirnos en este trabajo a uno de los aspectos: la familia. Desde el modelo sistémico diferentes escuelas han desarrollado teorías sobre las relaciones familiares en los trastornos alimentarios, asociando determinadas características de las familias a la aparición y mantenimiento del trastorno. Los tres modelos principales son: estructural, comunicacional y transgeneracional.

A. Modelo Estructural.

Minuchin, 1974; Minuchin et al. (1975); Minuchin, Rosman y Baker (1978) hablaron de la "familia psicopatológica", en la que incluían a las familias de anoréxicas, caracterizándola con las siguientes pautas transaccionales:

1. Aglutinamiento: los límites entre subsistemas están poco diferenciados, la resonancia emocional es intensa y la diferenciación interpersonal es pobre, dificultándose la autonomía de sus miembros.
2. Sobreprotección: Existe un alto grado de preocupación por el bienestar de los demás miembros de la familia. Los padres son sobreprotectores, retrasando la autonomía de los hijos, y éstos sienten una gran responsabilidad por proteger a la familia.
3. Rigidez: Hace que la familia no se adapte a los cambios, siendo más vulnerables a los acontecimientos externos y dificultando el normal desarrollo de sus miembros.

4. Falta de resolución de conflictos: Las anteriores características hacen que el umbral para el conflicto sea muy bajo, los problemas no se resuelven, ya sea negando su existencia o no negociándolos.

5. Involucración del niño en el conflicto parental. El síntoma del paciente es el "factor clave" que regula el sistema familiar. Los padres tienen problemas de pareja y evitan el conflicto formando una "tríada rígida" con el hijo sintomático mediante tres tipos de maniobras: a) Rodeo: se centran en exceso en el hijo problema para evitar afrontar sus problemas de pareja, b) Triangulación: los padres "tironean" del hijo para que se ponga de su parte y c) Coalición estable: el hijo se une con un padre contra el otro.

Finalmente la vulnerabilidad fisiológica del niño jugaría un papel en el desarrollo del trastorno.

B. Modelo comunicacional.

Selvini (1974) planteó que las familias con una hija anoréxica tenían las siguientes características:

1. Tienen problemas de comunicación al intentar cada miembro imponer las reglas de la relación.

2. Rechazan la comunicación del otro, siendo frecuente la contradicción.

3. Los padres no asumen el liderazgo, haciendo que la enfermedad lo asuma y ninguno está dispuesto a asumir responsabilidades cuando algo sale mal

4. Existen alianzas y coaliciones negadas que son "el problema central". La anoréxica se encuentra triangulada con los padres, supliendo secretamente en cada uno, las carencias que tiene con su cónyuge. Los síntomas aparecerían cuando este equilibrio se ve amenazado al llegar la adolescencia. En familias con más miembros las hermanas odiarían secretamente los privilegios de la paciente.

5. Los padres tienen una desilusión recíproca que son incapaces de reconocer y ocultan detrás de una fachada de respetabilidad y de unidad conyugal. Su relación es simétrica, de manera que luchando por ser el más sacrificado, intentan ganarse a la hija para su bando de una manera encubierta. "Es un sistema en que toda comunicación tiene una probabilidad tan alta de ser rechazada, el rechazo de la comida parece estar en plena concordancia con el estado interaccional de la familia. Más aún, está en perfecta sintonía con la actitud sacrificial del grupo, en el cual el sufrimiento es el mejor movimiento en el juego de estar arriba" (Selvini, 1974).

En 1988, Selvini y Viaro reformularon la teoría, describiendo la anorexia como el resultado de un proceso en la historia de la organización relacional de la familia. Este proceso se inscribe en un "juego familiar" desarrollado a partir de un conflicto parental en el que la futura anoréxica se implica. A nivel etiológico Selvini et al. (1988) considera que la anorexia nerviosa es el resultado de la confluencia de: a) Factores específicos de la cultura occidental (opulencia versus delgadez,

posición central del hijo en la familia y prolongación de la adolescencia) y b) La modalidad organizativo-evolutiva de las interacciones en la familia que se basa en el concepto de "juego familiar", el cual hace referencia a que el comportamiento de un individuo es un movimiento en un juego entre varios jugadores.

Desde el paradigma sistémico, Selvini y su escuela integran los niveles, biológicos, psicológicos y sociales, yendo más allá del nivel microsocio familiar, para explicar el desarrollo de los trastornos alimentarios. Esto supone una evolución importante frente a los reduccionismos que pretenden explicar el cuadro clínico desde un único nivel.

C. Modelo Transgeneracional.

White (1983) siguiendo el modelo transgeneracional desarrollado por Boszormenyi-Nagy, (1965), Boszormenyi-Nagy y Sparks, (1973), Bowen (1978, 1979) y Stierlin (1979), describe a las familias de las anoréxicas como sistemas rígidos de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación. Las características de estas familias serían las siguientes:

1. Lealtad. Las familias de anoréxicas valoran mucho la lealtad hacia la tradición familiar y hacia los demás, lo cual impide la aparición de alianzas explícitas y las relaciones entre iguales; la lealtad hacia la familia extensa hace excesivamente permeables los límites familiares, permitiendo el intrusismo de los abuelos.
2. Prescripción específica de un rol para la anoréxica. A las mujeres en general, y a la futura anoréxica en particular, se les fomenta el ser sensibles, entregadas y sacrificadas por el bien de la familia.
3. Clarividencia: Los miembros de la familia tienen la convicción de que pueden "ver" en sí mismos y en los demás y conocer la verdad última de las conductas.

En estas familias la individuación de sus miembros se ve seriamente dificultada, así como la solución de problemas, favoreciendo la vulnerabilidad cara al trastorno alimentario. En 1986 White aplica el modelo cibernético para explicar el desarrollo de la anorexia y añade la influencia del contexto social en su aparición. En cuanto al contexto social destaca el estereotipo de los sexos en una sociedad patriarcal, basándose en las siguientes premisas: a) para que una mujer sea valorada debe mostrarse dependiente y realizarse emocionalmente cuidando a los demás, b) para sentirse digna y valiosa debe conseguir el ideal de delgadez y c) la colaboración en la mujer se ciñe a suministrar alimentación. Estas premisas suministrarían un contexto en el que se facilita el desarrollo de la anorexia al constituir una forma paradójica de "encontrarse a sí misma perdiéndose", afirmarse dejándose morir.

Tabla 1. Modelos sistémicos sobre la interacción familiar en los trastornos alimentarios

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. 1974, 1988)

Características familiares:

- Problemas de comunicación
- los padres no asumen el liderazgo
- alianzas y coaliciones negadas
- no asumen responsabilidades en la relación
- divorcio emocional.

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.

Estos modelos, centrados fundamentalmente en la anorexia nerviosa, no han sido demostrados empíricamente, tratándose más bien de teorizaciones basadas en impresiones clínicas que han dado lugar, en muchas ocasiones, a etiquetar a las familias como patológicas y a culpabilizar a los padres. Estudios empíricos (Espina et al., 1995) han mostrado que no existen patrones familiares específicos en los TA, aunque parece confirmarse que las familias de bulímicas son más patológicas, apareciendo hostilidad, impulsividad, déficit en las funciones parentales, defectos nutricionales, desligamiento y falta de empatía en los padres,

aunque no aparece conflicto conyugal. En las familias de anoréxico-bulímicas se dan alguno de estos rasgos, pero no los déficit en nutrición y si el conflicto de pareja. Finalmente, en las familias de anoréxicas restrictivas los padres son más positivos, aunque sobreprotectores y existe un conflicto de pareja intenso, pero negado.

Un aspecto positivo de las propuestas clasificatorias emanadas del modelo sistémicos es que han permitido diseñar intervenciones para ayudar a las familias a superar el trastorno, al igual que sucedió con la esquizofrenia (Espina, 1991). Por otro lado en las terapias sistémicas actuales, se ha superado el “reduccionismo familiar” lo cual entraña tener en cuenta sistemas más amplios y considerar que el individuo tiene su propia entidad, aunque esté inmerso en un contexto relacional que le condiciona.

Terapias sistémicas

Hoy en día las terapias familiares sistémicas constituyen un conjunto de escuelas que han recibido influencias de diferentes teorías asimiladas por el modelo sistémico. Esta diversidad enriquece las intervenciones, pero plantea problemas a la hora de orientarse en el mapa de las terapias sistémicas.

Desde la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) se afirma que la conducta transmite información, el síntoma, al ser una conducta, adquiere las características de mensaje a través del cual transmitimos algo, el síntoma es comunicación. La conducta es un mensaje en un contexto relacional y las interacciones se rigen por la causalidad circular, según la cual cada uno influye y es influido por los demás.

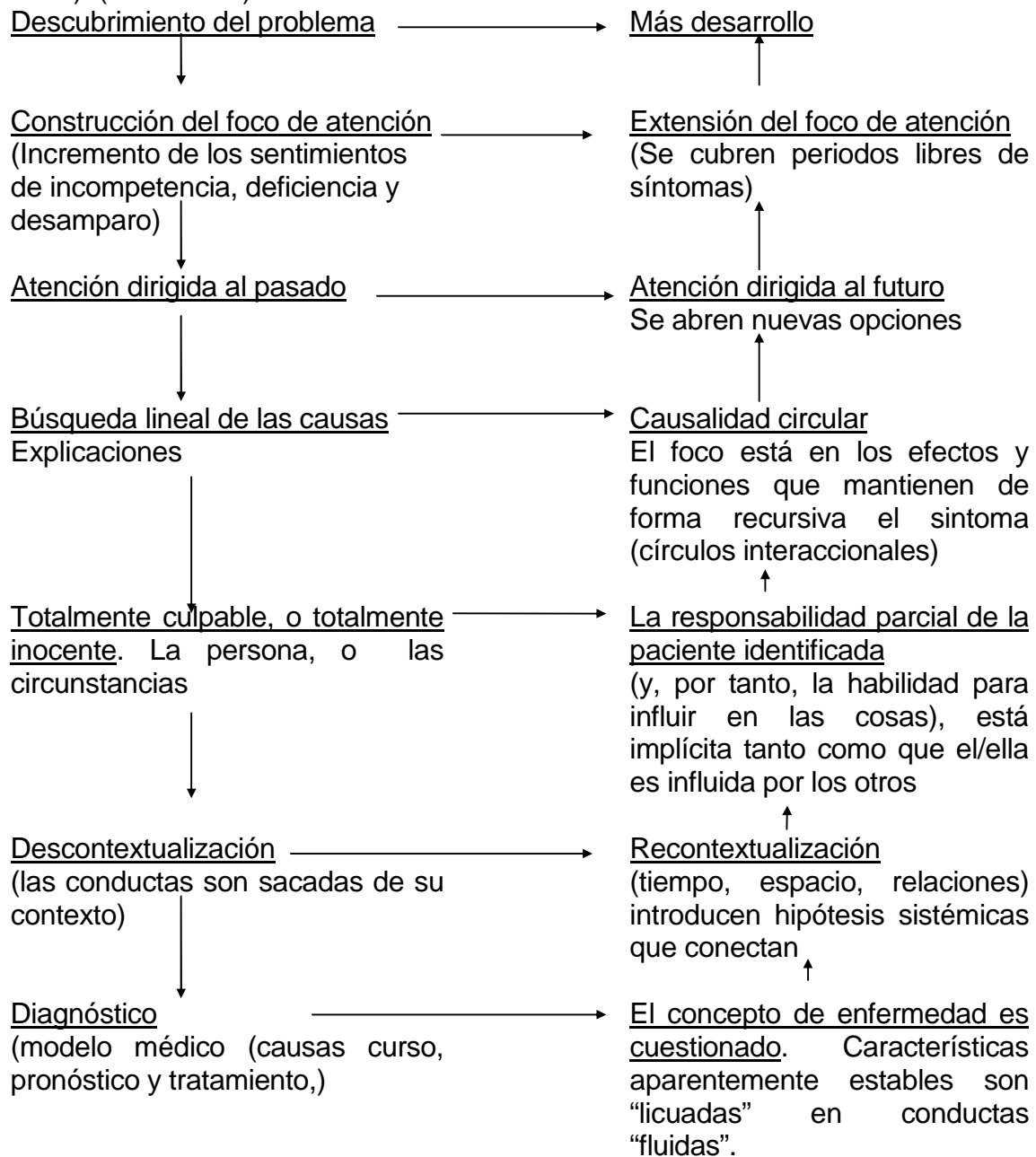
Desde la Teoría general de los sistemas (Von Bertalanffy, 1968) la familia es vista como un todo, un grupo, diferente a la suma de los individuos que lo forman, que tiene sus propias leyes. En ese contexto existe un estructura formada por subsistemas (Minuchin, 1974): parental, conyugal y fraterno, entre los que puede haber límites claros, difusos o rígidos y estará regulado por una jerarquía que puede ser autoritaria, democrática o “de dejar hacer” (Haley, 1976).

En relación con los procesos que tienen lugar en el sistema, la teoría de los tipos lógicos (Withehead y Russel, 1910) permite conceptualizar los niveles relacionales, mientras que la Teoría de los Grupos elaborada por Galois se aplica a los cambios que se producen en el sistema sin que el sistema cambie de modo de funcionar. Con la Cibernética de primer orden (Maruyama, 1963) se plantea que los sistemas tienen tendencias al equilibrio (morfostasis) y al cambio (morfogénesis) y con la Cibernética de segundo orden (Maturana, 1970; Maturana y Varela, 1972; Von Foerster, 1974, 1991) se desarrolla el concepto de los sistemas autoobservantes, los cuales puede analizar su propia información y generar cambios. El Constructivismo, desde el que los constructos cognitivos conforman un esquema desde el que se construye la realidad tal y como planteó Kelly, también ha sido recogido en las terapias sistémicas, así como el Construccionismo social, según el cual las ideas conceptos y memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje, de manera a través de la conversación con la gente íntima el individuo desarrolla el sentido de identidad. El

desarrollo evolutivo del sistema, a lo largo del ciclo vital, será tenido en cuenta como un factor contextual más.

De manera que en las terapias sistémicas o contextuales, se estudiará la familia en varios niveles: estructura, jerarquía, comunicación, procesos relacionales y sistema de creencias. Observando, tanto si la familia es disfuncional o no, como si los síntomas son fruto de ese sistema relacional, o si son mantenidos, y cómo, por él. El terapeuta formará parte del sistema que observa, siendo a la vez agente de cambio y sujeto que cambia y la terapia irá dirigida a potenciar el desarrollo de todos los miembros del sistema (ver tabla 2) .

Tabla 2. Planteamiento general de la terapia familiar sistémica (Simon y Weber, 1987). (modificado).



Los patrones relacionales ligados a la génesis, desarrollo y mantenimiento de la conducta sintomática y su posible función estabilizadora (homeostática) en el sistema familiar se recogen en dos conceptos: *función* y *patrones de mantenimiento del síntoma* (Sluzky, 1983). La función del síntoma hace referencia a que la conducta sintomática adquiere un sentido en el seno de las relaciones familiares, por Ej. Si la hija anoréxica no come, limita su vida de relación y así no deja sola a una madre que tiene una relación insatisfactoria con el marido, así, el no comer puede servir para acompañar a la madre y evitar conflictos de pareja. Los patrones de mantenimiento son aquellas conductas que refuerzan, a modo de círculos viciosos, la conducta, por Ej. Si la madre está muy encima de la hija, ésta se rebela no comiendo, lo cual estimula la conducta controladora de la madre, etc. Unas escuelas sistémicas se centrarán en la función del síntoma, otras en los patrones de mantenimiento y otras en ambos aspectos.

Según se centren en unos u otros aspectos las terapias sistémicas se agrupan en tres modelos de intervención (Sluzky, 1983): el estructural, el procesual y el centrado en "visiones del mundo". El *modelo estructural* describe las características de la familia "normal" y estudia las disfunciones atribuyendo a las mismas la patología. La terapia irá dirigida a corregir las disfunciones relacionales, especialmente de límites y jerarquía, esperando que la patología desaparezca al funcionar adecuadamente la familia. El terapeuta será directivo reajustando límites, otorgando el poder, 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, 1981).

Desde el *modelo procesual* 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 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 del MRI sigue este planteamiento (Watzlawick, Fisch, Weakland)

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 de la familia están engarzados en un todo común. El terapeuta cambiará fragmentos específicos de su "realidad" que sirven de soporte a los patrones interaccionales asociados a los problemas, por medio de la connotación positiva y el ofrecimiento de "realidades alternativas". En esta modelo las familias de origen cobran un especial significado. (White, Hoffman, Sluzki).

Tabla 3. Modelos de terapias sistémicas

A: Terapias centradas en la estructura.

1. Idea de la "normalidad" en las relaciones familiares.
2. Objetivo: conseguir un modo de funcionamiento normal.
3. Centrada en los límites: Terapia estructural (Minuchin). Tareas en la sesión para modificar las relaciones.
4. Centrada en la Jerarquía: Terapia estratégica (Haley, Madanes). Tareas fuera de la sesión para resolver el problema y encubiertamente modificar las relaciones).

B. Terapias centradas en procesos.

1. Los patrones de conducta mantienen los problemas e impiden las soluciones.
2. Objetivo: bloquear las pautas recursivas que mantienen el problema y potenciar nuevas más adaptativas.
3. La solución intentada es el problema. Terapia centrada en el problema (Watzlawick, Weakland, Fish). Técnicas paradójicas: prescripción del síntoma, refrenamiento, etc..).
4. Amplificar soluciones eficaces. Terapia centrada en soluciones (O'Hanlon, De Shazer). Técnicas: excepciones, externalización, pregunta del milagro, etc..).

C. Terapias centradas en "Visiones del Mundo".

1. La construcción de la realidad está anclada en la naturaleza dialéctica de la relación entre las visiones del mundo, percepciones, cogniciones y comunicación, todo lo cual determina las reglas interpersonales.
 2. Objetivo: cambiar las construcciones de la realidad que mantienen el problema.
 3. El diálogo terapéutico promueve el cambio. Técnicas: connotación positiva y co-construcción de realidades alternativas (White, Hoffman, Sluzki).
-

A. Escuela centradas en la estructura

1. Escuela estructural

Desarrollada en la Clínica de Guía Infantil de Filadelfia por Minuchin y col., plantea una mutua influencia entre el trastorno y las relaciones familiares y se propone como meta modificar las interacciones familiares que generan y perpetúan el síndrome.

Los objetivos a alcanzar, según Minuchin (1974), Minuchin Rossman y Baker (1978), son:

- 1) Desaparición del cuadro clínico.
- 2) Establecer límites claros entre el subsistema conyugal y el fraterno. Se incidirá en que la pareja se apoye, colabore y se provea de satisfacción mutua,

las cuales son funciones del subsistema conyugal, evitando que se busque en los hijos lo que no se encontraba en el cónyuge. A nivel parental los padres deberán colaborar participando ambos en la educación de los hijos, evitando tanto que el padre esté periférico, como que la madre monopolice a los hijos actuando de "madre computadora" que filtra y dirige la información.

3) El subsistema fraterno deberá también colaborar y darse apoyo marcando límites claros entre los hermanos, respetando la responsabilidad y derechos en cada edad y se buscará la integración del paciente en el subsistema fraterno favoreciendo su salida del conyugal si estaba implicado en un tríada rígida.

4) Posibilitar la formación de díadas y tríadas efectivas en el sistema familiar total, siendo posibles alianzas y coaliciones flexibles.

5) Estimular una comunicación clara entre todos.

El programa terapéutico de la Clínica de Guía Infantil incluye la hospitalización, un diagnóstico médico-psicológico, un tratamiento conductual para ganar peso (condicionamiento operante) y terapia familiar. En la primera sesión los objetivos son intensificar y destacar los problemas familiares vinculados al trastorno que deben ser tratados en la terapia. Las metas terapéuticas generales difieren según la edad de las pacientes:

a) Preadolescentes.

El Objetivo es aumentar la eficacia y el control paterno, fortaleciendo una coalición parental para orientar a la hija. En el inicio las sesiones serán conjuntas (totalidad de la familia), para pasar a sesiones finales con la pareja. Las pacientes no reciben terapia individual.

b) Adolescentes.

Los objetivos son desarrollar la autonomía, la individuación y la independencia de la paciente. Se recibe a toda la familia, a los hermanos solos y a la paciente sola.

c) Jóvenes adultos.

Se tratan los asuntos asociados a la separación en la familia. Las sesiones iniciales son con toda la familia, luego se harán sesiones individuales con la paciente y, simultáneamente, sesiones de pareja con los padres.

Las funciones generales del terapeuta son: facilitar la formación del sistema terapéutico acomodándose a la familia respetando sus valores y jerarquía, reconociendo, confirmando y apoyando a cada miembro y subsistema. El terapeuta asume el liderazgo en calidad de experto, estableciendo las reglas y dirigiendo las interacciones para explorar con la familia su visión de la realidad y ofrecerles alternativas esperanzadoras. El cambio de las relaciones familiares tiende a favorecer el desarrollo de un equilibrio entre las necesidades de autonomía y de apoyo.

Según estos autores, Minuchin et al. (1978), el terapeuta familiar debe tener especial cuidado con las familias de anoréxicas restrictivas, pues se muestran colaboradoras, amigables y aceptan todo lo que el terapeuta les ofrece, pero a la hora de seguir las indicaciones que cambiarían su manera de interactuar, ofrecen grandes resistencias. Por ello recomiendan no hacer intervenciones suaves que chocarían contra el estilo familiar de evitación de conflictos, sino desafiar al sistema con intervenciones con suficiente intensidad como para impactar y llevarles más allá de lo que su tendencia homeostática les recomienda. El terapeuta deberá realizar un buen "enganche" previo con la familia y ser hábil a la hora de modular la intensidad del estrés que les creará, con el apoyo necesario para poder movilizarles en un clima de seguridad que evite el abandono.

Esta escuela plantea diferentes niveles en los que el desafío debe realizarse haciendo especial hincapié en las características atribuidas a las familias de anoréxicas:

1. Desafío de la realidad: El terapeuta desafía la visión que tiene la familia de sus relaciones ofreciéndoles, dentro de un clima de valoración y apoyo, "realidades alternativas" que abran paso a soluciones esperanzadoras. Por Ej. si los familiares piensan que su hija tiene una "enfermedad extraña" que escapa a todo control y que ellos son absolutamente incapaces, el terapeuta redefine "la enfermedad" como un problema interaccional en el que la lucha por el control es de suma importancia, de manera que la hija no come voluntariamente, por desobediencia hacia sus padres. Este planteamiento no es "la verdad" pero permite activar los conflictos en torno a la autonomía y el control que van más allá de la comida y se pasa a definir a la paciente como vencedora en la pelea contra los padres para, acto seguido, unirse el terapeuta a los padres para "encarrilar a una adolescente rebelde", en vez de estar estos peleando entre sí a través de la hija.

2. Desafío del aglutinamiento: Se realiza básicamente mediante tres operaciones: establecer una adecuada jerarquía, según la cual los padres son los que mandan adecuándose al momento evolutivo de cada hijo, y mantener el espacio vital individual y de los subsistemas. Para ello se estimula a que cada uno hable por sí mismo, se destacan los actos competentes y se defiende el derecho a la individualidad, valorando la unión familiar.

3. Desafío de la sobreprotección: señalando las conductas que infantilizan a los hijos y bloqueándolas. Suele ser útil centrarse en otro hijo, desfocalizar, para quitar intensidad a la relación con la paciente.

4. Desafío de la evitación de conflictos: se aborda el conflicto bloqueando las intervenciones apaciguadoras de otros miembros y favoreciendo el planteamiento de los desacuerdos, su discusión y negociación, ofreciendo alternativas para su solución. Es importante centrarse en áreas ajenas a la comida; por Ej. la capacidad de la hija de hacer cosas por sí misma y la de los padres para hacer peticiones adecuadas. El terapeuta apoyará a los padres en sus derecho de poner normas y a los hijos en la autonomía adecuada a su edad.

5. Desafío de la desviación de conflictos: el centrarse en la paciente permite desactivar otras áreas problemáticas y mantener el "mito de la armonía", pero la hija obtiene también beneficios del lugar que ocupa en la familia. Las resistencias al cambio vienen de todos. El terapeuta bloqueará las intrusiones o realizará coaliciones alternantes para desequilibrar el sistema y orientarlo hacia transacciones funcionales.

6. Desafío de la rigidez: mediante la creación de intensidad en la sesión y tareas en sesión y en el hogar.

Al principio la terapia se centrará en la desaparición del síndrome y seguidamente se incidirá en las relaciones familiares. El proceso terapéutico incluye dos estrategias básicas: sobreenfocar e infraenfocar. Con la estrategia de sobreenfocar el terapeuta se centra en el síntoma para conseguir el acercamiento de los padres y la separación de la hija. Esta estrategia es útil para que la paciente gane peso, debe ser breve y seguida por un periodo en el que se desvíe la atención de la comida. Con la estrategia de infraenfocar se disminuye la concentración en el síntoma y se enfoca en temas generales de la familia, sobre todo en la diferenciación de sus miembros, para favorecer la autonomía (Todd, 1985).

El trabajo de Minuchin, Rossman y Baker (1978) si bien no era un estudio controlado, produjo un gran impacto al aportar datos que confirmaban la eficacia de la terapia familiar estructural en la anorexia nerviosa. Evaluando el área médica, grado de remisión de síntomas, y la psicosocial (familia, escuela y amigos) consiguieron un 86% de curaciones en las dos áreas, con una terapia de una duración media de 6 meses y realizando seguimientos de un año y medio a siete años. La mayoría de las 53 anoréxicas tratadas eran del tipo restrictivo, menores de 18 años y la duración de la enfermedad inferior a 3 años, lo cual las situaba en el espectro de mejor pronóstico.

Este modelo ha sido criticado por los otros enfoques de la terapia familiar sistémica por hacerse cargo el terapeuta de la tendencia al cambio y orientar a la familia hacia un funcionamiento familiar que el considera "normal", no dejando que la familia encuentre su propio estilo relacional. También ha sido criticado por el estrés que provoca a la familia el desafío y por centrarse en la familia nuclear no teniendo en cuenta a la familia extensa y a la red social. De todas formas es el modelo que más ha influido en los abordajes familiares de los trastornos alimentarios.

2. Escuela estratégica.

Aunque Haley (1976, 1980) no hace referencia explícita a los trastornos alimentarios, su planteamiento terapéutico es útil para casi cualquier problema con un hijo sintomático y Madanes (1981) plantea una serie de estrategias centradas en el síntoma que son de gran utilidad en el abordaje de los TA. Haley (1980) habla de los jóvenes con problemas sociales y comunicacionales (no logran emanciparse, fracasan en sus estudios o trabajo haciéndose dependientes, adoptan conductas desordenadas y anómalas) y atribuye dos funciones a esta conducta: a) social, estabilizando al grupo familiar y b)

metafórica, comunicando al grupo y al exterior que existe un conflicto familiar no explicitado.

Afirma que en las familias de estos jóvenes existe un fallo organizacional consiste en un problema conyugal no afrontado, que lleva a que los padres se alíen con el hijo trastornado contra el otro cónyuge impidiendo su emancipación. Las premisas de la intervención son: 1. La jerarquía familiar está confusa y el estancamiento en que se encuentra la pareja conyugal es más grave de lo usual 2. la persona problemática fracasaría para proteger a su familia 3. La emancipación es una amenaza para la familia, y 4. Los padres presentan el problema del hijo y no el de la familia (Haley, 1980).

Con esta visión de la patología, Haley propone como objetivo terapéutico desligar al hijo de la familia haciendo que los padres no lo necesiten como vehículo de su comunicación y éste pueda hacer su vida. La intervención se basa en que los padres funcionen como coterapeutas haciéndose cargo de la conducta del hijo, para ello deben fijar metas para el hijo utilizando refuerzos para su consecución. Los padres deben consensuar las tareas que debe hacer el hijo y los refuerzos que aplicarán (las tareas irán de lo más simple a lo más complejo).

Lo que en apariencia es un condicionamiento operante, tiene unas implicaciones importantes acordes con las teorías del modelo sistémico. Si la familia con un hijo sintomático se caracteriza por una involucración del hijo en el conflicto parental y éstos le envían mensajes paradójicos que le reafirman en su convicción de que debe estabilizar a la familia "mediante su sacrificio personal" (por Ej. diciéndole que debe ser adulto y tratándole como un niño, o mostrando disgusto cuando se comporta adultamente), el que los padres discutan qué normas ponerle al hijo favorece que aprendan a escucharse y negociar, con lo que se haría una terapia de pareja encubierta. Por otro lado, si ambos padres funcionan como sistema ejecutivo se restablece la jerarquía (el hijo ya no mandará con sus síntomas) se marcan límites entre subsistemas (los padres se alían frente al hijo y por tanto se separan de él) y, finalmente, al acompañar sus órdenes de premios y castigos, envían mensajes congruentes (dicen lo mismo con palabras y hechos) rompiendo la comunicación paradójica.

Las ideas centrales de este modelo son que se produzca un cambio en la organización familiar, que se establezca una adecuada jerarquía, para que los síntomas no sean necesarios y la familia pueda continuar su ciclo vital normal. Para ello la terapia se centra en la conducta problema y organiza en etapas, poniendo el acento en el presente y centrándose en bloquear las coaliciones intergeneracionales. Este modelo puede aplicarse en los grupos de apoyo de familiares (Espina y Ortego, 1998) y en la terapia multifamiliar (Espina y Ortego, 2000).

B. Escuelas basadas en los procesos.

1. La escuela estratégica del M.R.I. de Palo Alto.

En el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto se desarrolló un modelo de terapia breve centrado en la solución de problemas a partir del análisis de las

soluciones intentadas que llegan a ser un problema al convertirse en pautas que mantienen la sintomatología. La intervención irá orientada a proponer soluciones alternativas que bloqueen esas soluciones ineficaces (Watzlawick, 1974; Watzlawick et al., 1977; Fisch et al. 1982; Nardone y Watzlawick, 1990).

En las primeras sesiones se recoge información sobre la naturaleza del problema, cómo se afronta, objetivos mínimos del cliente actitud y lenguaje, se explorará la “postura” del cliente, entendiendo por “postura” el sistema de creencias, valores y prioridades que determinan su modo de actuar y pensar. Esta disposición del paciente será utilizada por el terapeuta para favorecer el cumplimiento de las directrices que imparte. La postura recoge también la actitud hacia la terapia y el terapeuta existiendo tres posturas básicas: receptores pasivos de las sugerencias del terapeuta, participantes activos que utilizan al terapeuta como caja de resonancia y pacientes que prefieren una responsabilidad recíproca en el proceso terapéutico.

En la exploración se plantean varias preguntas básicas: ¿cuál es el problema?, ¿quién hace que esto sea un problema?, ¿para quién y cómo es un problema? Se explorarán las soluciones intentadas para ver si se han convertido en el auténtico problema. Desde este modelo el proceso de desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa restrictiva puede entenderse de la siguiente manera: el temor a engordar y la búsqueda de “un cuerpo 10” que garantice una buena autoestima lleva a la solución radical de no comer, que lleva a tener una apariencia horrible, mucho peor que la que tenía antes de intentar esa “solución”. Sus familiares, al preocuparse por su salud, le presionan para que coma y engorde rápidamente, la paciente se sentirá incomprendida y forzada y se armará para luchar contra todos, incluida su hambre. La desconfianza y el engaño se instauran en la familia y la incompreensión mutua y la pelea están servidas. El abordaje incluirá la negociación de un peso bajo, médicamente controlado y que esté fuera de peligro, y unos hábitos alimentarios mínimamente sanos, para intentar alcanzar, muy poco a poco, el objetivo original de tener un cuerpo que le guste, aunque no sea ese cuerpo perfecto que nadie tenemos. Con los familiares se bloquearán las pautas que favorecen la pelea simétrica y estimulan la conducta problema y se les ofrecerá otras alternativas de manejo. En primer lugar se bloqueará la presión para que engorde más del mínimo pactado, explicándoles la estrategia a seguir y sugiriendo a la paciente, incluso que no coma si le presionan, lo cual nos asegurará una buena alianza con ella; esto también se lo explicaremos a los padres.

En la bulimia nerviosa y en la anorexia bulímica, la paciente también está obsesionada por su peso y recurre igualmente a la “solución” de no comer, por lo que tendrá mucha hambre y, como no es tan ascética como la anoréxica restrictiva, en cualquier momento no podrá resistir la tentación de darse un atracón, entonces vomitará para evitar engordar y volverá a no comer para así perpetuar el ciclo. Cuanto más recurra a la “solución” de no comer, más atracones se dará y vomitará más. La intervención se dirigirá a la solución intentada que se convierte en el auténtico problema, para ello se introducirán pequeños cambios en esa secuencia para abrir la puerta a otras posibilidades dirigidas a alcanzar el objetivo de no engordar de una forma saludable. Con los familiares se establecerá una pelea por el control de los atracones, que, a parte

de ser nocivos para la paciente, pueden llegar a ser muy gravosos para la economía familiar. Estos intentarán retirar la comida del alcance de la paciente, pero esta robará y se las apañará para conseguir el alimento prohibido, apareciendo la desconfianza que se ve siempre confirmada por las justificaciones de la paciente, la cual justifica a su vez su conducta "ya que haga lo que haga no me creen". A los familiares se les recomendará que abandonen el intento de control declarándose incompetentes, con lo cual se rompe la pelea simétrica, o se les sugiere un control absurdamente excesivo (prescripción de la conducta) destacando lo infructuoso de tal intento.

Crispo et al. (1994) aplican este modelo diferenciando el abordaje de la anorexia y el de la bulimia nerviosa. En la anorexia nerviosa restrictiva siguen tres pasos: en primer lugar piden a la familia que se pongan en manos de un médico nutricionista para que se ocupe de los aspectos médicos: dieta, ingresos, medicación. En segundo lugar dan información a la familia sobre los TA y los peligros que conllevan. Finalmente se centran en la modificación de los intentos de solución que se constituyen en los auténticos problemas. Generalmente ven a la paciente a solas y hacen redefiniciones del problema para hacerlo solucionable y así favorecer el cambio, muchas veces mediante paradojas. Con pacientes resistentes utilizan técnicas de desafío, por Ej. Diciéndole que no es que no quiera cambiar, como le dicen sus padres y otros terapeutas, sino que no es capaz de cambiar, o que lo que desea es transmitirles a sus padres que es muy pequeña y necesita que estén encima. Con los padres se fijan como meta que se hagan cargo de la hija (al igual que Haley) haciendo que coma y con el mensaje claro de que los TA se curan comiendo adecuadamente.

En la bulimia nerviosa aplican terapia individual con pacientes colaboradoras y terapia familiar con las pacientes resistentes. En las sesiones con la paciente se prescribe el síntoma, ya sea el atracón, el vómito o ambos, previa redefinición del mismo, por Ej. Diciéndole que siga haciendo lo mismo para poder observar en detalle sus conductas sintomáticas o advirtiéndole del peligro del cambio debido a que los vómitos le sirven para expresar su rechazo hacia alguien de la familia y si los dejara se mostraría agresiva con esa persona. Si en la siguiente sesión comenta que ha vomitado se le felicita por su colaboración y autocontrol. Si no ha vomitado se le advierte del peligro de cambios bruscos y se le recomienda que conviene avanzar poco a poco, amplificando pequeños cambios. Se utilizan 2 estrategias básicas: a) basadas en la colaboración. Si cumplió la prescripción de vomitar se le sugieren cambios mínimos en la secuencia: retrasar el vómito, poner en una mesa todo lo que suele ingerir en el atracón y que luego se lo coma todo, que se mire al espejo y diga su nombre antes de vomitar, después de vomitar anotar lo que hizo, pensó y sintió durante el proceso. Más tarde se le puede sugerir que disminuya la frecuencia de los atracones y vómitos, o que cambie una secuencia por una actividad relacionada simbólicamente con ella: protestar por algo, comportarse infantilmente, que después de vomitar arroje una moneda a la basura. b) estrategias basadas en el desafío, se utilizan cuando la paciente no cumple la tarea de vomitar determinada veces. Se le dice que no es habitual lo que ella está haciendo y se le pide que no se esfuerce tanto, que hay que ir paso a paso, cuando sigue la prescripción de vomitar se pasa a la estrategia basada en la colaboración.

En este abordaje se utilizan fundamentalmente técnicas paradójicas como la prescripción del síntoma para hacerlo voluntario, se advierte del peligro que entraña el cambio, se prescribe el no cambio, se connota positivamente el síntoma, etc... Si hay recaídas, que siempre serán profetizadas, se valoran positivamente como una necesidad asociada a algo que todavía está sin solucionar, “todavía necesitas el síntoma, sigue haciéndolo mientras buscamos soluciones mejores”. Estas intervenciones pueden ser utilizadas dentro del modelo de terapia breve del MRI, 10-20 sesiones, o como intervenciones puntuales en otros abordajes sistémicos.

2. Terapia centrada en soluciones.

Esta escuela (O’Hanlon, 1987; Cade y O’Hanlon, 1993; O’Hanlon Y Weinwer-Davis, 1991; De Shazer, 1982, 1985, 1988) se centra en el sistema de creencias del paciente orientándolo a las soluciones eficaces que ha utilizado en algún momento. Para ello se explora qué sucede cuando el problema no aparece, “excepciones”, para ampliar aspectos satisfactorios del funcionamiento. Los objetivos son definidos sobre la base de indicios concretos que permitan reconocer claramente el logro de la meta. Se fijarán cambios mínimos y se resaltarán los recursos del paciente resaltando sus estrategias de afrontamiento eficaces y se elogiará el esfuerzo realizado.

La estrategia terapéutica irá dirigida a alterar la secuencia sintomática y/o el contexto en el que se produce, destacando y ampliando las conductas, pensamientos y relaciones satisfactorios en relación con el problema y su vida en otras áreas. Con ello se favorece el desarrollo de un autoimagen competente, cimentada en sus propios recursos para afrontar dificultades y experiencias positivas, la percepción de sus capacidades, exaltadas y elogiadas por el terapeuta, favorecerán expectativas de cambio y podrá “ver” la realidad desde un locus de control interno eficaz.

El terapeuta se centrará en: a). intervenciones sobre la secuencia sintomática: 1. cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, 2. añadir un elemento nuevo, 3. cambiar el orden de la secuencia, 4. descomponer la secuencia en elementos menores, 5. unir la aparición del problema a actividades gravosas. b) Intervención sobre el patrón del contexto: cambiar conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y c) Tareas de fórmula o llaves maestras: 1. tarea de fórmula de la primera sesión, se define al paciente como una persona capaz y se le sugiere que identifique y explore aspectos satisfactorios de su vida “observe que desearía mantener, 2. tarea sorpresa: “haga algo novedosos”, 3. tareas genéricas orientadas a soluciones eficaces: si el Paciente no puede diferenciar aspectos en los momentos en los que surge el problema frente a cuando el problema no aparece, si su locus de control es interno se le sugiere que esté atento a qué hace cuando, por Ej. No se da un atracón; si su locus de control es externo, atribuyendo el cambio a agentes externos, se le puede decir que esté atento a su entorno en esos momentos para detectar que cambia que le ayuda a no darse el atracón.

En las primeras sesiones se explora que hará el paciente cuando supere el problema, las estrategias eficaces para afrontar el problema y en otras áreas de

su vida, excepciones, excepciones potenciales (proyección al futuro), cuanto tiempo cree que debería mantenerse el cambio para considerar que lo ha resuelto, etc... Cuando se ha producido algún pequeño cambio se le pregunta qué desearía que continuase sucediendo, qué cambios y cosas positivas han sucedido entre sesiones, que debería hacer para que continuaran y se le estimula a observar y predecir.

Las técnicas utilizadas en esta terapia son: redefiniciones, connotación positiva, escalas, "pregunta milagro", externalización, tareas directas y metafóricas, rituales, ordalías, elogio, etc... Si aparecen resistencias en este abordaje, se recomienda pasar al modelo MRI, por ser más específico en el manejo de los pacientes difíciles y no colaboradores.

C. Escuelas basadas en las visiones del mundo

1. Escuela Sistémica (Selvini).

Esta autora lideraba la llamada "Escuela de Milán" hasta que diversas escisiones han llevado a la existencia de varios grupos en Milán: El de Selvini, el de Prata y el de Boscolo y Cecchin. Selvini afirma que la anorexia es la única adaptación posible a un tipo de interacción familiar disfuncional. La terapia familiar propuesta por esta autora ha ido sufriendo modificaciones con el tiempo. En los años 70 seguía un modelo sistémico basado en la utilización de contraparejas que rompieran el juego familiar disfuncional y llevaran a la familia a otro tipo de interacción en el que no fueran necesarios los síntomas. Las intervenciones terapéuticas (Selvini et al. 1974) incluían: a) "connotación positiva" del síntoma: los terapeutas valoran los síntomas como un intento altruista de ayudar a la familia, ya sea uniéndola entorno al problema o distrayendo la atención de otros problemas familiares. b) "prescripciones paradójicas", en las que generalmente los terapeutas se ponen a favor del "no cambio" resaltando los peligros que debería afrontar la familia si los síntomas desaparecieran. c) "prescripción de rituales" que consisten en acciones acompañadas de formulas verbales que implican a toda la familia, con el fin de modificar un juego patológico, etc..

Posteriormente, Selvini y Prata (Selvini et al., 1988), en vez de intentar descubrir el juego de cada familia para estructurar la intervención, propusieron utilizar una prescripción única con todas las familias. Esta "prescripción invariable" consistía básicamente en que los padres debían salir solos sin dar explicaciones a los hijos, guardar el secreto de la tarea y observar las conductas de los hijos para comentarlas con los terapeutas; se les nombraba coterapeutas y a través de esta estrategia se marcaban subsistemas y se hacía una terapia de pareja encubierta.

De estos abordajes dirá Selvini "en la etapa paradójica y por mucho tiempo también en la prescriptiva, nuestra relación con los clientes era demasiado tecnicista: Paradojas y prescripciones funcionaban como separadores emotivos, eran jugadas de un juego intelectual. No nos sentíamos cerca de la familia, no decíamos lo que pensábamos. Nos sentíamos unidos únicamente al equipo y protagonistas de una lucha con la familia, aunque fuese para prestarle ayuda" Selvini et al. (1988, p.260).

En 1988 Selvini y sus colaboradores hacen hincapié en el juego familiar describiendo varios tipos de "juegos sucios" en los que la pareja implica a un hijo en su pelea, recurriendo a maniobras desleales y enmascaradas. Describen 3 tipos de juegos: 1. Embrollado: el comportamiento sintomático aparece cuando el hijo se siente traicionado por el padre cercano 2. Estrategia basada en el síntoma: uno de los padres boicotea la mejoría del hijo favoreciendo su cronificación y 3. Instigación: se instiga al paciente contra el otro cónyuge.

Siguiendo con la hipótesis de que la patología del hijo se debe a la disfunción familiar, la estrategia terapéutica se basa en:

- 1- El terapeuta evita ser absorbido por el juego.
- 2- Utiliza su influencia para invitar a la familia, por medio de prescripciones, a jugar otro juego.
- 3- Se revela el juego de la pareja, para abordar los problemas negados.

Selvini y Viaro (1988) dan también importancia al individuo en el tratamiento, abandonando el abordaje sistémico radical que le dejaba de lado, y proponen un abordaje individual para las anoréxicas crónicas. En este último planteamiento, después de unas sesiones familiares en las que se pone de manifiesto el juego familiar generador de la sintomatología, generalmente la coalición oculta de la paciente con uno de los padres, se cita a la paciente y se le va mostrando más detalladamente el juego en el que está involucrada induciéndole a que realice algún movimiento inesperado para la familia, hasta que pueda renegociar sus relaciones sin necesidad del síntoma. Del primer grupo de diez pacientes que fueron tratadas con este abordaje seis abandonaron y las otras cuatro estaban libres de síntomas en un seguimiento a corto plazo, después del tratamiento que duró menos de un año, lo cual no es demasiado esperanzador.

Viaro (1990) recomienda para el tratamiento de las anoréxicas crónicas dos principios básicos: mejorar las habilidades relacionales de la paciente para hacer frente al "juego familiar" y la relación terapéutica es considerada jerárquicamente subordinada a las relaciones de fuera del contexto terapéutico. Recomienda una terapia individual a través de la cual se intenta modificar las relaciones familiares, para ello el terapeuta deberá ser franco en la expresión de sus emociones e intenciones, para ofrecer a la paciente un tipo diferente de relación y se centrará en cómo sus afirmaciones y sugerencias influyen en la conducta de la paciente dentro de la familia y cómo el "juego familiar" influye en su conducta.

Prata (1990) afirma que la enfermedad mental no existe y que "los síntomas aparecen cuando la familia se apasiona demasiado por sus *juegos* y uno de sus miembros sufre crueles reveses, no porque gane el más fuerte, sino porque alguien, solapadamente, hace trampas con las apuestas"; los síntomas aparecerían como una forma de recuperar el poder por parte del perdedor. Esta autora recomienda utilizar la "prescripción invariable" en los casos de "perturbaciones relacionales realmente graves", entre las que se encuentran los TA, y fijarse en los sistemas padres-abuelos, padres-hijos y el sistema fraterno.

Selvini y sus colaboradores publican en 1999 los resultados de seguimientos realizados de terapias basadas en los tres tipos de intervención desarrollados por

esta escuela a lo largo del tiempo: método paradójico, método de la serie invariable de prescripciones y método de revelación del juego familiar. El método paradójico parece ser más efectivo, aunque el estudio presenta múltiples fallos metodológicos que hacen difícil valorar los resultados.

2. Escuela transgeneracional (White).

Recogiendo las aportaciones de Bowen (1978, 1979) y Boszormenyi-Nagy y Sparks (1973), White (1983) desarrolla una terapia familiar de la anorexia nerviosa en la que incide en la influencia del sistema rígido de creencias implícitas de la familia, descritas anteriormente. Esta terapia sigue las siguientes fases:

1) Recogida de información y comprobación de hipótesis de las creencias implícitas.

2) Precipitación del hundimiento del sistema rígido de dichas creencias. Se induce a que los miembros de la familia se consideren víctimas de esas creencias, y se sientan presos en el sentimiento de culpa que les crean esos patrones que les vienen dados previamente, para que se convierta en un objetivo que puede ser combatido.

3) La búsqueda y la lucha por las alternativas, haciendo algún pequeño experimento relacionado con el desafío a ciertas pautas de relación y creencias.

4) La agonía de la decisión o elección. Ahora se hace una focalización en los síntomas del sujeto anoréxico. En la medida en que éste empieza a luchar más fuertemente con las creencias, comienza a oponerse a los síntomas anoréxicos, buscando otras formas de relacionarse con el mundo.

5) Disminución de los matrimonios transgeneracionales. Aunque se haya producido el derrumbamiento del sistema de creencias, la naturaleza de la pauta de los matrimonios puede ser un lastre. Para resolver esto se focaliza en la conducta de la anoréxica y sus hermanos frente a la conducta vigilante de los padres, de forma que vaya adoptando el matrimonio una calidad diferente. En este abordaje se utilizan técnicas paradójicas, preguntas triádicas (preguntar a uno como ve la relación de otros dos), técnicas estructurales etc.;

Posteriormente, White (1986), ha ampliado estos conceptos con algunas propuestas de la teoría Cibernética. Entre las técnicas destaca el cuestionamiento de las conductas a través de "preguntas cibernéticas" realizadas a varios niveles:

1. Explicación negativa. Se indaga lo que ha impedido a la familia interactuar de otra forma, por Ej. "¿qué es lo que impulsa a una mujer joven a una actitud de "borrarse" y la excluye de dar a su vida una dirección de plenitud?".

2. Limitaciones de la redundancia del contexto social, por Ej. "¿hasta qué punto cree Ud. que ese adoctrinamiento dificultaría a una mujer joven el reivindicarse?", y del contexto familiar, por Ej. indagando la manera en que algunas mujeres son más vulnerables para llevar una vida vacía y dependiente.

3. Limitaciones de la retroalimentación. Se hacen preguntas en las que se favorece la comprensión circular de las relaciones, por Ej. la anoréxica delega la responsabilidad de dirigir su vida y sus padres la asumen "¿de qué manera el hecho de querer desaparecer Ud. de la vida incita a los demás a hacer una aparición más vigorosa en su vida? y ¿de qué manera la desaparición de su hija les incita a hacer una aparición más vigorosa en la vida de ella?". Estas preguntas favorecen la formulación de descripciones dobles que amplían los tipos de respuestas.

4. Después de hablar sobre la influencia que tiene el problema en la vida familiar se hacen preguntas en torno a la influencia de cada uno en el mantenimiento del problema

5. Supresión del factor temporal, con el fin de permitir distinguir la participación de cada uno en diferentes momentos evolutivos. "¿si ud. se atuviera aún más a esa tradición familiar según la cual las hijas han de ser para los demás y borrarse para sí mismas ¿qué aspectos de la vida de mujeres que han vivido antes podría Ud. imitar más plenamente?",

6. Planteo de dilemas. Por Ej. "¿Creen Uds. que su hija debería limitarse a llevar una vida indirecta y a continuar invitando a los demás a que le aprieten las clavijas? ¿o creen que su hija tiene derecho a una vida más directa y plena?".

Estas "preguntas cibernéticas" permiten desbloquear las interacciones que mantienen el problema y animan a la familia a experimentar nuevas conductas en las que no tenga lugar la sintomatología anoréxica. Este es un abordaje típicamente procesual y, respecto a los resultados obtenidos, White no presenta casuística que permita evaluar su eficacia.

3. Escuela de Heidelberg (Stierlin).

Stierlin y Weber (1989) proponen una terapia familiar inspirada en el modelo de Boscolo y Cecchin (Boscolo et al., 1989; Boscolo y Bertrando, 1993) y en el de Selvini et al. (1988). Su abordaje se centra en tres niveles interrelacionados de organización: Supuestos básicos (significados), procesos intrapsíquicos y dinámica interpersonal. En esto último distinguen tres áreas de relación: El sistema definido del paciente, la relación terapéutica y el medio terapéutico (remitente, terapeutas individuales, instituciones asistenciales). Las intervenciones terapéuticas fundamentales son:

1) Formulación de hipótesis: El objetivo de las mismas es obtener información del sistema e introducir información en el mismo. Posteriormente sirve de hilo conductor para ordenar la información obtenida.

2) Interrogatorio circular: El terapeuta selecciona ciertos fenómenos, los ubica en relación mutua, los compara, y distingue entre ellos. "Los objetivos de las preguntas formuladas en la terapia son "suavizar" la objetivación rígida, alentar el pensamiento en procesos y pautas recursivas, ubicar formas de conducta en el contexto de las relaciones que se modifican en el tiempo y el espacio, y activar los recursos (o sea, plantear nuevas opciones en el pensamiento y en la conducta)" Stierlin y Weber (1989).

En la primera entrevista se persiguen tres objetivos: Obtener información, introducir información y establecer una relación sólida con el sistema. Las sesiones se espacian de cuatro a seis semanas y después de la cuarta o quinta sesión se espacian aún más, durando la terapia más de dieciocho meses (el número total de sesiones es de 10). Al final de cada sesión realizan una intervención. Las más habituales son: Connotación positiva, prescripción de rituales, prescripción "como si" (por Ej. hacer como si vomitara tal y como sugiere Madanes (1981), prescripción de conductas etc. Con estas intervenciones se pretende que la familia abandone la interacción disfuncional y encuentre otro modo de relacionarse.

Stierlin y Weber (1989) han presentado resultados de su abordaje familiar aplicado a 42 anoréxicas con una edad media de 18 años y la duración de la enfermedad era de menos 2 años en el 61% de los casos. El número de sesiones familiares realizadas fue de un máximo de 14. En el seguimiento evaluaron las siguientes áreas: Conducta de alimentación, peso, menstruación, individuación respecto a la familia de origen, relaciones con los pares, desarrollo de relaciones dentro de la familia y la presencia o ausencia de quejas y síntomas en otros miembros de la familia. Al finalizar las sesiones de terapia familiar los cambios en la mayoría de las áreas no alcanzaban al 50% de la muestra, pero en el seguimiento (media 4 años y 5 meses) los resultados mejoraban. Estos datos no se pueden atribuir exclusivamente a la intervención, pues el seguimiento es largo y solo el 47'6% de los casos no recurrieron a otro tipo de terapia. Sería interesante realizar ensayos controlados para evaluar empíricamente la eficacia de esta terapia, dado el reducido número de sesiones que requiere.

Terapia sistémica integral

Numerosos terapeutas sistémicos practican la terapia sistémica integral (Sluzki, 1983), en la cual se recogen aportaciones de cada modelo y se lleva a cabo la terapia "cortando a la medida" de paciente y familia la estrategia e intervenciones a realizar. Desde esta perspectiva se evaluarán y consignarán los factores más destacados en el caso particular y se planteará cual puede ser el abordaje más eficaz y eficiente. El foco se centrará en el individuo, en la familia nuclear, en la pareja, en la familia extensa, en la red de amigos, en el sistema asistencial... y se intervendrá en la estructura, los procesos o el sistema de creencias en la proporción y momento que los terapeutas crean más adecuado para ese caso, en ese momento y lugar. Con este abordaje hemos obtenido resultados esperanzadores en el abordaje de los trastornos alimentarios (Espina, 1981; Espina, 1997; Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2000a, 2000b, 2001).

BIBLIOGRAFIA

Bertalanfy, L. Von. (1968). *General systems theory*. New York. George Braziller (Trad. Cast., Teoría General de los Sistemas. México. Fondo de Cultura Económica, 1980).

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires. Amorrortu. (Ed. original 1987).

Boscolo, L., y Bertrando, P. (1996). *El tiempo del tiempo*. Barcelona. Piados. (Ed. Original, 1993).

Boszormenyi Nagy, I. (1979). *Terapia familiar Intensiva*. México.Trillas. (Ed. original 1965).

Boszormenyi-Nagy, I. y Sparks, L. (1973). *Invisible loyalties*. New York. Harper and Row.

Bowen. M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York. Jason Aronson. Trad. Cast. La Terapia Familiar en la Práctica Clínica I y II. Bilbao. Desclée de Brouwer, 1989.

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona. Paidós. (Ed. original 1979).

Cade, B., y O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona. Piados. (Ed. original 1993).

Crispo, R. Figueroa, E. Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona. Herder.

De Shazer, S. (1986). *Claves para la Solución en Terapia Familiar Breve*. Buenos Aires. Paidós. (Ed. original 1985).

De Shazer, S. (1987). *Pautas de Terapia Familiar Breve. Un Enfoque Ecosistémico*. Buenos Aires. Paidós. (Ed. original 1982).

De Shazer, S. (1994). *Claves en la psicoterapia breve*. Barcelona. Gedisa. (Ed. original 1988).

Espina, A. (1981). *Anorexia mental. Individuo y familia*. Revista Clínica y Análisis Grupal, 29, 310-330.

Espina, A. (1991). Terapia familiar en la esquizofrenia. *Revista de Psicoterapia*. II (8), 13-33.

Espina, A. Pumar, B. García, E. Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en al anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 5-17.

Espina, A. (1997). Evaluación y proceso terapéutico en un caso de anorexia nerviosa. *Systemica*. 3, 67-98.

Espina, A. y Ortego, A. (1998). Grupo de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de terapia familiar*. 37: 39-49.

Espina, A., y Ortego, A. (2000). Terapia multifamiliar en los trastornos alimentarios. *Systemica*, 8, 61-74.

Espina, A., Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2000a). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de Psiquiatría*, 16(8), 322-336.

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2000b). Imagen Corporal en los trastornos alimentarios: Un ensayo controlado de Terapia Familiar Sistémica y Terapia de Grupo+ Grupo de Apoyo de Padres. *Cuadernos de terapia familiar*. 44-45, 71-82.

Espina, A. Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2001). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. *Anales de Psiquiatría*, 17(2), 34-42.

Fisch, R., Weakland, J.H., y Segal, L. (1982) *The tactics of change*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Trad. Cast. *La Táctica del Cambio*. Barcelona. Herder. 1985.

Foerster, H. Von (1974). *Cybernetics of cybernetics*. Biological Computer Laboratory. University of Illinois. Chicago.

Foerster, H. Von (1991). *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona. Gedisa.

Garfinkel PE y Garner DM (1982) *Anorexia nervosa: A multidimensional Perspective*. New York. Brunner/Mazel.

Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco. Jossey Bass. Trad. cast. *terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires. Amorrortu. 1980.

Haley, J. (1980). *Leaving Home*. New York. McGraw-Hill.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco. Jossey-Bass. Trad. Cast. *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires. Paidós. 1984.

Maruyama, M. (1963). The second cybernetics: deviation-amplifying mutual causal processes. *American Scientist*, 51, 164-179.

Maturana, H. (1970). Neurophysiology of cognition. En P. Garvin (Ed.) *Cognition: A múltiple view*. New York. Spartan Books.

Maturana, H. y Varela, F. (1977). *Autopoiesis*. Santiago. Universidad de Chile.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona. Gedisa.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., y Todd, T.C. (1975). A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038

Minuchin, S., Rosman, B.L., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. London. Harvard University Press.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder. 1990. (Ed. original 1990).

O'Hanlon, W.H. (1990). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona. Paidós. (Ed. Original, 1987).

O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (1991). *En busca de soluciones*. Barcelona. Paidós.

Prata, G. (1993) *Un arpón sistémico para juegos familiares*. Buenos Aires. Amorrortu. (Ed. original 1990).

Rausch-Herscovici, C. y Bay, L. (1990) *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona. Paidós.

Schwartz D. M., Thompson M. G. & Johnson C. L., (1985). *Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context*. En S. W. Emmett (Ed.) *Anorexia nervosa and bulimia*. New York Brunner/Mazel.

Selvini, M. (1974). *Self-Starvation*. London. Chaucer Publishing.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1974). *Paradosso e contrapadosso*. Milán. Feltrinelli. Trad. Cast. Paradoja y Contrapadoja. Barcelona. Paidós. 1979.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1988) *I Giochi Psicotici nella Famiglia* (en castellano: *Los juegos psicóticos en la familia*, Barcelona. Paidós 1990).

Selvini, M., y Viaro, M. (1988) *The anorectic Process in the Family: A Six Stage Model as a Guide for Individual Therapy*. *Family Process*, 27, 129-148.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós. 1999.

Sluzki, C. (1983). *Process, structure and World views: An integrated view of systemic models in family therapy*. *Family Process*. 22: 469-476.

Sluzky, C (1983). *Process of symptom production and patterns of symptom maintenance*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7 (3), 273-80.

Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona. Icaria. (Ed original 1975).

Stierlin, H., y Weber, C. (1989). *Detrás de la Puerta Familiar*. Barcelona. Gedisa.

Todd, T.C. (1985). *Anorexia Nervosa and Bulimia: Expanding the Structural Model*. En: M.P. Mirkin y S.L. Koman (Eds:) *Handbook of Adolescents and Family Therapy*. New York. Gardner Press.

Viaro, M. (1990). Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: Following the model of "Family Games". *Family Process*, 29 (3), 289-296.

Watzlawick, P. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona. Herder. (Ed. original 1967).

Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York. Norton.

Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona. Herder. (Versión original, 1977)

Simon, F. B., y Weber, G. (1987). Pos aus de Wekstatt. *Familiendynamik*, 12, 355-362.

White, M. (1983). Anorexia nervosa: A transgenerational systems perspective. *Family Process*, 22 (3), 255-73.

White, M. (1986). Anorexia nervosa. A cybernetic perspective. En Elka-Harkaway (Ed.) *Eating disorders and family Therapy*. New York. Aspen.

Whitehead, A. N. & Russel, B. (1910). *Principia mathematica*. Cambridge. Cambridge University Press.

Woodside, D. B. (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York. Brunner/Mazel.