



Revista Argentina de Clínica Psicológica
ISSN: 0327-6716
racp@aigle.org.ar
Fundación Aiglé
Argentina

Salgueiro, María del Carmen; Kirszman, Diana
Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia
Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXI, núm. 2, agosto, 2012, pp. 161-171
Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281927588008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

INTERVENCIÓN MULTINIVEL EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EL ROL DE LA FAMILIA

*María del Carmen Salgueiro
y Diana Kirschman **

Resumen

Los trastornos alimentarios, al igual que otras entidades clínicas, obedecen a una multiplicidad de factores, biológicos, psicológicos y sociales, y asumen presentaciones diversas, tanto en cuanto a su severidad como al perfil que adopta el conjunto de síntomas, rasgos, patrones de procesamiento cognitivo y de vinculación con otros significativos. Las modalidades de intervención con mejores resultados son aquellas que reflejan esta complejidad y focalizan desde las primeras intervenciones la multiplicidad de los factores involucrados. Este trabajo tiene como objetivo revisar el rol de la familia en la conformación de los procesos psicopatológicos, a nivel de la vulnerabilidad para desarrollar el trastorno y en su mantenimiento en el tiempo y, también, describir los modos de participación de la familia en el tratamiento multinivel.

Palabras clave: tratamiento multinivel, familia, trastornos alimentarios, modos de intervención.

Key words: multilevel treatment, family, eating disorders, modalities of intervention

Introducción

Los trastornos alimentarios se han constituido desde la segunda mitad del siglo pasado en cuadros de una gran relevancia social, que afectan a una amplia población, pero fundamentalmente a adolescentes, y que son fuente de consulta frecuente en diferentes contextos de asistencia, tanto en atención primaria como en atención en salud mental. Presentan una alta tasa de mortalidad y afectan significativamente la calidad de vida de quienes los padecen y de su contexto familiar. Si bien las tasas de prevalencia, sólo para citar los cuadros más frecuentes, oscila entre el 0,5% y el 1% para la anorexia nerviosa, entre el 1 y 3% para la bulimia y el 3% para el trastorno alimentario no especificado (TANE), al tener en cuenta que la forma de presentación puede asumir diferentes niveles de severidad y, en numerosas ocasiones, no llegar a cumplir los criterios

diagnósticos de los sistemas en uso (DSM, ICD), las cifras alcanzan valores mucho mayores.

La anorexia nerviosa se caracteriza por un patrón de alimentación restrictivo que conduce a una severa pérdida de peso, amenorrea y distorsiones cognitivas y de la imagen y el peso corporal (APA, 1994). Va asociada a otros indicadores psicopatológicos: ansiedad, depresión, baja auto-estima e importantes dificultades en el área de funcionamiento interpersonal, a nivel familiar y entre pares. Si tenemos en cuenta junto a estas características, los elevados índices de morbilidad y el hecho de la dificultad para involucrar a muchas pacientes en el tratamiento tendremos que considerar a la anorexia nerviosa como uno de los trastornos psiquiátricos más severos y difíciles de abordar. También resultan muy relevantes los elevados costes que implican para la economía familiar y los sistemas de salud, fundamentalmente debido a la necesidad frecuente de hospitalización (Striegel-Moore y cols., 2000).

La bulimia nerviosa se presenta también con ideas sobrevaloradas que involucran el peso y la figura corporal y patrones de alimentación restrictivos y/o desinhibidos que toman la forma de atracciones y conductas purgativas diversas. En la bulimia

* María del Carmen Salgueiro y Diana Kirschman, Fundación Aiglé,
Buenos Aires, Argentina
E-Mail: fundacion@aigle.org.ar
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 161-171
© 2012 Fundación AIGLÉ.

nerviosa se generan complicaciones biológicas múltiples y también va asociada con otras patologías psiquiátricas: depresión, trastornos de personalidad y trastornos por abuso de sustancias, entre las asociaciones más frecuentes.

Fuera de estas dos entidades se agrupa un alto porcentaje de niños y adolescentes con el diagnóstico de trastorno alimentario no especificado usando los criterios actuales del DSM. En los niños, por ejemplo, la pica, la rumiación, la evitación de alimentos específicos o un patrón restrictivo resultan consultas frecuentes en los consultorios de pediatría (Bryant-Waugh y cols., 2010).

Resulta sumamente interesante en un trabajo reciente de Crow y cols. (2009) el reconocer que a pesar de haber sido considerada una entidad menos preocupante desde el punto de vista físico, los datos crudos de mortalidad de la bulimia (3,9%) son prácticamente similares a los de la anorexia nerviosa (4%). Más aún, los autores concluyen que los datos de mortalidad son significativamente elevados para la bulimia nerviosa y el trastorno de alimentación no especificado y también los índices de suicidio aparecen elevados en ambas entidades. Los autores resaltan estos datos en las conclusiones de su trabajo teniendo en cuenta también el hecho de que los trastornos de alimentación no especificados a menudo son considerados entidades menos severas (Crow y cols., 2009).

Los factores de riesgo implicados en el padecimiento de los TCA son múltiples y están ampliamente descriptos por Striegel-Moore y Bulik (2007): género, edad, orientación sexual, cultura, estatus socioeconómico, factores genéticos y de neurodesarrollo. La evidencia acumulada apoya tanto los factores biológicos como socioculturales contribuyendo al riesgo creciente para el desarrollo de las conductas y actitudes asociadas con un trastorno alimentario.

Asimismo, destacamos las dificultades con los sistemas clasificatorios vigentes, fundamentalmente a partir de la amplia frecuencia de trastornos no especificados. La categoría TANE es más prevalente en poblaciones clínicas que la AN, la BN o las dos combinadas, lo cual refuerza el debate acerca de los diagnósticos categoriales y abonan la utilidad de conceptualizaciones dimensionales y una perspectiva transdiagnóstica (Fairburn, 2008).

Según Loeb y cols. (2012), la presentación clínica de los TCA conduce naturalmente a esta perspectiva transdiagnóstica de diversos modos y puede ser aplicada en los tratamientos familiares tal como están siendo implementados y validados empíricamente:

1. Las barreras que distinguen la AN, la BN y el TANE unos de otros son borrosas. Los criterios capturan el estado presente pero es muy común que haya migraciones entre una categoría y otra e incluso que se presenten estados mixtos.

2. Una psicopatología básica de los TCA es propuesta para explicar los mecanismos de mantenimiento de la sintomatología y proponer un abordaje transdiagnóstico de tratamiento cognitivo-comportamental (TCC). Un ensayo controlado reciente de Fairburn y cols. (2009) comparando dos versiones de la TCC modificada para BN y TANE muestra que los pacientes mejoran en ambos tratamientos y que los diagnósticos según DSM no moderan el efecto del tratamiento.

3. Los TCA comienzan típicamente en la adolescencia a menudo en forma subclínica y muchos de ellos luego evolucionan hacia los cuadros completos.

Las dos versiones de la TCC que se aplica a ambos grupos de pacientes –BN y TANE– en el estudio de Fairburn y cols. (2009) se distinguen por:

1. Una de ellas focaliza solamente en los síntomas de TCA
2. La otra tiene un objetivo más amplio y más complejo, aborda también los signos de intolerancia anímica, el perfeccionismo, la baja autoestima y las dificultades interpersonales.

En el estudio se incluyeron 154 pacientes con Índice de Masa Corporal mayor a 17,5 (es decir, que se excluyeron de la muestra los pacientes con muy bajo peso). Se realizó un tratamiento a lo largo de 20 semanas con un seguimiento posterior. Los autores refieren que un 51,3% de la muestra, después de 60 semanas, presentaba un nivel de sintomatología de TCA por debajo de un desvío estándar de la media en la comunidad. Este resultado no se mostró dependiente del diagnóstico categorial según los criterios del DSM.

Además, en el orden de las dificultades diagnósticas, junto a los trastornos tradicionalmente descriptos han aparecido recientemente nuevas descripciones: alcohorexia, vigorexia, orthorexia, dismorfia corporal, diabulimia, pregorexia, etc. Descripciones insuficientemente documentadas conviven con datos emergentes de la investigación. La complejidad del fenómeno que se despliega en la consulta nos obliga a mantener la mirada atenta a múltiples factores y a no encasillarnos en categorías.

Aunque importantes progresos se han hecho para generar formas de tratamiento efectivas para la anorexia y la bulimia, fundamentalmente modelos de terapia cognitivo-comportamental (Cooper y

Stewart, 2008; Fairburn y cols., 2008), muchos pacientes no responden a los tratamientos o lo hacen en forma parcial. Nuevas direcciones en la investigación de formas de tratamiento que vayan dando respuestas más efectivas están siendo exploradas: por ejemplo, en el área de las neurociencias. Particularmente en neuropsicología están siendo estudiados el rol de procesos como los de flexibilidad y coherencia cognitivas (Fitzpatrick y cols., 2010; Lopez y cols., 2008; Zastrow y cols., 2009). En este sentido, intervenciones de la terapia de rehabilitación cognitiva (CRT: cognitive remediation therapy) están siendo implementadas en adultos con anorexia nerviosa para estimular la flexibilidad cognitiva en estas pacientes (Tchanturia y cols., 2007).

Los estudios sobre la regulación emocional también proveen una interesante área de desarrollo en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Las dificultades y los déficits en las conductas auto-regulatorias y las habilidades de regulación emocional han sido descriptos como factores de riesgo para la bulimia nerviosa (Marsh y cols., 2009; Whiteside y cols., 2007).

El objetivo del presente trabajo es centrarnos en el papel de la familia, su rol mediador y moderador en la psicopatología y las diferentes modalidades en las que puede participar en los tratamientos.

Familia y TCA

El funcionamiento interpersonal hacia el interior de la familia de los pacientes ha recibido considerable atención como factor determinante en la constitución y mantenimiento de los TCA. Distintos modelos y teorías acerca del funcionamiento familiar han tratado de explicar desde los años 70 en adelante estas influencias, desde el modelo sistémico (Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Selvini Palazzoli, 1978; Stierlin y Weber, 1989); desde el modelo psicodinámico (Bruch, 1973); desde la perspectiva feminista (Orbach, 1985) y, más recientemente, Epstein y cols. (1994) desde la perspectiva cognitivo-comportamental en el abordaje familias con niños obesos. Si bien no puede considerarse a la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria, citamos este último autor como ejemplo de trabajo centrado en la involucración de las familias para el cambio de actitudes y conductas ligadas a la promoción de cambios saludables en la alimentación y la actividad física.

En los últimos años, el interés se ha desplazado desde la descripción de los patrones de funcionamiento familiar a encontrar modos de intervención efectiva con las familias, a buscar las justificaciones teóricas y la evidencia actual que sienta las bases

empíricas para el uso de los tratamientos familiares de los TCA en niños y adolescentes y, de hecho, la intervención familiar está en la primera línea de elección para el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes, como describiremos ampliamente en la sección siguiente y con resultados muy prometedores para el tratamiento de la bulimia (Lock, 2011).

Existe suficiente consenso a favor del abandono de actitudes culpabilizantes hacia los factores familiares en la génesis de los trastornos. Se trata, más bien, de buscar patrones de funcionamiento que vayan asociados a procesos de mantenimiento de los síntomas una vez iniciados o que se constituyan en una variable moderadora de la efectividad de las intervenciones, ya sea en un sentido positivo o negativo. Se anima a los profesionales para que sostengan una postura más flexible en su perspectiva del funcionamiento familiar y que adapten las intervenciones terapéuticas a cada estilo familiar y a cada nivel de funcionamiento particular, así como el integrar las diferentes voces de todos los miembros familiares en el acercamiento al paciente sintomático (Cook-Darzens y cols., 2005). En un artículo de la Academy for Eating Disorders se formaliza esta nueva actitud estableciendo lo que constituye una toma de posición sobre el rol de la familia en los trastornos alimentarios (Le Grange y cols., 2010).

Cruzat y cols. (2008) refieren que a pesar de los resultados inconsistentes surgen dos hallazgos con más evidencia: a) el hecho de que mientras no parece haber un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a los TCA, estas familias tienden a ser más disfuncionales que las familias de control y b) que la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso del trastorno y los resultados del tratamiento.

En su artículo sobre el tratamiento familiar de la anorexia nerviosa basado en la evidencia, Cook-Darzens y cols. (2008) destacan que, vistos en su conjunto, los resultados descriptos en la literatura son complejos y, a menudo, contradictorios. No obstante, destacan las siguientes conclusiones, las que caracterizan como tentativas:

a) La presencia de un patrón de funcionamiento familiar asociado a la AN no puede confirmarse empíricamente. Las familias de pacientes adolescentes con AN despliegan muy diversos modos de funcionamiento y muchos de ellos, no son necesariamente disfuncionales.

b) Las familias de adolescentes con anorexia, no obstante, tienen a estar menos satisfechas con la vida familiar, más estresadas y sus miembros tienden a expresar mayores desacuerdos con relación al funcionamiento familiar, cuando se las compara con familias de adolescentes no-clínicas.

c) Algunos estudios sugieren que las familias de pacientes anoréxicas restrictivas son menos perturbadas que las familias de pacientes anoréxicas purgativas y pacientes bulímicas, a menudo estas últimas son descriptas como muy conflictivas y desorganizadas.

En un sentido general, podríamos concluir que la mayoría de las opiniones confluyen en que es necesario adoptar una postura muy cauta con relación a modelos en los que se atribuya a la familia un factor causal de la patología, son preferibles aquellos modelos que adoptan una postura más normativa del papel familiar, es decir, que intentan explicar el modo en que las familias se organizan alrededor de un problema que amenaza la vida —personal y familiar— cómo es la convivencia cotidiana con los TCA. Por otra parte, los modelos más inspiradores acerca de los mejores modos de intervenir son los que describen los patrones de funcionamiento familiar que tienden a perpetuar los síntomas (Eisler, 2005). El poder concentrarnos en el tema del mantenimiento en lugar del problema etiológico permite el surgimiento de nuevas y relevantes cuestiones, por ejemplo, la detección de las diferencias entre las familias de pacientes que se recuperan de las que no lo hacen o la determinación de qué tipo de familia responde mejor a qué tipo de tratamiento (Cook-Darzens y cols., 2008).

Aquellas familias con mayores niveles de disfuncionalidad, en las que se evalúan relaciones o actitudes familiares en las que predomina la falta de confianza y empatía o con bajos niveles de cohesión entre sus miembros, con altos niveles de emocionalidad expresada hacia la paciente sintomática, tienden a ir asociadas a una elevación del riesgo de cronicidad y a limitar el aprovechamiento de los recursos terapéuticos, por fallas en el establecimiento y sostén de la relación con el equipo terapéutico.

Los componentes de la empatía percibidos a nivel familiar fueron evaluados por Guttman y Laporte (2000) en familiares de mujeres con trastorno de personalidad límite, anorexia nerviosa y un grupo control. Las hijas y ambos padres respondieron al Interpersonal Reactivity Index (Cuestionario de Reactividad Interpersonal) que evalúa las cuatro dimensiones de la empatía (tomar la perspectiva del otro, preocupación empática, malestar personal al ser testigo de experiencias negativas en los otros y capacidad de fantasía/imaginación). Además de las respuestas a este cuestionario los participantes fueron entrevistados para evaluar la extensión de las actitudes y conductas de los padres hacia sus hijas durante el desarrollo en cuanto al cuidado y la comprensión empática. En el caso de las pacientes con AN y sus familias los resultados demostraron la situación descripta con anterioridad de indicadores

de excesiva cohesión y falta de resolución de conflictos, rasgos que impiden una adecuada maduración. Estas observaciones nos señalan el camino hacia la necesidad de seleccionar intervenciones de tratamiento que favorezcan la autonomía. De acuerdo a la edad de las pacientes se pueden seleccionar dispositivos familiares —preferentemente en el caso de adolescentes y adultos jóvenes que aún viven con sus padres— o dispositivos individuales para pacientes de mayor edad.

La anorexia nerviosa, particularmente, es un trastorno muy visible, capaz de generar respuestas emocionales muy intensas, particularmente entre los familiares próximos y, en este sentido, muchas de estas respuestas se constituyen en factores de mantenimiento de la sintomatología y estos pueden manifestarse tanto en la paciente identificada como en los miembros de la familia .

Schmidt y Treasure (2006) describen 4 factores de mantenimiento: perfeccionismo/rigidez cognitiva, evitación experiencial, creencias pro-anorécticas y reacciones de otros significativos. Asimismo, otros trabajos han analizado el modo en que estos factores de mantenimiento impactan en la restricción alimentaria y las preocupaciones acerca de la imagen y el peso corporal que contribuyen a su mantenimiento (Hoiles y cols., 2011). Algunos de estos factores, por ejemplo, el perfeccionismo y las actitudes hacia el peso y la figura han sido estudiados también en familiares de pacientes con TCA encontrando una elevada asociación (Woodside y cols., 2002).

El perfeccionismo, definido como la tendencia a establecer altos estándares de desempeño, ha sido asociado con frecuencia en la literatura a los TCA y una revisión completa sobre el tema se ofrece en Bardone y cols. (2007) y también a la depresión, la ansiedad y el estrés (Bieling, Israeli y Antony, 2004). Suele combinarse con una evaluación excesivamente crítica de los desempeños y por una creciente preocupación por cometer errores (De Rosa y cols., en prensa) y también por una autoevaluación negativa, elementos que también se aplican a las pacientes con TCA. Otras características del estilo de pensamiento de estas pacientes tienen que ver con sesgos en el procesamiento de la información, rasgos obsesivo-compulsivos y debilidad en la flexibilidad cognitiva. También la excesiva adherencia a los detalles y la dificultad para captar los elementos esenciales (Schmidt y Treasure, 2006).

La evitación experiencial forma parte de un cortejo mayor de características que revelan un déficit significativo en el procesamiento de las emociones y los sentimientos. En la literatura se han citado la pobreza de la inteligencia emocional (Schmidt y Treasure, 2006), la disminución del registro emocional (Oldershaw y cols., 2011), las dificultades en

la regulación emocional y su rol en los episodios de atracción y de auto-lesión (Nock y Mendes, 2008) y la alexitimia (Schmidt y cols., 1993; Troop y cols., 2006). Todos estos conllevan también un déficit de los procesos de toma de decisión, especialmente en el contexto interpersonal (Liac y cols., 2008). Estos estudios demuestran el interés creciente en la literatura por los procesos neuropsicológicos que subyacen en la base de estos trastornos.

Los datos de la investigación y las opiniones van concluyendo en el sentido de comenzar a hablar de factores protectores o favorecedores de la mejoría versus factores de mantenimiento, agravamiento o cronicidad. Asimismo, integran esta concepción dentro del marco conceptual de una perspectiva multifactorial y dimensional. Podemos ubicar a las familias en un continuo de funcionamiento desde lo que es un funcionamiento altamente disfuncional en un extremo del continuo hasta el funcionamiento óptimo en el otro. En la clínica, las familias pueden ubicarse en cualquier punto de este continuo y es labor del equipo terapéutico hacer un balance de los recursos y las vulnerabilidades específicas de cada situación clínica en particular e ir diseñando las intervenciones de acuerdo a estas particularidades.

Tratamiento de los TCA. El rol de la familia en el tratamiento

El primer intento significativo por incluir a las familias de adolescentes con anorexia nerviosa en los tratamientos fue llevado a cabo en los años setenta por Salvador Minuchin y sus colegas en la Child Guidance Clinic, en Filadelfia. En ese primer ensayo, los autores trataron una serie de 53 pacientes, en el que la terapia familiar era la intervención primaria y proveyeron datos de seguimiento para el grupo, con un 86% de resultados positivos (Minuchin y cols., 1978). Sin duda, este resultado, el hecho de ser pioneros en el campo y, además, generar un modelo teórico sobre “la familia psicosomática”, permitió sentar las bases para numerosos ensayos clínicos que se desarrollaron a continuación. Si bien el tipo de tratamiento era bastante heterogéneo, en cuanto al contexto terapéutico –internación–, y a la modalidad –algunas de las pacientes recibían terapia individual– y metodológicamente no cumplía con los estándares para considerarlo un ensayo clínico controlado quedaban establecidos los principios teóricos y las aplicaciones clínicas para todo el desarrollo posterior.

Los primeros estudios controlados que tomaron como base el trabajo de Minuchin se llevaron a cabo en el Hospital Maudsley, en Londres desde mediados de los ochenta (Dare, 1985; Russell y cols.,

1987). En el artículo inicial se condensa la información relevante desde una perspectiva sociocultural, histórica e intergeneracional, con inclusión de los aspectos demográficos, características del ciclo vital y de los aspectos psicobiológicos de los distintos miembros y entendiendo a la familia como una red interpersonal (Dare, 1985). Desde entonces, muchos estudios replicaron estos intereses y compararon diversas modalidades de intervención familiar.

El primero de la serie era una comparación para pacientes ambulatorias entre un tratamiento familiar (FBT: family based treatment) y una terapia individual de apoyo, implementados a continuación de un período de internación para recuperación de peso corporal. En el estudio se incluyeron 80 admisiones consecutivas al Hospital Maudsley, sin distinción de edad, y se agruparon a las pacientes en 4 subgrupos. El subgrupo de adolescentes (menores de 18 años, n=21, promedio de edad 16,6 años, comienzo de la enfermedad < de 3 años) fue el subgrupo que, después de un año de tratamiento ambulatorio, tuvo mejores resultados con FBT (90%) comparado con el grupo control que recibió terapia individual (36%). El progreso en el tratamiento se definió de acuerdo a los criterios de Morgan y Russell, fundamentalmente la recuperación del peso corporal y de los ciclos menstruales (Morgan y Hayward, 1988).

En la tabla 1, condensamos la información de estos diferentes ensayos controlados. En 2001, se publica el manual de tratamiento (Lock y cols., 2001). Esto generó la aplicación de este modelo de intervención fuera de Europa, de hecho el primer ensayo controlado que utiliza el manual se llevó a cabo en California (Lock y cols., 2005) y, además, basándose en el modelo de Maudsley se desarrollaron otros abordajes, por ejemplo, la terapia sistémica-comportamental (BSFT) (Robin y cols., 1994, 1999) y los modelos de psicoeducación familiar (Geist y cols., 2000).

En la mayoría de los trabajos la intervención familiar promueve la involucración de los padres en el tratamiento y la toma de control en el restablecimiento del peso. No obstante, a pesar de los resultados alentadores, aún es difícil estimar cuál es el mejor modo de lograr estos objetivos (Le Grange, 2005). Si bien algunos estudios muestran que la terapia conjunta resulta más ventajosa que la conducción en formato separado (Le Grange y cols., 1992; Eisler y cols., 2000), la terapia familiar conjunta puede tener desventajas en aquellas familias en las cuales se manifiestan por parte de la familia altos niveles de hostilidad y criticismo hacia la paciente, familias en las que se hace sumamente difícil lograr una involucración que resulte funcional (Szmukler y cols., 1985; Le Grange y cols., 1992). El desafío que implica su involucración puede estar asociado con

Tabla 1. Terapia familiar y TCA: estudios controlados

	CONTEXTO TERAPEUTICO	TIPO DE PACIENTE	TRATAMIENTOS COMPARADOS	RESULTADOS POSITIVOS	OBSERVACIONES
Russell, Szmukler, Dare y cols. (1987)	Ambulatorio	AN y BN < de 18 < de 3 años de evolución N=21	FBT y Terapia individual de apoyo	FBT= 90% TI= 36%	Las pacientes efectuaron previamente un tratamiento institucional para recuperación de peso (promedio = 10 semanas)
Le Grange y cols. (1992)	Ambulatorio	AN	Terapia Familiar conjunta Versus Counseling Familiar y sesiones de apoyo para la paciente	En el corto plazo, hubo escasas diferencias en términos de alivio sintomático	
Robin y cols. (1994)	Ambulatorio	AN N=22	Terapia familiar comportamental sistémica versus Terapia individual orientada al yo Duración del tratamiento: 16 meses	BFST: mayores cambios en aumento de peso (67%) y recuperación de la menstruación (80%). Ambos tratamientos produjeron mejoría importante en las actitudes alimentarias,	
Robin y cols. (1999)	Ambulatorio	AN N=36	Terapia familiar comportamental sistémica versus Terapia individual orientada al yo	1 año de seguimiento BFST: mayores cambios en aumento de peso y recuperación de la menstruación (75-85%)	
Dare y Eisler, (2000)	Hospital de día	AN y BN	Grupos multifamiliares	Ambos tratamientos produjeron mejoría importante en las actitudes alimentarias, la depresión y el conflicto familiar ligado a la alimentación, pero escasos cambios en el funcionamiento yoico Cambios sintomáticos: ganancia de peso, reducción de atracones, vómitos y abuso de laxantes. Recuperación (80%)	Replicado por Scholts y Asen (2001)
Geist y cols. (2000)	Internación	Trastornos alimentarios de tipo restrictivo N=25	Terapia Familiar versus Psicoeducación grupal familiar 4 meses de tratamiento	76% logró mejoría en cuanto a aumento de peso antes de dejar el hospital.	Los autores concluyen que la intervención psicoeducativa grupal es igualmente efectiva en la involucración de la familia pero más económica
Eisler y cols. (2003)	Ambulatorio	AN	TFC y TFS	75% (15% resultados intermedios y 10% resultados pobres)	
Lock y cols. (2005)	Ambulatorio	AN (12-18 años) N=86	TF de corta duración (10 sesiones en 6 meses) y TF de larga duración (20 sesiones en 1 año)	Seguimiento=5 años No mostró diferencias. No obstante, aquellas pacientes más severas, con sintomatología obsesiva y familias disfuncionales se beneficiaron del tratamiento de mayor duración	
Le Grange y cols. (2005)	Ambulatorio	AN N=45	Datos pre y post tratamiento (Manual FBT, 10 meses, 17 sesiones)	89% recuperación	

los sentimientos de culpa y de recriminación que experimenta la familia, los cuales se ven incrementados en las críticas cruzadas y las confrontaciones que tienen lugar durante las sesiones familiares conjuntas (Le Grange, 2005).

También resultan poco concluyentes los escasos estudios que evalúan las intervenciones con grupos multifamiliares (Scholz y Asen, 2001). Otro punto a dilucidar tiene que ver con el establecimiento de criterios empíricos que nos ayuden a decidir entre la alternativa internación versus tratamiento ambulatorio y la eficacia relativa de ambos tipos de contexto terapéutico. El uso de la entrevista motivacional, además, parece resultar una herramienta útil para poder avanzar en diseños de intervención que garanticen mejores resultados (Gowers y Smyth, 2004). Adaptaciones manualizadas del modelo existen para el tratamiento de la bulimia nerviosa (Le Grange y Lock, 2007) y también se han realizado numerosos ensayos clínicos con este grupo de pacientes (Schmidt y cols., 2007; Le Grange y cols., 2007).

En todos estos trabajos aparece reflejada el cambio en la perspectiva y el movimiento hacia modelos familiares de tratamiento más focalizados en los factores ligados a la recuperación (en oposición a la etiología), a movilizar recursos familiares (en lugar de reparar la patología familiar) y en involucrar activamente a los miembros de la familia (y no excluirlos) (Cook-Darzens y cols., 2008).

El modelo enfatiza el interés por involucrar a los padres en el tratamiento, significando esta involucración como un recurso y que tiene el objetivo de reforzar las herramientas con las que puedan contar los padres y ayudarlos a persistir en sus esfuerzos hasta lograr la recuperación de un peso corporal funcional en la paciente. El tratamiento de los temas ligados a la transición adolescente y los temas de relación familiar se posponen hasta que se logra una mejoría sintomática (Loeb y Le Grange, 2009).

El tratamiento se organiza a lo largo de 3 fases:

En la *Fase I* se opera sobre los síntomas: restablecimiento de patrones de alimentación y de peso saludables, y la reducción de los atracones y los episodios purgativos (vómitos, abuso de laxantes) y otras conductas compensatorias disfuncionales, por ejemplo, la excesiva actividad física. En esta fase se alienta a la familia a retomar el control sobre estas conductas en la paciente.

En la *Fase II*, una vez que se controla la sintomatología aguda, se va devolviendo progresivamente el control sobre la alimentación hacia la paciente.

En la *Fase III* se encaran los temas ligados a la estructura familiar propiamente dicha y los vinculados con los propios del período adolescente. Lo que surge en muchos de los trabajos citados son

las consideraciones acerca de las llamadas familias críticas –particularmente, el tema del nivel de emocionalidad expresada– y las familias con configuraciones especiales –monoparentales, ensambladas, etc. En estas situaciones, el curso de la intervención familiar se ve modificado para incorporar los temas específicos que caracterizan a estas familias y, en un sentido negativo, se observa que la presencia de estas situaciones críticas genera un empobrecimiento del pronóstico.

Las pacientes con anorexia nerviosa abandonan prematuramente el tratamiento o, en aquellos casos en los que lo continúan, obtienen menores resultados en los casos en que sus padres son excesivamente críticos, característica familiar que junto a la hostilidad y a la sobreinvolucración conforma el constructo de alta emocionalidad expresada (Le Grange y cols., 1992; Szmukler y cols., 1985; Uehara y cols., 2001). Este hallazgo ha sido replicado también para adolescentes con bulimia nerviosa (Hedlund y cols., 2003).

Una versión del FBT para anorexia nerviosa en el que los padres son vistos en sesiones separadas y no conjuntas con la adolescente ha demostrado ser superior en cuanto a su efectividad que el formato de sesiones conjuntas en aquellas situaciones en las que la familia presenta altos niveles de emocionalidad expresada en términos de criticismo (Le Grange y cols., 1992; Eisler y cols., 2000).

Los objetivos alrededor de los cuales se organizan las intervenciones familiares en esta “nueva generación” de modelos de terapia familiar, tal como los describen Cook-Darzens y cols. (2008) son los siguientes:

- Ayudar a la familia a recuperar su sentido de maestría y competencia
- Focalizarse en el control sintomático al inicio del tratamiento
- Movilizar a la familia como agente de cambio y co-partícipe de la promoción de salud
- Estimular esperanza, confianza y empatía
- Externalización de la enfermedad para reducir las acusaciones y las críticas hacia la paciente
- Ayudar a la familia a sostener trayectorias funcionales en la transición adolescente
- Encarar las dimensiones de la realidad familiar, tanto las representacionales o construidas como las pragmáticas

Conclusiones: el tratamiento multi-nivel

Los hallazgos de la literatura nos van ilustrando acerca de la complejidad de los TCA y a pesar del hecho de que vamos encontrando abordajes de tratamiento con resultados alentadores, tanto en los formatos individuales como familiares, también nos enfrentan al desafío de un porcentaje significativo de situaciones que no mejoran. Entendemos que la mejor manera de afrontar este desafío es el recurso de encarar los diferentes componentes mediadores de los trastornos con un tratamiento multinivel que de respuesta tanto a los factores biológicos, como a los psicológicos y ambos a su vez ubicados en el contexto de las relaciones interpersonales próximas –familiares y de pares– y las cuestiones culturales.

De esta manera lo venimos encarando con nuestro abordaje (Kirschman y Salgueiro, 2002), en el que están representados los conceptos de multideterminación desde lo etiológico y un enfoque dimensional y no categorial desde la concepción psicopatológica con el interjuego de los factores de vulnerabilidad, factores desencadenantes y de mantenimiento. Estos dos elementos nos remiten a una conceptualización de cada situación clínica con un diseño de tratamiento a medida. Los síntomas son individuales pero ocurren en un contexto relacional. En este sentido, hay un interjuego entre lo individual y lo familiar y los tratamientos deben encarar simultáneamente ambos procesos. Pero también es cierto que, particularmente en algunas situaciones difíciles, como es el caso de las pacientes anoréxicas restrictivas “exitosas”, la vía de entrada puede ser la familiar –como el caso del modelo FBT que hemos descripto más arriba o comenzar con un abordaje motivacional que sea sensible al estadio de cambio en el que la paciente se encuentra –precontemplativo– y facilite el corrimiento hacia otro estadio en el cambio sea posible.

El tratamiento se organiza en fases sucesivas, la primera con un foco sintomático para ir avanzando luego hacia las cuestiones evolutivas y los patrones de organización de la experiencia personal más profunda. El rol de equipo terapéutico (médico nutricionista, terapeuta familiar, terapeuta individual, psiquiatra) juega un papel fundamental en este proceso y lo hace desde los primeros encuentros con la paciente, al menos en el caso de las adolescentes y jóvenes, equipo que va acompañando con diferente intensidad e involucración estas etapas (Kirschman y Salgueiro, 2008). Por otra parte, la psicoterapia, estando basada en un modelo integrativo de base cognitiva, está centrada también alrededor de objetivos escalonados que se van trabajando desde los diferentes espacios terapéuticos –nutricional,

individual y familiar– simultáneamente. Esto le da coherencia al trabajo y amplifica el poder de las intervenciones que se ven reforzadas desde los diferentes espacios.

Se trata de un ámbito de trabajo muy fértil, pero aún así, un porcentaje significativo de pacientes no mejora, o lo hace sólo parcialmente, o incluso empeora. La investigación en el área debe continuar, con los esfuerzos destinados fundamentalmente a conocer cuáles son los ingredientes activos de las diferentes modalidades de intervención, tanto las individuales como las familiares, cuáles son los criterios para decidir entre unas y otras o en qué secuencias implementarlas y por cuánto tiempo.

Nos identificamos con esta nueva generación de terapeutas familiares descripta en estas páginas y su actitud positiva hacia la familia, con un énfasis en los recursos, con firmeza pero sin culpabilización y atendiendo a los procesos de mantenimiento de la sintomatología y a las variables moderadoras de mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S. y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical Psychology Reviews*, 27, 3, 384-405.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L. y Antony, M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373--1385.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. y Walsh, B.T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 2, 98-111.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C. y Mouren, M.C. (2008). Family Therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders*, 13, 4, 157-170.

- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. y 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.
- Cooper, Z. y Stewart, A. (2008). CBT-E and the younger patient. En: C. Faiburn (Ed.) *Cognitive behavioral therapy and eating disorders* (pp. 221-230). New York: Guilford.
- Crow, S., Peterson, C., Swanson, S., Raymond, N., Specker, S., Eckert, E.D. y Mitchell, J. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342-1346.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarios de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhe*, 17, 1, 81-90.
- Dare, C. (1985). The family therapy for anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 2-3, 435-443.
- Dare, C. y Eisler, I. (2000). A multiple-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 1, 4-18.
- De Rosa, L.; Dalla Valle, A.; Rutsztein, G. y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y autocrítica: consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (en preparación).
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 2, 104-131.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E y Le Grange, D. (2000). Family Therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 6, 727-736.
- Eisler, I., Le Grange, D. y Asen, K.E. (2003). Family interventions. En J. Treasure, U Schmidt y E. van Furth (Eds.) *Handbook of Eating Disorders* (pp. 391-310). Chichester: Wiley.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R.R. y McCurl, J. (1994). Ten-Year Outcomes of Behavioral Family-Based Treatment for Childhood Obesity. *Health Psychology*, 13, 5, 373-383.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Conner, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A. y Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavior therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with a 60-week follow up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C.G.; Cooper, Z.; Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders ("CBT-E"): An overview. En: C.G. Faiburn (Ed.) *Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders* (pp. 23-34). New York: Guilford.
- Fitzpatrick, K., Moye, A., Hostee, R., Le Grange, D. y Lock, J. (2010). Adolescent Focused Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 1, 31-39.
- Geist, R., Heineman, M., Stephens, D., Davis, R. y Katzman, D.K. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 2, 173-178.
- Gowers, S.G. y Smyth, B. (2004). The impact of a motivational assessment interview on initial response to treatment in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 87-93.
- Guttman, H.A. y Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *Family Process*, 39, 345-358.
- Hedlund, S., Fisher, M.M., Quadflieg, N. y Brandl, C. (2003). Expressed Emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: A 6-year investigation. *Eating and Weight Disorders*, 8, 26-35.
- Hoiles, K.J., Egan, S.J. y Kane, R.T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, 13, 2, 123-126.
- Kirschman, D. y Salgueiro, M.C. (2008). Trastornos alimentarios: el equipo como instrumento. En H. Fernández-Álvarez *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008* (pp. 567-592). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kirschman, D. y Salgueiro, M.C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Ediciones Tea.
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4, 3, 142-146.
- Le Grange, D. y Lock, J. (2007). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*. New York: Guilford.
- Le Grange, D., Binford, R. y Loeb, K.L. (2005). Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1, 41-46.

- Le Grange, D., Crosby, R.D., Rathouz, P.J. y Leventhal, B.L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1049-1056.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. y Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: A study of Expressed Emotion. *Journal of Family Therapy*, 14, 2, 177-192.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. y Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: A study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*, 14, 177-92.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. y Russell, G.F.M. (1992). Evaluation of family therapy in anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 4, 347-357.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. y Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1, 1-5
- Liao, T., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J., Schmidt, U., Campbell, I. y Tchanturia, K. (2008). An examination of decision-making in bulimia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30, 1-7.
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 4, 274-279.
- Lock, J., Agras, W.S., Bryson, S. y Kraemer, H.C. (2005). A Comparison of Short- and Long-Term Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 7, 632-639.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S. y cols. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. New York: Guilford.
- Loeb, K.L. y Le Grange, D. (2009). Family-Based Treatment for adolescent Eating Disorder: Current Status, New Applications and Future Directions. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 2, 2, 243-254.
- Loeb, K.L., Lock, J., Le Grange, D. y Freif, R. (2012). Transdiagnostic theory and application of FBT for youth with eating disorders. *Cognitive Behavioral Practice*, 19, 1, 17-30.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., Booth, R., Holliday, J. y Treasure, J. (2008). An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 143-152.
- Marsh, R., Steinglass, J., Gerber, A., O-Leary, G., Wang, Z., Murphy, D., Walsh, B.T. y Peterson, B. (2009). Deficient activity in the neural systems that mediate self-regulatory control in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 66, 51-63.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morgan, H.G. y Hayward, A.E. (1988). Clinical Assessment of Anorexia Nervosa: the Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.
- Nock, M. K. y Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28-38.
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Thanturia, K., Treasure, J. y Schmidt, U. (2011). The socioemotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience & Behavioural Reviews*, 35, 970-988.
- Orbach, S. (1985). Accepting the symptom: A feminist psychoanalytic treatment of anorexia nervosa. En D.M. Garner y P. Garkinkel (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 83-104). New York: Guilford Press.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Koepke, T. y cols. (1994). Family Therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15, 2, 111-116.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W., Gilroy, M., Baker Dennis, A. y Sikand, A. (1999). A controlled Comparison of Family Versus Individual Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 12, 1482-1489.
- Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-56.
- Schmidt U, L.S., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., y cols. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive-behavioral guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164, 591-598.
- Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implication for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 3, 343-366.
- Schmidt, U., Jiwany, A. y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 1, 54-58.
- Scholz, M. y Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review*, 9, 1, 33-42.

- Selvini Palazzoli, M. (1978). *Self-Starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Aronson.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1989). *Unlocking the family door: A systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa*. New York: Brunner/Mazel.
- Striegel-Moore, R., Leslie, D., Petrill, S.A., Garvin, V. y Rosenheck, R.A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 381-389.
- Striegel-Moore, R.H. y Bulik, C.M. (2007). Risks factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62, 3, 181-198.
- Szmukler, G.I., Eisler, I., Russell, G.F. y Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental "expressed emotion" and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-71.
- Szmukler, G.I., Eisler, I., Russell, G.F.M. y Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental Expressed Emotion and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tchanturia, K., Davies, H. y Campbell, I. (2007). Cognitive Remediation for patients with Anorexia Nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*, 14, 1-6.
- Troop, N.A., Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Feelings and fantasy in eating disorders: A factor analysis of the Toronto alexithymia scale. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 2, 151-157.
- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S. y Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 132-138.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect. *Eating Behaviors*, 8, 162-169.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilienfeld, L., Klump, K. y Kaye, W.H. (2002). Personality, Perfectionism, and Attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 3, 290-299.
- Zastrow, A., Kaiser, S., Stippich, C., Walther, S., Herzog, W., Tchanturia, K., Belger, A., Weisbrod, M., Treasure, J. y Friederich, H. (2009). Neural correlates of impaired cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 166, 608-616.

Recibido: 15-10-11

Aceptado: 3-2-12

Abstract: Eating disorders, as well as other clinical entities, are due to a multiplicity of factors, biological, psychological and social, and assume diverse presentations, both in terms of their severity and the profile that the set of symptoms, traits, patterns of cognitive processing and of relationship with significant others adopt. The modalities of intervention with better results are those that reflect this complexity and focus from the first interventions on the multiplicity of factors involved. This paper aims to review the role of the family in the conformation of the psychopathological processes at the level of vulnerability to develop the disorder and its maintenance over time and, also, to describe the modalities of participation of the family in the multi-level treatment.