



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Intervención grupal con familias: análisis de
intervenciones terapéuticas en Anorexia Nerviosa y
Bulimia Nerviosa**

Autor/a: Ana Taibo Meana

Director/a: María Pilar Martínez Díaz

Madrid

Abril 2021/2022

Resumen:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una enfermedad mental grave caracterizada por la alteración del comportamiento en la ingesta de comida y hábitos alimentarios por una preocupación desmesurada por el peso e imagen corporal. Se trata de un problema de salud pública que afecta a todo tipo de personas, sin importar la edad, sexo ni cultura.

El presente trabajo realiza una síntesis sobre la intervención grupal familiar en casos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). En él se incluye una breve descripción sobre qué son los TCA, más específicamente la AN y BN; el perfil predominante de la persona con TCA, así como un poco de demografía y estadística. Además, se menciona brevemente la intervención familiar y grupal familiar con el fin de explicar la intervención grupal familiar en casos de AN y BN. Por último, se citan los beneficios que este tipo de intervenciones tiene sobre las familias.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria, TCA, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, intervención grupal, intervención familiar, intervención multifamiliar, intervención grupal familiar.

Abstract:

Eating disorders (ED) are a serious mental illness characterized by an altered eating behavior and eating habits due to an excessive preoccupation with weight and body image. It is a public health problem that affects all types of people, regardless of age, sex or culture.

This academic research summarizes family group intervention in cases of anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). It includes a brief description of what EDs are, more specifically AN and BN; the predominant profile of the person with ED, as well as some demographics and statistics. In addition to this, family and family group intervention are briefly mentioned in order to explain family group intervention in cases of AN and BN. Eventually, the benefits of these types of interventions are cited.

Key words: Eating disorders, EA, anorexia nervosa, bulimia nervosa, group intervention, family intervention, multifamily intervention, family group intervention.

Índice

1. Introducción	4
1.1 Objetivo.....	4
1.2 Justificación del tema.....	4
1.3 Metodología	5
2. Contexto	6
2.1 Conceptos generales del TCA.....	6
2.1.1 <i>Anorexia nerviosa</i>	7
2.1.2 <i>Bulimia nerviosa</i>	7
2.1.3 <i>Factores asociados a la AN y BN</i>	8
2.2 Datos	10
2.3 Comorbilidad	11
3. Marco teórico	12
3.1 Intervención familiar.....	12
3.2 Intervención grupal familiar	14
4. Intervención grupal multifamiliar en TCA	15
4.1 Introducción	15
4.2 Objetivos	18
4.3 Intervención grupal multifamiliar para Anorexia Nerviosa.....	19
4.4 Intervención grupal multifamiliar para Bulimia Nerviosa.....	22
5. Beneficios de la intervención grupal multifamiliar	23
6. Eficacia de la intervención grupal multifamiliar	24
7. Conclusiones	25
8. Referencias	28

1. Introducción

1.1 Objetivo

El presente trabajo persigue llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre la anorexia y bulimia, así como explorar y describir las distintas intervenciones grupales y/o familiares ante estos trastornos, y los beneficios que estas intervenciones suponen a los pacientes y familiares.

Así pues, los objetivos principales de este TFG son:

- Explicar la intervención con personas con anorexia y bulimia
- Evaluar eficacia de las técnicas de intervención anteriormente explicadas
- Analizar beneficios de intervenciones grupales y familiares con hijos con anorexia y bulimia

1.2 Justificación del tema

Portela de Santana et al. (2012) definen los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como una enfermedad psiquiátrica grave que se caracterizan por una alteración en el comportamiento, actitud e ingesta de comida a causa de una excesiva preocupación por el peso y/o cuerpo.

Acorde con Olivia et al. (2012), dado que en los últimos años los casos de TCA han aumentado en prevalencia, requieren de un tratamiento especializado y tienen una alta tendencia a la cronicidad, se han convertido en un problema de salud pública (especialmente en los países desarrollados).

En otros tiempos la familia de una persona con TCA era considerada la responsable del desarrollo de dicho trastorno, pero actualmente hay pocos enfoques, por no decir ninguno, que considere a la familia culpable del desarrollo del TCA de su hijo (Calvo et al., 2008). De hecho, hay multitud de factores y dimensiones que afectan y que mantienen el trastorno alimenticio que nada tienen que ver con la familia como, por ejemplo, la presión social y cultural (Sepúlveda et al., 2020).

Asimismo, y teniendo en cuenta el papel de la familia ante este tipo de problemáticas, resulta evidente que la convivencia familiar se ve afectada, es decir, no hay un buen funcionamiento familiar debido a que la salud y el bienestar emocional, así como el

psicológico de los familiares se ve afectado de manera considerable (Sepúlveda et al., 2020).

Como consecuencia de esto último, Ruiz et al. (2013) exponen que el funcionamiento familiar es uno de los factores que más se ha estudiado en los casos de TCA. Según lo reflejado por dichos estudios, el deterioro en el funcionamiento familiar se puede observar en una menor cohesión, adaptabilidad, expresividad, etc.

En relación con esto último, Calvo et al. (2008) recogen que las familias se ven desbordadas, impotentes, desgraciadas y frustradas. Respecto a la frustración experimentada por las familias, Sepúlveda et al. (2020) añaden también la sensación de desesperanza de las familias a la hora de intentar ayudar a su hijo y la sensación de que lo que hacen no está sirviendo de nada. Además, esta frustración de los familiares supone que la familia emite una respuesta con una carga emocional más alta, haciendo que se perpetúe aún más la psicopatología alimentaria de la persona con el trastorno. Todo ello, implicaría que la recuperación se prolongue en el tiempo (Sepúlveda et al., 2020).

Otro modelo que se centra en la frustración de los familiares es el Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal para la anorexia nerviosa de Treasure y Schmidt (2013; como se citó en Sepúlveda et al., 2020).

Teniendo en cuenta todo esto, es indudable la importancia de que la familia del paciente con TCA forme parte del tratamiento y terapia. En relación a esto, Ruiz et al. (2013) explican la importancia de que en la intervención se oriente a las familias no solo en aquello que hacen mal, sino también en alertarlas y guiarlas en conductas positivas que sí podrían hacer.

Sin embargo, es poca la evidencia sobre las intervenciones multifamiliares en TCA, son más bien estudios descriptivos que tienen en cuenta la satisfacción de pacientes y familiares (Vilariño et al., 2019).

1.3 Metodología

Teniendo en cuenta la naturaleza de este trabajo, la metodología seguida para la realización del mismo es una revisión bibliográfica sobre TCA y su intervención. Además, también se han tenido en cuenta los artículos que tratan sobre los beneficios que supone la intervención grupal y/o familiar para dichos pacientes. Para la obtención de la

información necesaria, se han utilizado las bases de datos de las ciencias humanas y sociales; especialmente PubMed, Dialnet y EBSCO host.

Los filtros que se han empleado para la obtención de los distintos artículos son, sobre todo: trastorno de la conducta alimentaria, tca, eating disorder(s), ea, intervención, intervención familiar, intervención grupal, family group therapy, group therapy, multifamily group, multifamily therapy, etc.

2. Contexto

2.1 Conceptos generales del TCA

Los TCA, según lo definen Gómez et al. (2017), son un conjunto de enfermedades mentales que destacan por el comportamiento patológico ante la ingesta alimentaria, excesiva preocupación por el peso, y una alteración de la imagen corporal.

Además, debido a la gravedad de su evolución, las secuelas físicas, sociales, médicas y psicológicas, son considerados un problema severo de salud pública y relevancia social (Gómez et al., 2017; Rienecke, 2017; Salgueiro y Kirszman, 2012). Stice et al. (2013; como se citó en Gómez et al., 2017) añaden el hecho de que los TCA son procesos complejos y que se prolongan en el tiempo hasta el punto de poder llegar a cronificarse, con altas posibilidades de recaída, y comorbilidad.

El desarrollo del TCA se suele dar a una temprana edad, siendo la adolescencia la etapa principal en la que se desarrolla. No obstante, se trata de un trastorno que afecta a toda la población (Rienecke, 2017; Salgueiro y Kirszman, 2012; Wiseman et al., 2019).

Según Barlow y Durand (2003), los TCA responden a cuestiones culturales tanto en cuanto hasta hace unos años los TCA no se daban en países en vías de desarrollo, pero hoy en día todo parece indicar que se ha vuelto un fenómeno mundial que afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo.

No obstante, y dado que el campo de los TCA es muy amplio, el presente trabajo se va a centrar únicamente en la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa. Esta decisión viene motivada por la cantidad de literatura que se puede encontrar respecto estos dos trastornos, y por mi interés sobre los mismos.

2.1.1 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza porque la persona afectada tiene un peso corporal excesivamente bajo y teme ganar peso; razón por la cual lleva una dieta restrictiva que evita dicha ganancia de peso (Rienecke, 2017). De hecho, una de las características que les diferencia de las personas con bulimia nerviosa (BN) es que las personas con AN sí consiguen bajar de peso (Barlow y Durand, 2003).

La manera que tienen las personas con AN de evitar ganar peso es, mediante dietas restrictivas de alimentos, o a través de conductas purgativas (American Psychiatric Association, 2013; como se citó en Jewell et al., 2016). Esto mismo defienden Barlow y Durand (2003), ya que mencionan que las personas con AN lo que hacen es comer las mínimas cantidades de comida posible hasta el punto de poner en peligro su vida.

Además, tienen una distorsión cognitiva de la imagen del cuerpo y el peso (Barlow y Durand, 2003; Rienecke, 2017; Salgueiro y Kirszman, 2012).

Cabe mencionar que, según el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5; APA, 2013) la AN puede ser de tipo restrictivo o de tipo con atracones/purgas. Este primero, se caracteriza porque la persona no ha tenido episodios de atracones o purgas en los últimos tres meses, y que la pérdida de peso se debe a la estricta dieta que llevan, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. En cambio, la del tipo con atracones/purgas, es cuando la persona ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Por último, otra de las características de las personas con AN según Barlow y Durand (2003), es que nunca van a estar satisfechas con el peso perdido, y que rara vez serán ellas mismas las que acudan tratamiento.

2.1.2 Bulimia nerviosa

Según Rienecke (2017), la bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por episodios de atracones de comida donde la persona experimenta la pérdida del control sobre sí misma. Estos atracones van seguidos de conductas compensatorias inapropiadas tales como provocarse el vómito nada más finalizar la ingesta, el uso de laxantes y/o diuréticos, y ejercicio excesivo, entre otras (Barlow y Durand, 2003; Jewell et al., 2016; Rienecke, 2017). Algo similar explican Salgueiro y Kirszman (2012), que lo identifican como

patrones de alimentación restrictivos y/o desinhibidos que se presentan en forma de atracón y purga.

En lo relativo a las calorías ingeridas en los periodos de atracón, Barrow y Durand (2003) mencionan que varían entre una persona y otra. Además, igual que los otros autores anteriormente mencionados, dicen que un aspecto muy importante de las personas con BN no es sólo el hecho de que tengan atracones y la cantidad de comida que toman en ellos, sino que éstos son vividos como algo fuera de control.

Al igual que en la AN, en la BN también se puede encontrar el miedo a la ganancia de peso y una idea sobrevalorada sobre imagen del cuerpo (Rienecke, 2017; Salgueiro y Kirszman, 2012).

2.1.3 Factores asociados a la AN y BN

Acorde con Santana et al. (2012), la evidencia científica apunta a que se pueden identificar ciertos factores de riesgo causales de los TCA, y el desarrollo de dichos trastornos es el resultado de la interacción entre factores biológicos, físicos, socioculturales y personales del individuo. Calvo et al. (2008) añaden los factores familiares y desencadenantes como otros factores de riesgo.

En lo relativo a los factores biológicos, Calvo et. al (2008) exponen que no existe un gen responsable del desarrollo de AN o BN, sino más bien una combinación de transmisión genética, y que la presencia de esta combinación supone una mayor susceptibilidad a desarrollar un TCA. No obstante, mencionan que los datos existentes hasta la fecha son aún inciertos.

Respecto a los factores físicos, uno de los factores que pueden influir en el desarrollo de un TCA es el cambio corporal que se da en la adolescencia, ya que puede darse el caso en el que la/el adolescente no asuma dichos cambios corporales, y más aún si estos cambios se dan de manera prematura (Calvo et al., 2008). Una baja autoestima y afecto negativo también son factores personales que influyen fuertemente al adolescente, puesto que al comparar su cuerpo con el de otros adolescentes el adolescente puede experimentar insatisfacción corporal respecto a su cuerpo y comenzar con dietas restrictivas (Portadela de Santana et al., 2012). La personalidad y los aspectos cognitivos de la persona son otros factores de riesgo personales a tener en cuenta.

Por otro lado, Calvo et al. (2008) explican que la presión social y la internalización del ideal de delgadez, son unos de los factores socioculturales más influyentes en la persona que desarrolla el TCA. Teniendo en cuenta la internalización de la delgadez, Portadela et al. (2012) mencionan como esta internalización trae consigo la estigmatización de la obesidad. Dicho ideal de delgadez se puede observar claramente en los medios de comunicación como, por ejemplo, los modelos y las modelos que se utilizan en las revistas de moda, anuncios y campañas publicitarias, y el cine (Calvo et al., 2008). Otro ejemplo es el perfil de la modelo que utilizan los diseñadores de moda, pues tienden a ser muy delgadas ya que se las considera más elegantes (Calvo et al., 2008).

En cuanto a los factores desencadenantes, Calvo et al. (2008) mencionan los cambios vitales como uno de ellos. Por ejemplo, cambiarse de colegio, de ciudad, domicilio, etc., requiere de una madurez y responsabilidad que puede que el menor no tenga. Otros ejemplos de cambios vitales en la adolescencia son los cambios corporales y acercamientos sexuales (Calvo et al., 2008). También se consideran factores desencadenantes los comentarios que hacen respecto al físico las personas allegadas y del entorno del adolescente con TCA. En la misma línea se encuentra la influencia que tiene el grupo de pares sobre la satisfacción corporal del paciente (Portadela et al., 2012). Por último, haber experimentado una situación traumática como, por ejemplo, un abuso sexual es otro factor desencadenante de TCA (Calvo et al., 2008; Ruíz et al., 2013). La explicación que le encuentran Calvo et al. (2008) a esto son las conductas purgativas (que pueden desencadenar en anorexia o bulimia) que pueden desarrollar las personas tras un encuentro sexual no placentero ni deseado como forma de eliminar las sensaciones de ese encuentro. Es decir, la persona siente asco hacia su cuerpo y mediante la purga trata de eliminar las sensaciones y olvidar el abuso.

En relación a los factores familiares, Calvo et al. (2008) identifican el nivel de importancia que le da la familia a la apariencia como un factor influyente en el menor, de tal manera que en función del grado de importancia que tiene la apariencia para la familia, el menor buscará tener un buen aspecto físico de una forma más o menos intensa. También mencionan la conciliación entre la vida laboral y familiar, pues muchas veces la familia no está presente en las comidas por falta de tiempo. Además, esto supone que les resulte más difícil detectar si su hijo está llevando una correcta alimentación (Calvo et al., 2008).

2.2 Datos

Tener acceso a las cifras exactas de las personas afectadas por algún tipo de TCA resulta bastante complicado. Esto se debe a que muchas personas afectadas no aceptan la enfermedad, no buscan tratamiento o directamente no tienen acceso al mismo porque el sistema de salud público está muy cargado, y no pueden optar por uno privado debido al coste que conllevaría (Asociación de TCA de Aragón, 2020). No obstante, según el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid en el año 2010 se produjeron 367 ingresos hospitalarios por TCA, generados por 193 pacientes (Olivia et al., 2012). La tasa bruta de ingresos por TCA de residentes en la Comunidad de Madrid es 5 por 100.000 habitantes (Olivia et al., 2012).

En cuanto al perfil de paciente, Gaete et al. (2012) explican que las personas con TCA son mayoritariamente adolescentes y mujeres jóvenes. Barlow y Durand (2003) identifican a las mujeres como el perfil principal de los casos severos de TCA (90%). Esta misma cifra es la que recoge el Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, pues según sus datos, un 90% de las personas ingresadas eran mujeres (Olivia et al., 2012).

En la misma línea se encuentra el artículo de Foraster (2021), donde acorde con los datos aportados por ITA Salud Mental, las mujeres siguen siendo las predominantes ante este tipo de trastornos (90% mujeres frente al 10% de hombres). Esto también lo refleja la Asociación de TCA de Aragón, donde dice que 9 de cada 10 casos son mujeres, (Asociación de TCA de Aragón, 2020). Esto también se puede observar en el porcentaje de los casos de BN, ya que según recogen Barlow y Durand (2003), en un 90-95% de los casos es una mujer la que lo padece.

Barlow y Durand (2003) añaden que suelen ser mujeres blancas, de familia con alto nivel socioeconómico y ambiente socialmente competitivo. No obstante, parece que en los últimos años ha habido un cambio gradual, puesto que en los últimos años ha habido un incremento de casos de hombres con TCA.

Además, según explican Gaete et al. (2017), las personas afectadas son de todo tipo de niveles socioeconómicos, lo cual indicaría que el nivel socioeconómico no es un marcador tan relevante ni definitorio a la hora de desarrollar un TCA.

Respecto a la edad de las personas con TCA, la Asociación de TCA de Aragón (2020) expone que el rango de edad de las personas con TCA es de 12 y 21 años. De hecho, Barlow y Durand (2003) especifican que la edad media de aparición de AN es de tiene

de 13 años. En términos de edad media de los pacientes y no de edad de aparición, Oliva et al. (2012) identifican que la edad media de los pacientes con TCA es de 27,5 años.

Por otro lado, según Salgueiro y Kirszman (2012), las cifras de mortalidad en casos de BN y AN, son bastante parecidas (alrededor de un 3,9% y 4% respectivamente).

Olivia et al. (2012) explican que según lo recogido en distintos estudios epidemiológicos la incidencia de AN se había mantenido bastante estable en las últimas décadas, de la misma forma que había disminuido la incidencia en los casos de BN. Pero, acorde con los datos aportados por la Asociación de TCA de Aragón (2020), la prevalencia a nivel mundial de TCA del 2018 duplicaba a la del año 2000.

En relación al aumento de casos de TCA, los profesionales destacan que han observado un aumentado considerable tras la pandemia. Alegan que una de las razones por las que ha habido este incremento de casos es la focalización del personal sanitario en la lucha contra la COVID-9 y descuidando a muchas personas en tratamiento o en riesgo de padecer un TCA. Esto supuso un empeoramiento en los pacientes que padecían de TCA o el desarrollo del mismo en aquellas personas que estaban en situación de riesgo, pero no lo padecían como tal. Es más, se habla de un aumento del 20% en personas ingresadas por TCA (Foraster, 2021).

La Fundación ANAR destaca que con las primeras salidas tras el confinamiento los TCA entre niños y adolescentes aumentaron un 826,3% con respecto al 2019 (Foraster, 2021).

2.3 Comorbilidad

La AN y BN son dos trastornos con una alta tasa de comorbilidad. Por ejemplo, los trastornos afectivos, de ansiedad, del estado de ánimo (especialmente depresión), de personalidad, fobia social, y de consumo de sustancias son las patologías que más se repiten en los casos de AN y BN (Barlow y Durand, 2003; Gómez et al., 2017; Jauregui, 2005; Salgueiro y Kirszman, 2012). Gómez et al. (2017) añaden los trastornos sexuales.

En lo relativo al Trastorno Obsesivo Compulsivo, destaca el hecho de que son las personas con AN las que obtienen mayores puntuaciones frente a las personas con BN (Gómez et al., 2017). En cambio, en las personas con BN se obtienen puntuaciones más elevadas en otro tipo de variables psicopatológicas. No obstante, en su caso, resulta

relevante los antecedentes psicopatológicos familiares tales como la depresión, abuso de alcohol y alteraciones emocionales (Garfinkel et al., 1995; como se citó en Gómez et al., 2017).

Por último, algunos rasgos significativos que pueden ser un predisponente al desarrollo de un TCA son: perfeccionismo, impulsividad, afectividad negativa, inconciencia interoceptiva, emociabilidad negativa/neuroticismo, autocontrol y obsesiones (Gómez et al., 2017).

3. Marco teórico

3.1 Intervención familiar

Acorde con la literatura, la terapia familiar comienza a desarrollarse a mediados del siglo XX (Ochoa, 1995; Pereira, 1994; Zevallos, 1993). Uno de los pioneros de esta intervención es Murray Bowen que, desde una orientación psicoanalítica desarrolla la Teoría familiar de sistemas. En 1954 realizó un estudio en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington con pacientes esquizofrénicos y sus madres y observó como la relación madre-hijo era un factor implicado en la patología del paciente. Como resultado de esto, definió a la familia como un sistema en el cual variables emocionales y relacionales están involucradas (Ochoa, 1995).

En esta misma época destaca Bateson, figura en torno a la cual se creó el grupo de Palo Alto (Pereira, 1994). Bateson, se interesa especialmente en el proceso de clasificación de mensajes y las posibles paradojas que pueden darse. Según Bateson, estas paradojas tienen lugar cuando un mensaje emitido transmite otro mensaje contradictorio (Ochoa, 1995). Por otro lado, nos encontramos a Don Jackson, psiquiatra y psicoanalítico que desarrolló varias teorías relacionadas con el funcionamiento familiar muy marcadas por las aportaciones de Sullivan (Ochoa, 1995; Pereira, 1994). La unión entre Bateson y Don Jackson supuso el desarrollo de la Teoría etiológica de la esquizofrenia, que tenía como base el trastorno comunicacional del doble vínculo (Pereira, 1994). Años más tarde Don Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) centrándose en las interacciones de los miembros de una familia ya que consideraba la forma de interacción entre los familiares era una de las causas de los problemas psiquiátricos (Ochoa, 1995).

En lo relativo a la intervención familiar, para los sistémicos puros la familia es un sistema abierto que cumple los principios de retroalimentación positiva y negativa (Pereira, 1994). Acorde con lo que expone Pereira (1994), cada familia desarrolla sus propias reglas a través de la experiencia y el paso del tiempo y el síntoma surgirá como una forma de manifestar que las soluciones memorizadas no están siendo útiles y, no están permitiendo un correcto funcionamiento familiar. De esta forma, lo que se trabajará en terapia es la formulación de una hipótesis del funcionamiento familiar y el diseño de una estrategia para cambiar las reglas familiares y mejorar el funcionamiento familiar, es decir, se centra en el problema presente y en una solución a éste (Pereira, 1994). Por tanto, el terapeuta deberá preguntarse para qué sucede esta dinámica familiar y no tanto por qué, y será un observador del sistema familiar que promoverá el cambio desde el exterior (Pereira, 1994).

En cambio, desde la orientación mixta, el paciente es considerado un miembro del sistema familiar y un subsistema en interrelación con otros subsistemas y el medio externo (Pereira, 1994). Pereira (1994) explica que esto implica que el funcionamiento de la familia depende de una correcta organización de la estructura familiar a las necesidades individuales de cada miembro y de su adaptación al medio externo. A diferencia de la orientación psicoanalítica, la orientación mixta además de tener como objetivo resolver el problema presentado en terapia busca modificar la organización familiar que está resultando ser disfuncional. De esta forma se le está proporcionando a la familia mejores formas de afrontamiento ante futuros problemas. En cuanto al terapeuta, en este caso tendrá un rol más activo tanto en cuanto se une a la familia, se implica en el proceso familiar y es considerado un agente de cambio que debe reestructurar el funcionamiento familiar (Minuchin, 1979; como se citó en Pereira, 1994).

Algo parecido es lo que Zevallos (1993) expone respecto al rol del terapeuta familiar, ya que afirma que no es un observador externo del sistema familiar, sino que participa en la terapia desde un contexto conversacional. Es decir, se establece un diálogo entre la familia y el terapeuta.

El constructivismo es otro de los paradigmas que se une a la terapia familiar. Acorde con lo que defiende el constructivismo, se realiza un sistema terapéutico entre la familia y el terapeuta. Este rol activo del terapeuta implica que se construya una realidad entre el la familia y el terapeuta que permite a este último intervenir en el problema seleccionado (Pereira, 1994).

En conclusión, la terapia familiar se caracteriza por ser una intervención que no se centra únicamente en el individuo, sino que también tiene en cuenta al sistema familiar del mismo con el objetivo de mejorar el funcionamiento familiar y modificar aquellos patrones y reglas que están resultando ser disfuncionales.

3.2 Intervención grupal familiar

La terapia grupal familiar se originó a mediados del siglo XX por psiquiatra Peter Laqueur (Thorngren y Kleist, 2002), y es recomendada por la Asociación Americana de Psicología como modelo de intervención en los casos de enfermedades mentales graves (Martínez et al., 2021).

Acorde con Gelin et al. (2014), se entiende Terapia Multifamiliar como un método terapéutico que agrupa a varias familias afectadas por una misma patología. Por otro lado, tanto Martínez et al. (2021) como Thorngren y Kleist (2002), exponen que la terapia multifamiliar es, en parte, el resultado de la combinación de elementos y mecanismos terapéuticos de la terapia familiar y grupal. No obstante, además de estar relacionado con la intervención grupal y familiar, también se caracteriza por recurrir a otros modelos teóricos tales el psicoanálisis, cognitivo-conductual o sistémico (Gelin et al., 2014). De hecho, la terapia multifamiliar se basa mucho en la terapia cognitivo conductual, aunque también sigue los principios de la terapia sistémica-constructivista (Gelin et al., 2015).

Ayerra (2019) explica que en los grupos multifamiliares los miembros se ven inmersos en nuevas alianzas de grupos y cuestionan las previas, a la par que se difumina el grupo nuclear familiar al interactuar con otras familias. Esto, supone que las familias tengan nuevas referencias y descubran nuevas formas de relacionarse. Asimismo, Thorngren y Kleist (2002) añaden que la terapia multifamiliar es un espacio en el cual las familias pueden observar distintos subsistemas, así como examinar los patrones de interacción intrafamiliares e interfamiliares.

Según explican Thorngren y Kleist (2002), el rol del terapeuta en la terapia multifamiliar desde la perspectiva de la filosofía posmoderna es el de facilitar y clarificar la comunicación entre los diferentes miembros de la familia. De esta forma deberá reforzar y destacar las fortalezas y fomentar la creación de nuevas historias de la vida de la familia. La dinámica de grupo que se sigue en este tipo de intervenciones es que las familias compartan y hablen sobre un tema que elijan. Esto supone que las familias tengan

un rol muy activo. Por tanto, el terapeuta tiene un rol de facilitador, es decir, debe facilitar la comunicación e interacción entre las familias.

El rol del terapeuta es bastante parecido acorde con las teorías interpersonales/psicodinámicas del desarrollo familiar. Según Thorngren y Kleist (2002), el terapeuta puede ayudar a las familias a dar con el origen de sus expectativas. Esto les permitirá desarrollar unas actitudes y expectativas más sanas y realistas de sí mismos y de su entorno puesto que conocer el origen de las expectativas iniciales permite a las familias modificar dichas expectativas y actitudes y, en consecuencia, modificar los patrones de interacción.

Alcalde y Montero (2014; como se citó en Vilariño et al., 2019) consideran que los grupos multifamiliares tienen como objetivo mejorar la red de apoyo y comunicación, mientras que, simultáneamente, aprenden y adquieren nuevas actitudes y formas de comunicarse entre ellos. Algo parecido es lo que exponen Gelin et al. (2014), al considerar que tanto las similitudes como diferencias entre las distintas familias permiten que, desde un ambiente de solidaridad y comprensión se cree una red de apoyo donde se sientan menos aisladas y estigmatizadas, a la par que aprenden de la experiencia de otras familias. Esto es lo que Martínez et al. (2021) identifica como nuevas oportunidades de modelaje, ya que las familias pueden aprender unas de otras.

Por otra parte, Martínez et al. (2021) a la disminución del aislamiento añaden el aumento de esperanza entre los miembros de la familia, así como una mejora en la comunicación.

4. Intervención grupal multifamiliar en TCA

4.1 Introducción

Según Asen (2002), las primeras veces que se aplicó terapia multifamiliar a adolescentes con trastornos alimentarios en un hospital de día fue en Dresden (Scholz y Asen, 2001; como se citó en Asen 2002) y en Londres (Dare y Eisler, 2000; como se citó en Asen, 2002).

La intervención multifamiliar con menores en caso de TCA se utiliza cada vez más. De hecho, se recomienda usar la terapia multifamiliar con menores y adolescentes con TCA (Wiseman et al., 2019). A pesar de ello, es importante que a la hora de intervenir

con adolescentes con TCA se tenga en cuenta la complejidad biopsicosocial de la enfermedad, así como la etapa evolutiva en la que se encuentra el menor (Gaete et al., 2012).

No obstante, y a pesar de que la evidencia y los estudios sean pobres (Gelin et al., 2014; Jewell et al., 2016), la intervención multifamiliar en casos de TCA está cogiendo cada vez más relevancia debido a que los resultados obtenidos en intervenciones familiares son bastante alentadores. Esto mismo expone Tantillo (2006), ya que observa que a pesar de la falta de datos y evidencias la literatura parece indicar que la terapia multifamiliar tiene efectos positivos tanto en la familia como en el paciente puesto que favorece la mejoría del funcionamiento familiar y de los síntomas del TCA.

En consonancia con esto se ha observado un desarrollo de nuevos programas de terapia multifamiliar para pacientes con TCA a lo largo de Europa, Asia, Norte América y Australia (Gelin et al., 2015).

La creación de este tipo de intervención nace de la necesidad de facilitar un espacio de interacción y apoyo a los pacientes y familiares. Para ello, es necesario tener conocimientos del funcionamiento del paciente, de la familia y su dinámica, así como de sus relaciones e influencias sociales (Vilariño et al., 2019). Además, para que la intervención sea exitosa, se requiere y necesita que las familias estén informadas sobre el trastorno en cuestión, la gravedad y su pronóstico, así como que cuenten con herramientas y habilidades para un mejor manejo de la conducta y uso de la comunicación (Jauregui, 2005; Sepúlveda et al. 2020).

Así pues, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia de Inglaterra (NICE) (2017), recomienda ofrecer terapia familiar individual, terapia multifamiliar, o una combinación de ambas a menores con anorexia nerviosa (Wiseman et al., 2019). Es más, consideran a los familiares del menor con TCA como agentes de cambio activo en el proceso de recuperación. Razón por la cual se hace especial hincapié en aquellos factores familiares que pasan más desapercibidos, pero que mantienen el trastorno (Sepúlveda et al., 2020).

En la misma línea destaca lo que explican Scholz et al. (2005) respecto al rol de los padres en la terapia multifamiliar. Según estos autores, la intervención grupal familiar permite y exige que la responsabilidad final de la recuperación del paciente con TCA sea de los padres. Esto supone que los progenitores tienen un rol activo en la intervención, lo

cual les permite desarrollar una mayor competencia en el manejo del trastorno de sus hijos.

El uso de la terapia multifamiliar en casos de TCA resulta ser muy relevante puesto que los miembros de la familia refieren haberse sentido aislados y muy dependientes de las aportaciones de los enfermeros, médicos y terapeutas, y al conocer a familias que están pasando por lo mismo disminuía la sensación de aislamiento (Asen, 2002).

Además, Asen (2002) añade que el grupo multifamiliar crea una sensación de solidaridad entre las familias que resulta muy positivo de cara a la intervención. Otro aspecto que menciona es que según los familiares, la presencia de otras personas y pacientes hacía que no se sintiesen constantemente observados por el personal médico, sino que se sintiesen parte de un grupo, grupo que consideraban más familiar que médico.

Por otro lado, Wiseman et al. (2019) comparan la intervención familiar y la multifamiliar, y llegan a la conclusión de que ambas son muy parecidas. La meta de ambas intervenciones es ayudar a las familias a explorar e identificar los patrones de conducta que rigen en la familia y como éstos han contribuido o contribuyen en el desarrollo del TCA de sus hijos.

Como consecuencia de esto también se trabaja en el desarrollo de nuevas conductas y habilidades de cara a relacionarse con el menor y afrontar el TCA de la mejor manera posible (Wiseman et al., 2019). Otros de los objetivos que tienen estas intervenciones es que las familias se animen a hablar y compartir su punto de vista sobre la enfermedad con el fin de que haya un mejor entendimiento del trastorno y, por ende, una mejor relación entre los miembros de la familia.

Así pues, la intervención familiar y la multifamiliar comparten métodos y técnicas que permiten a la familia cambiar el patrón de conducta a la par que profundizan en los problemas que hay en el núcleo familiar y que han hecho para que se “cronifique” el trastorno (Wiseman et al., 2019). Con la identificación de los problemas y las causas, se consigue trabajar en el desarrollo de habilidades y formas de afrontamiento que evitan que se repita la conducta problema.

En lo relativo al desarrollo de nuevas habilidades y formas de afrontamiento, las familias explican que les resulta más fácil recibir el feedback de otras familias del grupo terapéutico que del personal médico. Esto se debe a que consideran que el grupo les

entiende y comprende más puesto que, a diferencia de los médicos y terapeutas, han pasado o están pasando por lo mismo (Asen, 2002).

Algunos de los métodos y técnicas que se dan en la intervención familiar y multifamiliar para el desarrollo de nuevas habilidades y formas de afrontamiento son las comidas familiares o role-playing (Wiseman et al., 2019). Esto se debe a que la comida familiar permite a los terapeutas observar los patrones de interacción en la familia. Por otro lado, el role-playing es una oportunidad para que los familiares experimenten lo que pueden estar sintiendo otros miembros de la familia.

Como se ha mencionado anteriormente, se busca el empoderamiento de la familia. Para ello, se trabaja la confianza de los padres a la hora de interactuar con el hijo. Una de las formas de fomentar esa confianza y empoderamiento es, de forma progresiva, hacer que los padres intervengan en el tratamiento, toma de decisiones y comunicación (Rienecke, 2017). En esta fase de la intervención resulta muy importante el rol del terapeuta ya que debe transmitirles que confía en su capacidad de afrontar y vencer el TCA.

Algo similar dice Jauregui (2005), ya que defiende que uno de los objetivos de la terapia familiar es mejorar el funcionamiento de la familia, así como trabajar en la reducción de sobrecarga de las personas involucradas en los cuidados del menor con TCA.

Al margen de esto, mencionar que el tratamiento basado en la familia se centra más en qué es lo que necesita hacer la familia para que el menor se recupere y no tanto en identificar los factores que han provocado el desarrollo del trastorno (Rienecke, 2017). De hecho, se hace especial hincapié en no culpar al adolescente ni hacer responsable a la familia del desarrollo del trastorno.

Estos grupos multifamiliares también tendrían como objetivo la creación de un clima emocional seguro entre la familia, sin miedo a ser juzgados (Vilariño *et al.*, 2019).

4.2 Objetivos

La intervención varía según el programa, no obstante, todos comparten los mismos objetivos de forma que se pueden agrupar en:

- Control y manejo del TCA por parte de los progenitores: el principal objetivo es que los padres asuman la responsabilidad sobre el menor, haya una reorganización en la vida familiar y una mejora en la alianza padre-hijo (Gelin et al., 2015; Jewell et al., 2016).
- Crear límites claros respecto al rol de cada miembro de la familia. Es importante que el TCA no sea lo que domine la vida de la familia, por lo que se debe fomentar y apoyar el cambio en la actitud de cada miembro, de tal manera que cada uno adopte las responsabilidades correspondientes al rol que tienen dentro de la estructura familiar (Gelin et al., 2015)
- Reorganización familiar: se busca que el paciente sea capaz de asumir responsabilidades acordes a su edad y que los demás miembros sean capaces de centrarse en sus propias necesidades (Jewell et al., 2016). Para ello, deberán hacer una valoración de su historia e identidad pasada y futura, creencias y valores, rutinas, etc. Esto permitirá que los miembros creen su nueva identidad teniendo en cuenta lo que quieren mantener y lo que no de la anterior (Gelin et al., 2015).
- Generar una red de apoyo entre las familias que les permita relacionarse desde el respeto evitando la crítica y hostilidad (Gelin et al., 2015). A su vez, fomentar la esperanza y optimismo, así como la confianza en uno mismo es uno de los objetivos de la intervención familiar.
- Trabajar con la familia y el menor en la prevención de recaídas, a la par que se trabajan en las habilidades de los familiares para hacer frente a posibles dificultades que pueden surgir tras la finalización del tratamiento (Jewell et al., 2016).

En otras palabras, todo grupo de terapia multifamiliar persigue mejorar los síntomas de TCA, la calidad de vida tanto del adolescente como de la familia y crear una red de apoyo entre las familias y trabajar en la prevención de recaídas entre otras cosas (Tantillo, 2006).

4.3 Intervención grupal multifamiliar para Anorexia Nerviosa

Acorde con Rienecke (2017), la terapia multifamiliar para la anorexia es un gran apoyo para las familias. Resultan ser muy efectivas tanto en cuanto suponen un apoyo para las familias del grupo, pues están viviendo una situación parecida. Además, son una fuente de información y motivación entre ellas (Gaete et al., 2012).

En la intervención grupal multifamiliar, es muy importante la colaboración activa de los padres frente a la AN. Por tanto, es necesario que desde el inicio de la intervención los padres se posicionen totalmente en contra de la AN y que ayuden a sus hijos desde la empatía. Posteriormente, a medida que se avanza en la intervención se pasará a trabajar las necesidades de todos los miembros de la familia de tal manera que se pueda empezar a llevar una vida “normal” asumiendo las tareas que a cada uno le corresponde y que posiblemente se hayan visto relegadas por el trastorno (Gaete et al., 2012).

Jewell et al. (2016) explican un tratamiento dividido en cuatro fases compuesto por un grupo de entre 5 y 7 familias. Dicha intervención comienza con una primera sesión donde se trabajan las consecuencias psicológicas y físicas de no comer. Además, las familias tendrán la oportunidad de conocer a otra familia que ya han pasado por este tratamiento. Es a lo que Jewell et al. (2016) llaman la “familia graduada”.

Tras esta primera fase, la intervención continúa con cuatro días de intensas sesiones junto a otras cinco sesiones de seguimiento a lo largo de los siguientes 6-9 meses. Lo principal de este tratamiento es favorecer el aprendizaje entre las familias, a la vez que se reduce la sensación de aislamiento y estigma (Jewell et al., 2016). Además, esto supone que la esperanza por el cambio y mejoría de los hijos se vea notablemente incrementada (Jewell et al., 2016).

Por otro lado, Rienecke (2017) señala la intervención familiar como una intervención efectiva ante casos de adolescentes con AN que están bastante estables y son capaces de recibir un tratamiento extrahospitalario.

Este tipo de intervención se puede hacer de manera individual con la familia y el menor, o grupal. La intervención grupal con familias sería la misma intervención, pero con un grupo de familias, lo que lo convertiría en una intervención multifamiliar. Así pues, a continuación, se expondrá la intervención familiar pero como si de una intervención multifamiliar se tratase.

De hecho, Rienecke (2017) alega que la intervención multifamiliar, compuesta por un grupo de entre 5 y 7 familias, aporta una experiencia más intensa y enriquecedora ya que las familias pueden aprender las unas de las otras y ser una red de apoyo entre ellas. Además, también están en presencia de una “familia graduada” que comparte su experiencia de cuando participó en la intervención multifamiliar (Rienecke, 2017).

En este caso, el tratamiento se divide en tres fases. La primera se centra en la recuperación de los menores afectados con la ayuda de los progenitores. De hecho, debido a que es un trastorno egosintónico, es decir, el trastorno no le supone un malestar al menor, se trabaja mucho con los padres la toma de decisiones en lo relativo a la comida ya que el menor por sí sólo no va a ser capaz de tomar las decisiones adecuadas como, por ejemplo, comer (Rienecke, 2017).

La fase 1 continuará hasta que los adolescentes comiencen a recuperar peso, la sintomatología del trastorno se vea disminuida, y no haya mucha resistencia a la hora de comer por parte de los menores. Será entonces cuando se pase a la segunda fase de la intervención, donde de manera gradual se le irá otorgando a los menores la responsabilidad sobre la comida que les corresponde acorde a su edad (Rienecke, 2017).

Finalmente, se pasará a la tercera fase, donde se revisa el desarrollo de los adolescentes y la reorganización en el funcionamiento de las familias. También se trabajará en la identificación de futuros retos y problemas a los que se tendrán que enfrentar y la forma en la que deberán afrontarlos evitando la posible recaída de los menores (Rienecke, 2017).

Rienecke (2017) destaca como una característica de esta intervención el hecho de que se busca que los menores se recuperen en su ambiente habitual y no tanto aislados de su entorno. Es por ello por lo que los padres y hermanos forman parte de la intervención y tienen un rol tan importante y activo. Además, la familia supone un gran apoyo durante la intervención a los menores con AN.

Otro tipo de intervención multifamiliar en casos de AN es la intervención multifamiliar del modelo de Dresden, el cual toma como referencia las aportaciones de Minuchin et al. (1978; como se citó en Scholz et al., 2005). La intervención se divide en tres fases. En la primera fase se trabaja especialmente con los padres. Se reforzará y fomentará la autoridad de éstos sobre el menor con el fin de que, junto con la constancia y persistencia, los hijos se adhieran al plan de tratamiento. Esto ocasionará conflictos y desafiará los patrones de interacción, pero con el tiempo y experiencia, así como con ayuda de las otras familias, los padres desarrollaran nuevas habilidades y formas de interacción. Respecto al menor, el objetivo principal es que adquiera patrones de alimentación saludables y que haya un adecuado aumento de peso, o mantenimiento (Scholz et al., 2005).

Los problemas relacionales en la familia son el foco principal de la segunda fase de la intervención multifamiliar del modelo de Dresden (Scholz et al., 2005). Algunos de los temas que se trabajan en esta fase son la jerarquía familiar, las alianzas y coaliciones (que son problemáticas), problemas en la comunicación, el nivel de criticismo expresado hacia el menor, etc. (Scholz et al., 2005).

Una vez pasado a la tercera fase, se trabaja en la prevención de recaídas. Para ello dotarán a los padres de formación para identificar a tiempo conductas que puedan ser consideradas señales de una posible recaída. También se profundiza con los padres y el menor en la autonomía e independencia de este último y las consecuencias que esto va a implicar en la vida de cada uno (Scholz et al., 2005).

4.4 Intervención grupal multifamiliar para Bulimia Nerviosa

La intervención grupal multifamiliar para casos de BN es bastante similar a la intervención en casos de AN. De hecho, los beneficios son muy parecidos.

Jewell et al. (2016) mencionan que las sesiones son más espaciadas en el tiempo, de tal manera que es una terapia que se alarga hasta los cuatro meses con sesiones semanales.

El grupo supone para las familias un espacio de aprendizaje, que sumado al intervalo de tiempo entre sesión y sesión les permite que el cambio se produzca más lentamente y que puedan aplicar las habilidades aprendidas durante la intervención (Jewells et al., 2016). Además, como se ha mencionado en numerosas ocasiones, el grupo supone una red de apoyo para las familias haciendo que se sientan acompañadas en todo el proceso y que puedan afrontar mejor los problemas relacionados con el trastorno de su hijo (Jewells et al., 2016).

Asimismo, Tantillo (2006) destaca que en estos casos la intervención multifamiliar fomenta una red terapéutica centrada en la psicoeducación y estrategias de afrontamiento a problemas relacionados con el trastorno, así como en el trabajo de las habilidades comunicativas de los familiares, resolución de problemas y adaptación.

No obstante, a pesar de ser una intervención bastante parecida a la intervención con AN, en los casos de BN lo que se busca es romper el patrón de conducta de atracones y purgas de los adolescentes. Además, dado que se trata de un trastorno más egodistónico,

el menor sí que sufre por el trastorno, los padres toman un rol menos participativo a la hora de tomar decisiones sobre la comida de sus hijos (Rienecke, 2017).

Por otro lado, Rienecke (2017) también menciona que en el tratamiento multifamiliar de BN se trabaja mucho la crítica con los padres, así como la vergüenza y secretismo del trastorno. Esto se debe a que es mucho más común que se den este tipo de conductas en los casos de BN que en los de AN.

5. Beneficios de la intervención grupal multifamiliar

En lo relativo a los beneficios de los grupos multifamiliares e intervenciones con los familiares, se observa que estar junto a otras familias que están pasando por lo mismo genera entre ellos una sensación de esperanza (Wiseman et al., 2019). Además, como se viene mencionando a lo largo del trabajo, dado que la familia ha de tener unos conocimientos básicos sobre el trastorno, diagnóstico, etc., hay una mejora en el conocimiento del mismo, suponiendo esto último una reducción en la sensación de sobrecarga (Jauregui, 2005). Tantillo (2006) añade también el descenso del estrés y expresión de las emociones como otros de los beneficios de la intervención multifamiliar.

Por otro lado, destaca una reducción en las cifras de recaídas y hospitalizaciones, como consecuencia de la estabilización del funcionamiento familiar. Así pues, según Scholz y Asen (2001; como se citó en Tantillo, 2006), la estancia de los menores internos se vio reducida, al igual que el número de recaídas, que fue menor. Por otro lado, estos mismos autores hablan de una recuperación más rápida en caso de recaída.

A su vez, los síntomas se ven reducidos, suponiendo esto una mejoría en la calidad de vida. Acompañado de esto, se observa como la autoestima y estado de ánimo también aumentan (Vilariño et al., 2019).

En lo relativo a los familiares, Jewell et al. (2016) citan a Engman-Bredvik et al. (2016) para explicar que otros de los beneficios de la intervención multifamiliar es que los familiares experimentan una reducción en la percepción de culpa y estigma por ser padres de una persona con AN. También mencionan la sensación de tener mayor competencia como progenitor gracias al aprendizaje de la experiencia de otras familias (Jewell et al., 2016)

Voriadaki et al. (2015; como se citó en Jewell et al., 2016) también exponen como las familias valoraban positivamente la intervención multifamiliar, puesto que la presencia de otras familias les aportaba una sensación de estar acompañados en todo el proceso de recuperación de sus hijos. Además, también destacan una mayor esperanza de cara a la recuperación.

Algo parecido es lo que menciona Tantillo (2006) al decir que las familias expresaban que la intervención multifamiliar otorgaba, tanto a las familias como a los menores con TCA, una sensación de cohesión y universalidad al verse acompañados por personas que estaban pasando por lo mismo, es decir, que no se sentían solos.

Por último, encontramos una ampliación en las relaciones sociales y redes de apoyo, trabajo en la empatía y respeto, adquisición de nuevos roles y narrativas de los problemas que surjan, etc., como otros beneficios de la intervención multifamiliar (Vilariño et al., 2019).

6. Eficacia de la intervención grupal multifamiliar

Como se ha mencionado en otras ocasiones, los estudios sobre la eficacia de la intervención multifamiliar en casos de TCA es bastante pobre (Gelin et al., 2014; Jewell et al., 2016). No obstante, hay diversos estudios que ponen de manifiesto que dicha intervención es bastante beneficiosa y eficaz para la familia y pacientes.

Por ejemplo, Jewell et al. (2016) mencionan el estudio realizado por Eisler et al. (2016) sobre la eficacia de la terapia multifamiliar en casos de AN. Según los resultados tras los 12 meses que dura el tratamiento, aquellas familias que recibieron terapia multifamiliar obtuvieron mejores resultados que las que recibieron terapia familiar (76% frente a 58% respectivamente). Así pues, en el seguimiento de los seis meses, también fueron las familias de la intervención multifamiliar las que obtuvieron un mejor resultado. Los indicadores que se tenían en cuenta para valorar esto eran la ganancia o mantenimiento del peso. No obstante, en este supuesto, tras los seis meses, cabe destacar que las diferencias no fueron tan significativas (Eisler et al., 2016; como se citó en Jewell et al., 2016).

Por otro lado, Gelin et al. (2015) mencionan que la intervención multifamiliar resulta más beneficiosa cuando se aplica a adolescentes con AN que cuando se les aplica a

adultos, y que puede resultar más eficaz cuando se está ante casos de gran resistencia al tratamiento. Además añaden que tanto terapeutas como familias ven la intervención multifamiliar como una mejor alternativa a la intervención familiar.

En el caso de la intervención multifamiliar en casos de BN, Jewell et al. (2016) mencionan el estudio de Stewart et al. (2015). Los resultados preliminares del estudio indicaban que la intervención multifamiliar reducía la sintomatología y patología del trastorno, así como la depresión. Por otro lado, las habilidades de adaptación se veían incrementadas (Jewell et al., 2016).

Otro estudio sobre la terapia familiar en casos de BN es el de Le Grange et al. (2015; como se citó en Jewell et al., 2016) en el que mencionan que, según los resultados de un ensayo clínico, todo parece indicar que la terapia familiar con pacientes con BN obtiene mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual. A pesar de ello, cabe destacar que el campo de la intervención multifamiliar en casos de BN está mucho menos estudiado y trabajado que en los casos de AN.

7. Conclusiones

Teniendo en cuenta lo recogido en el presente trabajo respecto a la intervención multifamiliar en casos de TCA, más concretamente sobre pacientes con AN y BN, se puede llegar a las siguientes conclusiones.

Los TCA, conjunto de enfermedades mentales caracterizados por un comportamiento patológico ante la ingesta alimentaria, así como una excesiva preocupación respecto al peso y la imagen corporal (Gómez et al., 2017), son en un problema de salud pública debido al aumento en la incidencia.

Si bien es cierto que la AN y BN afecta tanto a mujeres como hombres, se ha observado como hay un mayor número de mujeres que hombres con TCA. Asimismo, hay pacientes con TCA de todas las edades, pero la literatura recoge que la etapa evolutiva donde más se desarrollan este tipo de trastornos es en la adolescencia. De hecho, Portela de Santana et al. (2012) explican que, dado que en la adolescencia se producen grandes cambios biológicos y psicosociales, los adolescentes pueden verse más vulnerables a desarrollar estos trastornos.

Por otro lado, se identifican gran cantidad de factores y dimensiones que afectan al desarrollo y mantenimiento del trastorno. Estos son: factores biológicos, personales, físicos, socioculturales, familiares y desencadenantes.

Un aspecto a tener en cuenta sobre la familia es que la interacción entre los miembros se ve afectada causando un distanciamiento entre los progenitores y el hijo, que añadido a la sensación de impotencia, desesperanza, estrés y frustración que experimentan ante esta situación, supone un deterioro en el funcionamiento familiar (Ruiz et al., 2013).

Todo ello evidencia la importancia de tener en cuenta a la familia a la hora de intervenir con una persona con TCA; y el aumento de las intervenciones familiares en estos casos demuestra lo beneficioso que resulta la presencia de los progenitores en el proceso de recuperación de los pacientes con TCA. Por tanto, los padres pasan a tener un rol más activo.

De hecho, Jewell et al. (2016) explican que las intervenciones más exitosas en casos de niños y adolescentes con TCA se caracterizan por el rol activo que tiene la familia en la intervención, pues esto les permite intervenir y promover cambios en la conducta alimentaria de sus hijos.

Esta intervención con los padres les permite desarrollar nuevas habilidades y competencias para manejar el trastorno de su hijo y relacionarse con el mismo (Wiseman et al., 2019). Así pues, uno de los objetivos que persigue la intervención con familias es que éstas identifiquen los patrones de conducta establecidos en el núcleo familiar que pueden haber contribuido o están contribuyendo en el mantenimiento y desarrollo del TCA.

De igual modo, otro de los objetivos de la primera fase de intervención multifamiliar en casos de AN y BN es que los menores, junto con el apoyo y ayuda de los padres, recuperen peso y erradiquen las conductas propias del TCA. Por otra parte, en las posteriores fases de la intervención se trabaja en la reorganización familiar, así como en la prevención de recaídas e identificación de nuevos retos que pueden ir surgiendo y de cómo deben ser afrontados (Rienecke, 2017).

Respecto a los beneficios de la intervención multifamiliar, destaca la red de apoyo que se genera entre las familias y que la sensación de solidaridad y comprensión que el

grupo genera (Asen, 2002; Gelin et al., 2014). Es decir, con el grupo multifamiliar se crea un espacio de interacción entre familias que resulta muy beneficioso, pues se sienten entendidas y acompañadas por personas que están pasando por lo mismo y se reduce la sensación de aislamiento y estigmatización. Asimismo, con el grupo se genera un espacio en el que las familias tienen la oportunidad de aprender las unas de las otras.

Aparte, Jauregui (2005) explica que, al intervenir con la familia ésta adquiere un mayor conocimiento sobre el TCA de sus hijos produciendo una reducción en la sensación de sobrecarga. La reducción del estrés es otro de los beneficios mencionados por Tantillo (2006), así como un aumento en la expresión de las emociones.

En conclusión, la intervención multifamiliar es muy enriquecedora y favorece mucho a la recuperación del menor con TCA. Una de las razones es el rol activo que la familia durante la intervención puesto que esto supone que se involucren en la intervención y adquieran nuevos conocimientos respecto al TCA y, por tanto, puedan entender y comprender mejor a sus hijos. Además, aportan una red de apoyo a la familia, a la par que trabajan y aprenden nuevas habilidades y formas de afrontamiento de los problemas. De esta forma, los miembros de las familias aprenden nuevas formas de interacción, y modifican y cambian aquellas más negativas y perjudiciales.

8. Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Asen, E (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3-16. [Doi.org/10.1111/1467-6427.00197](https://doi.org/10.1111/1467-6427.00197)
- Asociación TCA Aragón (2020, 1 de junio). Estadísticas sobre los TCA. <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
- Ayerra, J. M. (2019). El grupo multifamiliar. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 39(136), 205–221. [Doi: 10.4321/S0211-57352019000200011](https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200011)
- Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). Trastornos alimentarios y del sueño. En *Psicopatología*. Barlow, D.H. y Durand, V.M. *Psicopatología* (pp.260-278).
- Calvo, R., Puente, R. y Vilariño, P. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria: cómo actuar desde la familia*. Consejería de políticas sociales y familia. Dirección General De La Familia y El Menor.
- Foraster, L. (18 de octubre 2021). Los trastornos alimentarios se disparan durante la pandemia. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/salud/2021-10-18/los-trastornos-alimentarios-se-disparan-durante-la-pandemia.html>
- Gaete, M.V., López, C. y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación final. *Las Condes*, 23(5), 566-578.
- Gaete, M.V., López, C. y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Las Condes*, 23(5), 579-591.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y. y Hendrick, S. (2015). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 21(1), 19-30. [Doi: 10.1007/s40519-015-0207-y](https://doi.org/10.1007/s40519-015-0207-y)

- Gelin, Z., Fuso, S., Hendrick, S., Cook-Darzens, S. y Simon, Y. (2014). The effects of a multiple family therapy on adolescents with eating disorders: an outcome study. *Family Process*, 54(1), 160-172. [Doi: 10.1111/famp.12103](https://doi.org/10.1111/famp.12103)
- Gómez, M.D., Torres, A., Galindo, P. y López, A. (2017). Análisis de la psicopatología familiar como herramienta terapéutica. *Anales de la psicología*, 33(3), 597-604. [Doi:10.6018/analesps.33.3.256871](https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.256871)
- Jauregui, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. 2, 158-198.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M. y Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: a critical review. *Family processes*, 55(3), 577-594. [Doi: 10.1111/famp.12242](https://doi.org/10.1111/famp.12242)
- Losada, A.V. y Zavalía, C. (2019). Programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria. *Alternativas psicología*, (41), 131-146.
- Martínez, A., Bonell, L., Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2021). Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares. Una revisión sistemática. *Indivisa, Boletín De Estudios E Investigación*, 21(21), 33-60
- Ochoa, I. (1995). Origen y conceptos básicos en terapia familiar sistémica. en *Enfoques en terapia familiar sistémica* (pp. 15-28). Heder.
- Oliva, L., Gandarillas, A., Sonogo, M., Díez-Gañan, L. y Ordobás, M. (2012). *Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011*. Boletín Epidemiológico De La Comunidad De Madrid, 18(8), 3-23.
- Pereira, R. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista Psicopatología*, 14(1), 5-17.
- Portela de Santana, M.L., da Costa, H., Moral, M. y Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401. [Doi:10.3305/nh.2012.27.2.5573](https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573)

- Rienecke, R.D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 8, 69-79.
- Ruiz, A.O., Vázquez, R., Mancilla, J.M, Viladrich, C. y Halley, M.E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Salgueiro, M.C. y Kirszman, D. (2012). Intervención multinivel en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 161-171.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K. y Thomke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: Concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 132–141. [Doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00304.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00304.x)
- Sepúlveda, A.R., Moreno, A. y Beltrán L. (2020). Actualización de las intervenciones dirigidas al contexto familiar en los trastornos del comportamiento alimentario: el rol de los padres. *Revista de psicoterapia*, 31(115), 49-62. [Doi:10.33898/rdp.v31i115.355](https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.355)
- Tantillo, M. (2006). A relational approach to eating disorders multifamily therapy group: moving from difference and disconnection no mutual connection. *Family, systems & health*, 24(1), 82-102. [Doi: 10.1037/1091-7527.24.1.82](https://doi.org/10.1037/1091-7527.24.1.82)
- Thorngren, J. M. y Kleist, D. M. (2002). Multiple family group therapy: An interpersonal/postmodern approach. *The Family Journal*, 10(2), 167–176. [Doi:10.1177/1066480702102006](https://doi.org/10.1177/1066480702102006)
- Vilariño, M.P., Unzeta, B., Uría, T., Pérez, C. y Guerra, E. (2019). Aunando esfuerzos: Grupos multifamiliares en el abordaje de los trastornos de la alimentación. *Revista Clínica Contemporánea*, 10 (2), 1-18. [Doi:10.5093/cc2019a9](https://doi.org/10.5093/cc2019a9)
- Wiseman, H., Butler, C., Ensoll, S. y Russouw, L. (2019). Implementing Multi-Family Therapy (MFT) within a community eating disorder services for children and young people (CEDS-CYP). *Journal of Systemic Therapies*, 38(3), 50-66.
- Zevallos, R. (1993). El enfoque sistémico en terapia familiar. *Psicología*, 21(2), 65-73.