



**COMILLAS**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA**



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**Funcionamiento familiar asociado al inicio y mantenimiento  
de la anorexia nerviosa: una revisión sistemática**

Autora: Blanca Fiter Martín  
Director: Tatiana Lacruz Gascón

Madrid  
2022

## Índice

Introducción.....	5
Método.....	14
Resultados .....	18
Discusión.....	35
Referencias bibliográficas.....	40

## **Resumen**

La Anorexia Nerviosa afecta a un 1% de la población perteneciente a la etapa de la adolescencia, tal y como estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021, lo que la convierte en uno de los principales problemas que afectan a la salud pública tanto de nuestro país, como a nivel mundial. Esta patología se describe a nivel multifactorial, ya que en ella intervienen tanto factores individuales, como ambientales, sociales y familiares. El presente trabajo se centra en realizar una revisión bibliográfica que analice la dinámica que predomina en aquellas familias en las que uno de sus miembros, mujer y adolescente, padece un TCA, concretamente Anorexia Nerviosa, de forma que se puedan obtener los aspectos comunes que caracterizan a estas familias. Para ello, se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos, tales como PyscInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PubMed y Cochrane Library, a través de las cuales se obtuvo un total de 9 artículos científicos. Los resultados obtenidos reflejan la existencia de un patrón común propio en términos de rigidez, falta de cohesión, flexibilidad y adaptabilidad, y baja comunicación a nivel relacional y afectivo. Aun así, no se debe dejar de lado las limitaciones presentes en esta revisión y la necesidad de futuras investigaciones que ahonden de una manera más profunda en la problemática objeto de esta revisión.

*Palabras clave:* Anorexia Nerviosa, funcionamiento familiar, sistema familiar.

## **Abstract**

Anorexia Nervosa affects 1% of the adolescent population, as established by the World Health Organization (WHO) in 2021, which makes it one of the main problems affecting public health both in our country and worldwide. This pathology is described at a multifactorial level, since it involves individual, environmental, social and family factors. The present work focuses on a literature review that analyzes the predominant dynamics in those families in which one of its members, a woman, and an adolescent, suffers from an ED, specifically Anorexia Nervosa, so that the common aspects that characterize these families can be obtained. To this end, a search was carried out in different databases, such as PyscInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PubMed and Cochrane Library, through which a total of 9 scientific articles were obtained. The results obtained reflect the existence of a common pattern in terms of rigidity, lack of cohesion, flexibility and adaptability, and low communication at a relational and affective level. Even so, the limitations present in this review should not be overlooked and the need for future research to delve more deeply into the problem that is the subject of this review should not be overlooked.

*Key words:* Anorexia Nervosa, family functioning, family system.

## **Introducción**

### **Definición**

La alimentación es una de las diversas actividades que los seres humanos realizamos en nuestro día a día, y constituye un elemento central en la vida de las personas a nivel biológico, social, psicológico, simbólico, económico, religioso y cultural (Fairburn y Cooper, 2011). A pesar de lo anterior, puede convertirse en una problemática y dar lugar a diferentes patologías, como es la Anorexia Nerviosa (AN), (Boscolo y Bertrando, 1996) patología objeto de estudio de este Trabajo de Fin de Máster.

El concepto anorexia viene del griego a-/ an- (negación) + orégo (apetecer) (Powers y Santana, 2002). Este término se encuentra englobado dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y se caracteriza por un impulso irrefrenable que lleva a la persona a querer estar delgado, lo que trata de conseguir a través de diferentes comportamientos de tipo restrictivo o purgativo que se realizan de manera voluntaria. Los pacientes que padecen este tipo de patología presentan una distorsión de su imagen corporal que las lleva a centrar todos sus esfuerzos en la pérdida de peso, lo que tiene como consecuencia estados de desnutrición que conllevan graves riesgos para la salud de la persona.

En los últimos años, el interés y la curiosidad en torno a este trastorno en concreto ha aumentado como consecuencia de diversos factores, entre los que destacan: la gravedad de sus síntomas, la resistencia que un número elevado de pacientes presentan hacia el tratamiento, el alto riesgo de recaídas y la mortalidad y comorbilidad que lo caracterizan (Fichter y Quadflieg, 2016).

Los dos sistemas que existen actualmente a nivel internacional para clasificar la globalidad de los trastornos de salud mental son el DSM – V y CIE – 10. Como consecuencia de su complejidad, se puede decir que la AN es la patología que más modificaciones ha experimentado a lo largo de las diversas revisiones que se han llevado a cabo hasta llegar al manual diagnóstico actual (Álvarez-Malé et al., 2015).

### *Criterios diagnósticos*

#### *Según el DSM - V*

La (AN) presenta los siguientes criterios diagnósticos según establece el DSM – V:

- Restricción de la ingesta de alimentos con respecto a lo requerido, lo que conlleva un peso a nivel corporal que se encuentra por debajo de la media para la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física del sujeto en concreto. Tal y como se establece en el DSM – V, “Un peso significativamente bajo se define como un peso que es menor que el peso normal mínimo o, en niños y adolescentes, menor que el peso mínimo esperado”.
- Temor frecuente que aparece ante la idea de coger peso, además de conductas que interfieren con esa idea, a pesar de que el paciente en cuestión se caracteriza por tener un peso significativamente bajo.
- Negación e idea irrealista del peso corporal que presenta la paciente en la actualidad, además de dificultades a la hora de autoevaluarse y hablar de su propio cuerpo.

Dentro de dicha patología, se pueden distinguir dos subtipos:

- Tipo restrictivo: el sujeto en cuestión no se caracteriza por tener episodios recurrentes en los que se lleven a cabo comportamientos relacionados con la purga o el atracón (es decir, vómitos que sean auto inducidos o el uso de laxantes, diuréticos o enemas) a lo largo de los 3 últimos meses. Como consecuencia de lo anterior, la manera en la que bajan de peso es a través del ayuno, de dietas o de la realización de ejercicio físico intenso y frecuente.
- Tipo atracones y purgas: el paciente presenta episodios recurrentes de atracones y purgas durante los últimos 3 meses.

En función del índice de masa corporal (IMC) que presente cada paciente, la severidad será la siguiente:

- Peso corporal levemente severo: IMC de  $> 17$ .
- Peso corporal moderadamente severo: IMC de 16 – 16,99.
- Peso corporal severo definido: IMC de 15 – 15,99.
- Peso corporal extremadamente severo: IMC  $< 15$ .

*Según la CIE – 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)*

- a) Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5) o dificultad para ganar peso en los menores, lo que se relaciona un peso corporal de al menos el 15% por debajo del peso que se espera para la edad, talla y sexo del paciente.

b) La pérdida de peso es autoinducida mediante:

1. La no ingesta de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes

síntomas:

2. Vómitos autoprovocados.

3. Purgas intestinales autoprovocadas.

4. Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c) Distorsión de la imagen corporal psicológica, de manera que aparece un temor frecuente e intenso que lleva al paciente a pensar que va a sufrir obesidad.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por una pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo una terapia de sustitución hormonal, frecuentemente con píldoras anticonceptivas).

También pueden darse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y también de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, las manifestaciones propias de este periodo se verán retrasadas, pudiendo llegar al punto de detenerse (se para el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia tarda y es lenta.
  
- f) No cumple criterios A y B de la bulimia nerviosa.

### *Epidemiología*

Antes de pasar a exponer algunos datos acerca de la AN, se debe tener en cuenta que estos varían en función tanto de la población objeto de estudio como de los instrumentos de medida que se hayan utilizado para recogerlos.

Es a partir de 1990 cuando empiezan a aparecer las primeras investigaciones que aportan datos epidemiológicos sobre la Anorexia Nerviosa en España, en donde se calcula una incidencia aproximada del 0,3% (Ortiz-Moncada, 2015).

Los estudios más recientes revelan una prevalencia aproximada de 0,9% en el género femenino y 0,3% en el género masculino, encontrándose una predisposición mayor en las mujeres, sexo en el que esta revisión sistemática va a centrarse (Ruiz-Lázaro et al., 2010). Una investigación que se llevó a cabo por Viñals et al. (2002) en población española pone de manifiesto que en torno un 1-4% de las mujeres experimentan AN, mientras que en el caso de los hombres los porcentajes se sitúan entre el 0,3-0,7%.

En relación con los datos de esta patología a nivel internacional, se sitúan entre el 0,1% y el 1,5% (Portela de Santana et al., 2012; Swanson et al., 2011).

Además, esta enfermedad se da frecuentemente durante la etapa de la adolescencia y tal y como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 1% de la población perteneciente a esta etapa (edad comprendida entre los 15 y 25 años) padece anorexia nerviosa (AN).

### *Etiología*

La AN se caracteriza por ser una problemática psicopatológica con una etiología multicausal, de manera que su aparición no se debe a un único factor, sino a la interacción de una variedad de ellos. A continuación, se van a exponer aquellos factores predisponentes que contribuyen al desarrollo de la Anorexia Nerviosa:

- Factores socioculturales: vivimos en una sociedad en donde se premia la delgadez, la cual se asocia con belleza y éxito. Además, los medios de comunicación y la presión social dominante no hacen más que impulsar esta idea, aumentando los prejuicios relacionados con el hecho de no estar delgado (Sainos-López et al., 2015).
- Factores psicológicos: el elemento central que caracteriza a la problemática objeto de estudio es la distorsión de la imagen corporal de las personas afectadas. Además, y en relación con los rasgos de personalidad, destaca el perfeccionismo, la hiperrresponsabilidad, creencias irracionales en relación con el aspecto físico, una baja autoestima, sentimientos de incompetencia, déficits relacionados con el

autocontrol, dificultades para establecer relaciones sociales e interpersonales y una elevada inhibición para expresar los sentimientos y emociones propios (Peláez Fernández et al., 2010).

- Factores genéticos: encontramos una predisposición genética con una correspondencia del 55% en aquellos hermanos monocigóticos, la cual disminuye considerablemente hasta un 10% al hablar de dicigóticos (Rivas et al., 2001).
- Factores biológicos: se produce una alternación de los neurotransmisores (NT) que se encuentran a nivel hipotalámico, tales como los serotoninérgicos, los cuales funcionan controlando la sensación de saciedad, los dopaminérgicos y los noradrenérgicos, encargados de potenciar la ingesta de comida (Spangler y Allen, 2012).
- Factores familiares:

La familia es entendida como el grupo natural en donde se desarrolla un ser humano. Es un conglomerado social con existencia universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización. Además, es dentro de este núcleo donde el sujeto adquiere su identidad propia y su posición individual dentro de la red intergeneracional. (Rodríguez Vega, 1996, pp. 049).

Gran parte de la literatura centrada en estudiar los factores de riesgo presentes en la enfermedad de la Anorexia Nerviosa explica que el funcionamiento familiar propio de cada sistema juega un importante papel tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la enfermedad objeto de estudio. Dentro del núcleo familiar, los miembros que forman

parte de este se caracterizan por estar interconectados, de manera que la forma en que este sistema se organiza influye en el comportamiento del resto de integrantes (Long et al., 2012, citado en Spangler y Allen, 2012). Dentro de este núcleo se produce la integración de la imagen corporal propia de cada sujeto. La familia también juega un papel fundamental en la adquisición de la función de alimentación, las cuales se desarrollan en los primeros años de vida y dependen en gran parte de la respuesta de la figura de apego. De esta manera, cuando el niño presenta una necesidad alimentaria y la madre reacciona dándole un alimento adecuado a la demanda de este, desarrollará la sensación de hambre y aprenderá a distinguir dicha percepción de otras necesidades diferentes. Por el contrario, y en el caso de que la figura de referencia proporcione respuestas mal adaptadas, el niño tendrá una dificultad para diferenciar la sensación de saciedad de la de hambre. Esta posible problemática existente entre el progenitor y el niño se producen dentro de una configuración familiar compleja (Osorio Hernández, 2009).

El núcleo familiar conforma uno de los principales pilares de la vida psíquica de cualquier persona. Las familias funcionales son aquellas flexibles que además se acomodan a las demandas tanto normativas como no normativas que van ocurriendo a lo largo de los años. Por el contrario, en aquellas familias que presentan algún miembro con AN existe una rigidez que los lleva a no realizar los cambios pertinentes para el bienestar y el correcto funcionamiento del conjunto familiar. Además, presentan una falta de conciencia en relación con las problemáticas existentes en la dinámica familiar, tratan de evitar el conflicto a toda costa y presentan serias dificultades a la hora de resolver los conflictos existentes, de forma que se quedan estancadas y no modifican sus patrones de relación disfuncionales que podrían haber desarrollado la enfermedad (Selvini Palazzoli, et al., 1998). Tal y como establecen Minuchin y Baker (1978), las familias que se

caracterizan por presentar los síntomas mencionados con anterioridad reciben el nombre de “*psicosomáticas*”, en donde los síntomas presenten en uno de los miembros son considerados como consecuencia de una disfunción en la totalidad del entramado familiar.

Además de los factores citadas con anterioridad, no debemos dejar de lado aquellos que perpetúan y precipitan la enfermedad, acelerando el desarrollo de la patología en cuestión. En relación con los primeros, encontramos crisis familiares y amorosas, problemas en las relaciones interpersonales y enfermedades físicas, entre otras. Por otro lado, dentro de los factores perpetuantes se debe destacar una nutrición inadecuada, un ejercicio físico desproporcionado, y una preocupación excesiva por la imagen corporal. (Baladia, 2016).

Como consecuencia de la importancia que el factor familiar tiene en el desarrollo de cada individuo, es indudable que actúa como un factor etiológico o mantenedor a la hora de hablar de la Anorexia Nerviosa, lo cual se desarrollará detalladamente a lo largo de este trabajo.

## **Objetivos**

- Analizar el funcionamiento que presentan aquellas familias en las que alguno de sus miembros presenta Anorexia Nerviosa.
- Analizar el papel de la familia en la aparición y posterior desarrollo de la Anorexia Nerviosa.
- Analizar el rol de la familia en el transcurso y la evolución del tratamiento de la paciente en concreto.

## **Método**

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de la literatura disponible siguiendo los criterios que establece PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses).

### **Estrategia de Búsqueda**

#### *Contexto de búsqueda*

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo entre los meses de enero y abril de 2022. Para completar dicho trabajo, en mayo del mismo año se realizó una última búsqueda que permitiese añadir aquella literatura científica de interés que se hubiese publicado de manera reciente.

#### *Términos y operadores*

Para la realización de la estrategia de búsqueda, se combinaron diversos términos. En lenguaje libre se emplearon los siguientes: “anorexia”, “anorexia nervosa”, “family”, “family functioning”, “caregiver”, “caregiving”. A su vez, el término “anorexia nerviosa” también se empleó en lenguaje documental y se buscó como término MeSH, lo que no puedo realizarse con el término “family functioning”, ya que este no existe.

A continuación, se llevó a cabo una combinación de los términos expuestos con anterioridad a través de los operadores AND y OR, obteniendo las siguientes búsquedas finales: DE "ANOREXIA nervosa" AND (“family functioning” OR “family” OR “family function” OR “caregiver” OR “caregiving”); MM "Anorexia Nervosa" AND (“family functioning” OR “family” OR “family function” OR “caregiver” OR “caregiving”); "Anorexia"[Mesh] AND (family functioning OR caregiving), en función

de la base de datos empleada. Además, para aquellas bases de datos en las que no se puede limitar la edad, se añadió el término “adolescents” y “female”.

### ***Criterios de elegibilidad***

Los criterios de elegibilidad expuestos a continuación se establecieron en función de la estrategia metodológica PICO (Participantes, Intervención, Comparación y Resultados), a partir de la cual se elaboró la pregunta de investigación de este trabajo.

- P (paciente): pacientes con sexo femenino que presentan anorexia nerviosa y que se encuentran dentro de la etapa de la adolescencia.
- I (intervención): la influencia del funcionamiento familiar en tales pacientes.
- C (comparación): no procede.
- O (resultados, outcomes): cantidad de sintomatología, es decir, cuánto afecta la dinámica familiar a la problemática de la anorexia en dicha población.

En relación con los criterios de inclusión, se establecieron los siguientes:

- 1) Estudios que estuviesen publicados tanto en castellano como en inglés.
- 2) Estudios que tuviesen una muestra representativa ( $N < 30$ ).
- 3) Estudios empíricos.
- 4) Estudios cuya muestra se encontrase en la etapa de la adolescencia (12 – 18 años).
- 5) Estudios con población perteneciente al sexo femenino.
- 6) Estudios cuyo diagnóstico de AN se hubiese realizado en base al DSM – IV – R o DSM – V.
- 7) Estudios publicados entre 2003 y 2022, por considerarse próximos a la actualidad.

Por otro lado, y con respecto a los criterios de exclusión, se emplearon los siguientes:

- 1) Estudios duplicados.
- 2) Estudios que aborden otras problemáticas relacionadas con la conducta alimentaria tales como la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracón.
- 3) Estudios no empíricos tales como presentaciones, TFM's, tesis doctorales, foros, libros...

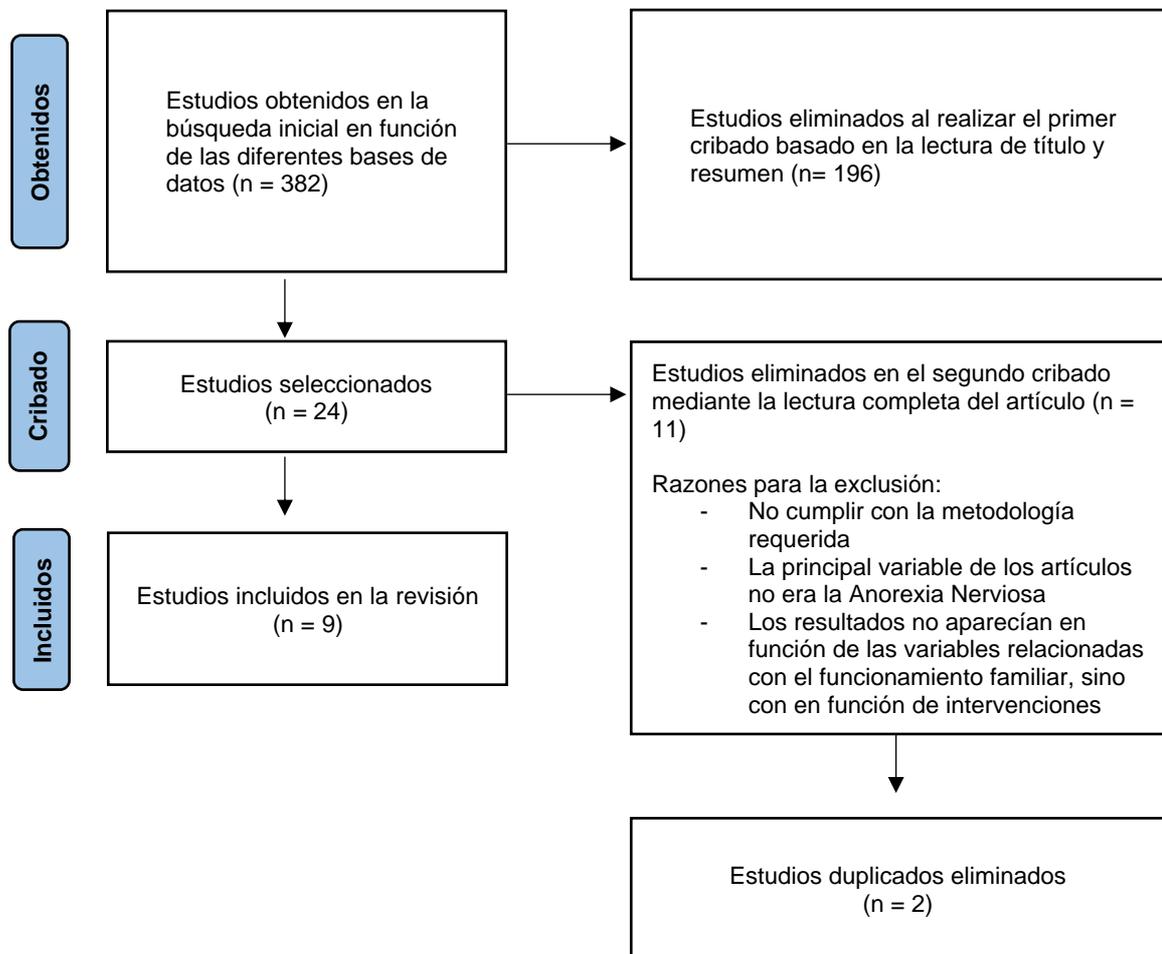
### ***Bases de datos***

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se ha hecho uso de diferentes bases de datos especializadas que la Universidad Pontificia de Comillas pone a nuestra disposición a través de su biblioteca, tales como *Google Scholar*, *Scopus*, *PsycInfo*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *PubMed* y *Cochrane*. A través de estas bases de datos se puede obtener información relacionada con la Psicología, además de con otros aspectos relacionados con esta, tales como la Criminología y la Sociología.

Tras lanzar la ecuación de búsqueda en las bases de datos mencionadas anteriormente, se obtuvieron un total de 382 publicaciones. A continuación, se llevó a cabo un cribado en función del título y del abstract de cada uno de esos artículos, excluyendo asimismo aquellos que se encontraban duplicados, lo que permitió reducir el número total de artículos a 196. Posteriormente, se realizó un segundo cribado más exhaustivo, a través del cual se comprobó si las publicaciones restantes obtenidas cumplían con los criterios de inclusión, reduciéndose el número de publicaciones a 24. Finalmente, se obtuvo un total de 9 artículos válidos para la revisión sistemática objeto de estudio (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



## Variables

En la revisión objeto de estudio se ha atendido a la metodología propia de cada artículo incluido. En particular, se ha analizado el tipo de diseño de cada estudio, y la selección se ha centrado en aquellas publicaciones empíricas, ya sean cuantitativas como cualitativas. Asimismo, se ha evaluado el tamaño de la muestra, la cual no debía seguir ningún criterio determinado a nivel sociodemográfico, la existencia de cegamiento en los

participantes o evaluadores, las posibles pérdidas de participantes a lo largo del estudio y los resultados obtenidos.

En segundo lugar, también se ha realizado un análisis de diferentes características de la muestra que podrían modificar los resultados obtenidos, tales como el rango de edad, la proporción de sexos, el país de procedencia, además del ámbito de reclutamiento llevado a cabo para la selección de los participantes.

Para realizar la selección de los estudios incluidos en esta revisión sistemática se ha atendido a las siguientes variables: cohesión, comunicación, adaptabilidad, autonomía, emoción expresada, flexibilidad y estigma social, las cuales han sido descritas y posteriormente analizadas a lo largo de este trabajo.

### **Análisis de los datos**

Para llevar a cabo el análisis del conjunto de datos que se han obtenido, se ha evaluado la posible relación, ya sea positiva o negativa, entre cada variable analizada y la presencia de la enfermedad de Anorexia Nerviosa.

## **Resultados**

### **Características metodológicas y de la muestra**

Todos los artículos científicos que se han utilizado para realizar este trabajo se caracterizaban por tener un diseño experimental. La totalidad de ellos, los nueve, presentaban dos grupos, uno experimental y otro control.

Igualmente, en todos los estudios incluidos el grupo control no recibía ninguna intervención, ni se encontraba en una condición de lista de espera, sino que los sujetos seleccionados en este grupo se diferenciaban de los pertenecientes al grupo experimental en la ausencia de patología (AN). En ninguno de los estudios se llevó a cabo cegamiento de los participantes o evaluadores que participaban en él (Balottin et al., 2017; Cook-Darzens., 2005; Criscuolo et al., 2020; Cunha et al., 2009; Dimitropoulos et al., 2013; Karwautz et al., 2003; Laghi et al., 2017; Tafà et al., 2017; Vidovic et al., 2005) y sólo en dos de ellos se llevó a cabo una evaluación de pérdidas a lo largo de toda la investigación (Cook-Darzens et al., 2005; Tafà et al., 2017).

Con respecto a los instrumentos que han sido utilizados a lo largo de los diferentes estudios para medir las variables, encontramos los siguientes:

En ninguno de los estudios se informó acerca de la realización de un seguimiento, ni de resultados ni de participantes (Balottin et al., 2017; Cook-Darzens., 2005; Criscuolo et al., 2020; Cunha et al., 2009; Dimitropoulos et al., 2013; Karwautz et al., 2003; Laghi et al., 2017; Tafà et al., 2017; Vidovic et al., 2005).

Para medir las variables objeto de estudio relacionadas con el funcionamiento familiar de cada artículo, se han utilizado los diferentes instrumentos de medida ya existentes. Para evaluar la cohesión, adaptabilidad y flexibilidad se empleó la escala llamada *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, con diferentes versiones en función del año en el que se llevó a cabo dicha evaluación (*FACES II; FACES III; FACES-IV*; Olson et al., 1002; Olson, 2011). Además, para esas mismas variables un estudio (Criscuolo et al., 2020) utilizó un instrumento añadido, *Parental Bonding Instrument (PBI)*; Parker et al., 1979). Para la variable de comunicación se ha empleado la escala *Family Communication Scale* (Barnes and Olson, 1985); y *Parent-Adolescent Communication Scale* (Dare &

Eissler, 1997). Para la autonomía y la emoción expresada se empleó *The self-rating instrument Subjective Family Image Test (SFIT; 27)* (). Por último, y en relación con la variable que habla del estigma a nivel social, se utilizó *McMaster Family Assessment Device – General Functioning Scale (FAD-GFS)* (Epstein et al., 1983).

La muestra total de los artículos ha oscilado entre 31 y 243. Con relación al rango de edad, en todos los estudios la población objeto de estudio pertenecía a la etapa de la adolescencia. En la mayoría de ellos, se informó acerca del rango concreto de edad, el cual oscilaba mayoritariamente entre los 12 y los 19 años, excepto en tres de ellos, en donde solo se proporcionaba la media (Dimitropoulos et al., 2013; Laghi et al., 2017; Vidovic et al., 2005). Además, en relación con el sexo y como consecuencia de que esta revisión sistemática tenía como objeto estudiar la relación entre el funcionamiento familiar y la patología de la Anorexia Nerviosa en mujeres, la muestra estaba compuesta por un 100% de personas pertenecientes al sexo femenino (Balottin et al., 2017; Cook-Darzens., 2005; Criscuolo et al., 2020; Cunha et al., 2009; Dimitropoulos et al., 2013; Karwautz et al., 2003; Laghi et al., 2017; Tafà et al., 2017; Vidovic et al., 2005).

La manera en la que los pacientes fueron reclutados se indicaba en la mayoría de los estudios, los cuales hablaban acerca de Unidades Psiquiátricas y Psicológicas, excepto en dos de ellos, en donde no se indicaba la manera en la que los sujetos habían sido seleccionados (Balottin et al., 2017; Vidovic et al., 2005). La totalidad de los estudios se han realizado en países que pertenecen al continente europeo, destacando Italia, presente en cuatro de ellos (Balottin et al., 2017; Criscuolo et al., 2020; Laghi et al., 2017; Tafà et al., 2017).

A continuación, se van a pasar a exponer los resultados de las variables descritas a lo largo de las distintas investigaciones:

### ***Cohesión***

Esta variable se centra en la distancia emocional que existe entre los miembros que forman la familia, y se define de cuatro formas diferentes: familias disgregadas, separadas, conectadas y aglutinadas. A pesar de que se ha encontrado que existe relación entre esta variable y la patología de la Anorexia Nerviosa, los resultados no son concluyentes. En la 5 de los 9 estudios incluidos en este trabajo, las pacientes describen a sus familias con una baja cohesión familiar, lo que se define como familias disgregadas (Cook-Darzens., 2005; Criscuolo et al., 2020; Cunha et al., 2009; Tafà et al., 2017; Vidovic et al., 2005). Este tipo de sistema familiar se caracteriza por tener límites difusos, con vínculos emocionales desligados que dificultan una interacción adecuada entre todos ellos. Por el contrario, en uno de los artículos, los resultados hablan de alta cohesión, lo que dificulta la individuación y diferenciación de cada sujeto que pertenece a la familia, algo que tiene especial importancia en la etapa objeto de estudio de este trabajo, la adolescencia (Laghi et al., 2017).

### ***Comunicación***

Los resultados de los 9 estudios incluidos en este trabajo reflejan que los progenitores de pacientes que presentan Anorexia Nerviosa son poco comunicativos y presentan una baja disposición a mantener una conversación abierta con sus hijas (Balottin et al., 2017; Cook-Darzens., 2005; Criscuolo et al., 2020; Cunha et al., 2009; Dimitropoulos et al., 2013; Karwautz et al., 2003; Laghi et al., 2017; Tafà et al., 2017; Vidovic et al., 2005).

Además, en 6 de los 9, los diferentes autores explican que existe un problema de comunicación entre ambos padres, lo cual conlleva la involucración de un tercero en dicha diada, produciéndose así una triangulación. Este fenómeno, el cual tiene como consecuencia que los hijos sean colocados en un subsistema que no les corresponde conlleva la aparición de diferentes síntomas patológicos, entre los que destaca la Anorexia Nerviosa (Balottin et al., 2017; Criscuolo et al., 2020; Cunha et al., 2009; D; Laghi et al., 2017; Tafà et al., 2017; Vidovic et al., 2005).

### ***Adaptabilidad***

A lo largo de los estudios se ha encontrado que los distintos autores han empleado esta variable empleando el término de flexibilidad. La adaptabilidad (flexibilidad) se define como la capacidad que cada familia tiene para cambiar y modificar sus patrones de relación cuando una situación o cambio a nivel vital así lo requiere.

Los artículos incluidos reflejan que las familias que tienen algún miembro con Anorexia Nerviosa se caracterizan por ser tener una baja adaptabilidad (flexibilidad). Son familias resistentes al cambio en las que además predomina una evitación del conflicto. Tienden a rechazar todo aquello que pueda amenazar la estabilidad familiar y su manera de relacionarse tiene como finalidad la conservación de la homeostasis familiar. Tal y como muestran autores como Minuchin y Selvini Palazzoli (1994), el síntoma en estas familias se concibe de una manera ambivalente, ya que por un lado demuestra la existencia de una disfuncionalidad en la familia que debe ser modificada para que se produzca un cambio positivo y, por otro lado, tiene la función de mantener el equilibrio que el conjunto de la familia busca (Cook-Darzens., 2005; Criscuolo et al., 2020; Laghi et al., 2017; Tafà et al., 2017).

### ***Emoción expresada***

La emoción expresada (EE) se define como el estilo de comunicación emocional que existe dentro de un sistema familiar. Los resultados encontrados en los 3 estudios que incluyen esta variable indican que esta actúa como factor mantenedor de la Anorexia Nerviosa (AN), de manera que, a mayor número de síntomas relacionados con la patología, mayor nivel de emoción expresada dentro del sistema familiar. La alta reactividad y conflictividad presente en familias con este tipo de patología alimentaria y el hecho de que los padres sean fríos y poco accesibles a nivel emocional con sus hijas conlleva una baja tolerancia a la frustración y una tendencia que las lleva a gestionar sus emociones a través del control de su cuerpo (Balottin et al., 2017; Dimitropoulos et al., 2013; Karwautz et al., 2003).

### ***Estigma a nivel social***

Dentro de esta variable concreta, los estudios han arrojado resultados que reflejan diferencias estadísticamente significativas existentes entre lo que exponen las pacientes y lo que exponen los progenitores de estas. Con respecto a la relación entre la madre y la hija, los estudios muestran cómo los sujetos con patología describen la relación como negativa, fría y distante, lo cual no coincide con la percepción que sus madres tienen. Según los autores, esta contrariedad encontrada obedece a la tendencia que estas familias tienen de evitar los conflictos, a una negación y una necesidad narcisista que las llevaría a etiquetar a sus familias como adecuadas y funcionales. También, la percepción de las hijas aparece como consecuencia de la necesidad de separación existente fruto de la etapa vital en la que se encuentran, a la frustración, angustia derivada de su enfermedad, a sus expectativas frustradas acerca de la familia que esperaban o a un sentimiento de falta de comprensión por parte del sistema familiar hacia ellas.

También, y con respecto al tipo de apego predominante en aquellos sujetos que padecen AN, predomina el apego inseguro, algo que se repite en la relación que las madres tenían con su propia madre.

En relación con el progenitor varón, las diferencias vuelven a arrojar resultados contradictorios, ya que mientras que las pacientes los describían como personas poco accesibles a nivel afectivo, estos no lo hacían así. Lo anterior podría explicarse atendiendo a la realidad de que los varones suelen ser menos perceptivos a la necesidad de proximidad afectiva que las mujeres (Dimitropoulos et al., 2013).

Tabla 1.

*Información de los artículos incluidos en la revisión*

Autor (Año)	Diseño	Características de la muestra	Instrumentos de medida	Variables estudiadas	Resultados
Laghi et al. (2015)	Experimental Grupo control vs. grupo experimental	Adolescentes (36) % mujeres: 100 Región: Italia	FACES – IV FCS FSS	Flexibilidad, cohesión y comunicación	Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Pacientes no pertenecientes al grupo control perciben a sus padres como poco comunicativos, con poca flexibilidad (poca capacidad para cambiar, negociar y adaptarse a las circunstancias que se puedan ir dando en la familia) y con problemas para resolver conflictos. También, dificultades a la hora de expresar sentimientos y emociones. Con respecto a la variable de cohesión, perciben a sus padres como sobreprotectores, con una alta cohesión que impide la claridad de límites.

Vidovic et al. (2005)	Experimental  Grupo control vs. grupo experimental	Adolescentes (76)  % mujeres: 100  Región: Croacia	FACES - II	Cohesión, adaptabilidad y comunicación	Se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en las variables objeto de estudio de este artículo, encontrando que pacientes no pertenecientes al grupo control describen a sus familias con baja cohesión y adaptabilidad. Además, afirman que la comunicación con sus padres es inadecuada, ya que estos no se encuentran accesibles para hablar. Además, se estudia la percepción que las madres tienen de sus hijas con AN en las 3 variables objeto de estudio, y los resultados concluyen que las madres tienden a percibir a sus familias de manera más positiva que las pacientes, lo que podría obedecer a la tendencia que estas familias tienen de evitar los conflictos, a una negación y una necesidad narcisista que las llevaría a etiquetar a sus familias como adecuadas y funcionales. La percepción de
--------------------------	---	--	------------	--	--

las hijas podría deberse a la necesidad de separación existente fruto de la etapa vital en la que se encuentran, a la frustración, angustia derivada de su enfermedad, a sus expectativas frustradas acerca de la familia que esperaban o a un sentimiento de falta de comprensión por parte del sistema familiar hacia ellas.

Se encontraron diferencias significativas con un tamaño del efecto medio, las cuales explican cómo a diferencia del grupo control, las pacientes que presentaban AN percibían una baja autonomía con respecto a la relación con sus padres, lo cual debería trabajarse a nivel individual, ya que es un factor mantenedor de la enfermedad. Además, la emoción expresada también resulta baja, de manera que existen dificultades para expresar lo que cada miembro de la familia siente.

Karwautz et al. (2003)	Experimental  Grupo control vs. grupo experimental	Adolescentes (31)  % mujeres: 100  Región: Austria	FACES - IV  SFIT, 27	Autonomía y emoción expresada
---------------------------	---	---	----------------------------	-------------------------------------

Cook – Darzens et al. (2005)	Experimental  Grupo control vs. grupo experimental	42 familias, cada una con un paciente adolescente con  AN  % mujeres: 100  Región: Francia	FACES - III	Cohesión, adaptabilidad	Las pacientes que presentaban la enfermedad presentaban diferencias significativas con respecto a las que no, de forma que las primeras describían a sus familias distantes, con baja cohesión, además de niveles bajos de adaptabilidad. Las pacientes expresan que sienten que sus familias se encuentran poco conectadas, lo que les genera insatisfacción. Este estudio habla acerca de las diferencias entre hombres y mujeres, explicando porque los padres no ven todo tan mal y las madres sí, ya que son más emocionales y buscan más la proximidad y el cariño.
------------------------------------	---	--	-------------	----------------------------	---

Tafà et al. (2017)	Experimental  Grupo control vs. grupo experimental	243 familias, cada una con un paciente adolescente con AN  % mujeres: 100  Región: Italia	SCL – 90 – R  FACES - IV	Cohesión, flexibilidad y comunicación	En este estudio examinan el funcionamiento familiar de familias que tengan algún miembro con Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno por Atracón, y concluyen que las familias de pacientes con AN son las que más riesgo presentan. También, explican cómo los padres difieren de la opinión de sus hijos adolescentes en términos de funcionamiento familiar. Los progenitores tienen una visión más positiva de la dinámica familiar, mientras que las pacientes describen a sus familias con baja cohesión y comunicación. También, explican que sus progenitores son personas rígidas (con baja capacidad para cambiar sus patrones de interacción), que evitan el conflicto y que se encuentran poco involucrados con el cuidado de sus hijos.
-----------------------	---	---	--------------------------------	---	--

Dimitropoulos et al. (2013)	Experimental  Grupo control vs. grupo experimental	Adolescentes (52)  % mujeres: 100  Región: Canadá	SIDE  FAD - GFS	Emoción expresada y estigma a nivel social	Los resultados mostraron que las pacientes con AN sentían celos hacia sus hermanos que no se encontraban enfermos, algo que no ocurría a la inversa. Además, tanto las pacientes enfermas como las que no expresaron falta de cuidados por parte de sus progenitores a nivel psicológico y emocional. Ambos grupos, tanto el control como el experimental, expusieron que el estigma negativo que genera la enfermedad y la poca aceptación que esta tiene a nivel social afectaba al funcionamiento del sistema familiar, ya que los progenitores se caracterizan por ser personas rígidas y perfeccionistas, algo que chocaba con la imagen negativa que la presencia de la AN aporta a una familia.
--------------------------------	---	---	-----------------------	---	--

Cunha et al.  
(2009)

Experimental  
Grupo control vs.  
grupo experimental

Adolescentes  
(68)  
% mujeres: 100  
Región:  
Portugal

F – COPES  
IPPA  
FACES III

Cohesión,  
comunicación y  
autonomía

Se realizó una comparación en determinadas variables relacionadas con el funcionamiento familiar entre pacientes que tenían AN y chicas que no presentaban dicha enfermedad. Como resultados, se encontraron diferencias significativas entre los grupos expuestos anteriormente, concluyéndose que las pacientes percibían a sus familias menos cohesionadas, con problemas a nivel comunicativo y con dificultades para resolver los problemas que pudiesen surgir en el núcleo familiar. Además, y con relación a la variable de autonomía, este estudio explica que las pacientes con AN presentan dificultades para consolidar una identidad separada de sus padres, ya que son personas que presentan ansiedad de separación y que desarrollan un apego inseguro cuando llegan a la etapa adulta. Al igual que en

Criscuolo et al. (2020)	Experimental  Grupo control vs. grupo experimental	Adolescentes  (60)  % mujeres: 100  Región: Italia	CS - R  FACES - IV	Cohesión,  flexibilidad y  comunicación	estudios anteriores que comparan la percepción del funcionamiento familiar de las madres con respecto a sus hijas, en este artículo las primeras describen a sus familias de manera más saludable y menos caótica que las pacientes.  A pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre los dos subtipos de AN, pacientes pertenecientes a ambos grupos indicaron que en sus familias existía un bajo nivel de cohesión y de flexibilidad, además de una comunicación caracterizada por ser pobre y cerrada.
----------------------------	---	--	--------------------------	---	--

Balottin et al. (2017)	Experimental  Grupo control vs. grupo experimental	Adolescentes  (168)  % mujeres: 100  Región: Italia	PBI	Comunicación y emoción expresada	Los autores exponen que el tipo de apego que presentan las madres de pacientes con AN influye de manera significativa en el que luego desarrollan estas (los progenitores, a su vez, describen a sus padres como sobre protectores, poco empáticos, y poco accesibles a nivel emocional). Estas madres presentan un apego inseguro, en donde tienen numerosos asuntos sin resolver que las llevan a tener una falta de regulación emocional, además de problemas a la hora de expresar lo que sienten, lo que afecta a la comunicación presente en el sistema familiar. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el experimental, ya que el primero describía a su familia de manera negativa en relación con las variables de comunicación y afectividad, mientras que el grupo control percibía al entorno familiar
---------------------------	---	---	-----	--	---

como óptimo. En este estudio, la idealización que presentan los padres de pacientes con AN y su capacidad para evitar el conflicto podría transmitirse a las pacientes enfermas, lo que explicaría porque muchas de ellas no pelean con sus padres al ver que el funcionamiento de estos no es adecuado ni funcional. En el lado contrario, existen personas que padecen AN que intentan diferenciarse de la sobre protección y falta de autonomía que han vivido en su familia desde los inicios, algo propio de la etapa de la adolescencia.

## Discusión

El objetivo principal de este trabajo consiste en analizar la relación entre el funcionamiento familiar percibido por pacientes con Anorexia Nerviosa y el inicio y posterior desarrollo de dicha enfermedad en pacientes mujeres que se encuentren en la etapa de la adolescencia.

Después de realizar un análisis de las diferentes investigaciones incluidas en esta revisión sistemática, se puede decir que las pacientes con AN se caracterizan por convivir en ambientes familiares desfavorecidos y desestructurados. En estos estudios, se han encontrado diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en diferentes variables como son la cohesión, la flexibilidad, la comunicación, la emoción expresada y el estigma a nivel social. Las pacientes describen a sus familias con niveles de inadecuados de cohesión y adaptabilidad, con una alta emoción expresada, así como con problemas relacionados con la comunicación a nivel verbal y a nivel afectivo.

Con respecto a la variable de cohesión, los resultados plantean la existencia de una ambivalencia, ya que mientras que existen pacientes que describen a sus padres como personas distantes y frías, en donde los límites son difusos y los vínculos están desligados, otras los perciben con una alta cohesión y los definen como personas rígidas. En este último de familias, la necesidad de sobreprotección y de fusión propia de los progenitores lleva a los miembros de la familia a vivir en función de las expectativas que tengan los unos de los otros. “Las familias anoréxicas están atrapadas en la especie de dependencia donde la entrega, la lealtad y el bienestar del grupo son fundamentales”. (Minuchin, 1985, p. 89). Lo anterior se encuentra estrechamente relacionado con la variable de autonomía, la cual ha aparecido descrita como baja, ya que la falta de límites claros y vínculos

funcionales interfieren en la formación de la identidad, individualidad y diferenciación de cada paciente.

Hablando de la dimensión de adaptabilidad, los resultados sí que son concluyentes y reflejan una baja adaptabilidad, lo que se relaciona estrechamente con la dificultad que presentan estas familias para hacer frente a los posibles conflictos que puedan surgir a lo largo de su vida, y especialmente durante la etapa de la adolescencia. Las situaciones conflictivas se silencian y se niegan para poder mantener la homeostasis presente en el entramado familiar. De igual manera, existen otros autores que explican que la tendencia a evitar conflictos existentes en estas familias podría venir como consecuencia de una falta de recursos y estrategias para afrontarlos adecuadamente (Cruzat et al., 2008; Fernández, 2004). La patología de la Anorexia Nerviosa se relaciona con la historia familiar, responde a un ambiente deteriorado y aparece para mantener en equilibrio dentro de la totalidad del sistema.

Además, se puede observar como la falta de comunicación asertiva existente en las familias con esta patología alimentaria ha llevado a que estas pacientes presenten una grave dificultad para discriminar, identificar y expresar sus emociones, lo que las lleva en numerosas ocasiones a gestionarse emocionalmente a través de su cuerpo. Las pacientes carecen de un entorno seguro en el que puedan transmitir su malestar.

La emoción expresada es una variable que predice las recaídas en este tipo de pacientes y los resultados de los estudios incluidos reflejan que en este tipo de familias esta variable es alta, ya que existe un número elevado de conflictos familiares.

Lo expuesto con anterioridad refleja la importancia que el análisis de las interacciones propias de las familias que tienen un paciente con AN tiene. Aun así, se ha visto que no solo la presencia de las variables nombradas con anterioridad afecta al inicio y posterior mantenimiento de la enfermedad, sino también la manera en la que los padres interactúan tanto entre ellos como padres de hijos adolescentes (Martin et al., 2017). Además, según la teoría del apego, los modelos internos de relación que presenta cada progenitor pueden transmitirse generacionalmente, de manera que las representaciones internas que estos establecieron con sus figuras de referencia podrían influir en su manera de verse como padres, y en su posterior actitud y manera de comportarse con sus respectivos hijos, lo que se considera un factor de riesgo (Schmidt et al., 2006).

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, una de las intervenciones que ha demostrado tener mayor eficacia para tratar a pacientes que padecen un TCA es la terapia familiar, además de que determinadas guías clínicas tales como la APA (American Psychiatric Association) y la NICE (National Institute for Clinical Excellence) recomiendan la involucración del sistema familiar como primera línea de tratamiento para al abordaje de la Anorexia Nerviosa en pacientes que se encuentren en la etapa de la adolescencia. Al inicio del tratamiento, se recomienda realizar una evaluación exhaustiva que incluya la percepción de cada uno de los miembros que conforman la familia, lo que permitiría que cada uno de ellos tuviese voz y pudiese expresar aquellas cosas que nunca pudo hacer durante el transcurso de la enfermedad. Además, el hecho de incluir la percepción de otros miembros de la familia permitiría obtener una imagen más exacta del funcionamiento de esta. A través de esta evaluación inicial también se identificarían los patrones de relación y las pautas de interacción disfuncionales presentes que podrían haber contribuido al desarrollo y posterior mantenimiento de la problemática en cuestión.

La esencia del trabajo se centraría en la modificación de la dinámica familiar, de manera que se construyan patrones comunicacionales novedosos que permitan la mejora de la comunicación emocional. El estudio de las estrategias de resolución propias de cada una de ellas permitiría averiguar sus puntos débiles y los intentos que hayan fracasado, lo cual permitiría su abordaje y su cambio hacia maneras funcionales de manejar los problemas. Siguiendo la teoría del apego, la terapia familiar también permitiría abordar las percepciones que cada progenitor tiene de su relación con sus familias de origen y la manera en la que esta evaluación se encuentra relacionada con sus propias actitudes y comportamientos como padres (Pace et al., 2015).

El estudio del funcionamiento familiar presente en familias que tienen un adolescente con Anorexia Nerviosa debe realizarse con profundidad a la hora de diseñar una intervención, de manera que lo anterior permita adaptar el tratamiento a cada estilo familiar particular. Una intervención familiar permitiría que cada miembro tuviese voz y pudiese expresar aquellas cosas que nunca hizo durante la enfermedad.

### **Limitaciones**

Cabe destacar una serie de limitaciones que se han encontrado a la hora de llevar a cabo esta revisión sistemática. En primer lugar, debe destacarse la dificultad para reunir un número considerable de investigaciones que reuniesen los criterios de elegibilidad expuestos con anterioridad.

En segundo lugar, el presente trabajo se ha centrado únicamente en mujeres. Se recomienda incluir a población masculina en investigaciones posteriores, ya que, aunque como se ha visto anteriormente, la prevalencia de esta enfermedad es mayor en personas del sexo femenino, actualmente el número de casos de varones que presentan AN se

encuentra en aumento. También, el hecho de incluirlos permitiría un análisis de las posibles diferencias existentes entre ambos sexos.

A pesar de que los resultados obtenidos hayan sido representativos, no se debe dejar de lado que existe una gran diferencia en relación con la muestra de cada estudio, la cual varía considerablemente, habiéndose encontrado en dos de ellos un N pequeño, de 31 y 36 sujetos respectivamente, lo que dificulta que la muestra sea representativa.

También, y aunque la totalidad de las investigaciones incluidas en este trabajo ha permitido obtener información común y relevante acerca del funcionamiento de aquellas familias que tienen un miembro con Anorexia Nerviosa, se debe continuar investigando, ya que existen estudios que arrojan resultados contradictorios y que utilizan instrumentos de medida para evaluar las variables que se han quedado obsoletos. En algunos de los artículos incluidos, se ha utilizado la escala FACES II Y III, las cuales mantienen su vigencia desde el año 1994, por lo que podrían haberse publicado cambios en versiones posteriores que podrían haber afectado a los resultados obtenidos.

En cuanto a futuras investigaciones, se recomienda que estas cuenten con una muestra que incluya tanto a ambos progenitores como a los posibles hermanos existentes, ya que esto permitiría un estudio más profundo de la problemática en cuestión al obtener una variedad de perspectivas diferentes. Siguiendo la línea de lo expuesto, únicamente se ha encontrado un artículo que hable acerca del funcionamiento familiar de las familias de los progenitores, por lo que los estudios centrados en los patrones transgeneracionales son escasos. Un análisis en profundidad de lo anterior permitiría identificar la posible existencia de algún patrón que se repita a lo largo de las generaciones, lo que ayudaría a la prevención de esta patología.

## Referencias bibliográficas

Álvarez-Malé, M. L., Castaño, I. B., y Majem, L. S. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.

Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161-163.

Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13(2), 319–327. doi:10.2147/NDT.S128418.

Barnes, H, L., and Olson, D, H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child Development*, 56(2), 438–447.

Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas. Barcelona: Paidós.

Carone, N., Baiocco, R., Ioverno, S., Chirumbolo, A., & Lingiardi, V. (2017). Same-sex parent families in Italy: Validation of the Coparenting Scale– Revised for lesbian mothers and gay fathers. *European Journal of Developmental Psychology*, 14(2), 367–379. <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2016.1205478>.

Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M.-C. (2005). Self-perceived Family Functioning in 40 French Families of Anorexic Adolescents: Implications for Therapy. *European Eating Disorders Review*, *13*(4), 223–236. <https://doi.org/10.1002/erv.628>

Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, M. C., Salvo, P., Vicari, S., & Zanna, V. (2020). Family functioning, coparenting, and parents' ability to manage conflict in adolescent anorexia nervosa subtypes. *Families, Systems, & Health*, *38*(2), 151–161. <https://doi.org/10.1037/fsh0000483>.

Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(2), 229–240.

Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, *46* (2), 135–139. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.024>.

Dare, C., & Eissler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorder*. New York–London: Guilford.

Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B., & Le Grange, D. (2017). Exploring types of family environments in youth with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(2), 389–396. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2531>.

Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K., & Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: Non-shared experiences and family functioning. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 284–293. <https://doi.org/10.1002/erv.2230>.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. doi: 10.1111/j.17520606.1983.01497.

Fairburn, C., y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198(1), 8-10.

Fichter, M. M., y Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.

Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, Ç., & Friedrich, M. H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(3), 128-135. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0319-1>

Laghi, F., Pompili, S., Zanna, V., Castiglioni, M. C., Criscuolo, M., Chianello, I., Mazzoni, S., & Baiocco, R. (2017). How adolescents with anorexia nervosa and their parents perceive family functioning? *Journal of Health Psychology*, 22(2), 197–207. <https://doi.org/10.1177/1359105315597055>.

Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30(3), 1201–1220. <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X09334599>.

Martin, M. J., Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Romero, C. V., & Buckholz, A. (2017). A process model of the implications of spillover from coparenting conflicts into the parent-child attachment relationship in adolescence. *Development and Psychopathology*, 29(2), 417–431. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579417000086>.

Minuchin, S. (1985). *Calidoscopio Familiar, imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S., B. L., y L. Baker. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge, Harvard University Press. Selye, H., 1956, *The Stress of Life*, Nueva York, McGraw-Hill.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Olson DH (2011) FACES IV and the circumplex model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3(3), 64–80.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1992). *Family inventories (second revision 1992)*. Minneapolis: Life Innovations.

Ortiz-Moncada, M. R. (2015). *Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario*. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.

Osorio Hernández, J. E. (2009). Trastornos de alimentación desde el punto de vista nutricional. En M. T. Panzitta (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 160-172). Buenos Aires: RVKristal.

Pace CS, Cavanna D, Guiducci V, Bizzi F. (2015). When parenting fails: alexithymia and attachment states of mind in mothers of female patients with eating disorders. *Front Psychology*, 13(6), 11-45.

Peláez Fernández, M. A., Raich Escursell, R. M., & Labrador Encinas, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.

Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.

Powers, P. S. y Santana, C. A. (2002). Eating disorders: a guide for the primary care physician. *Journal of Primary Care: Clinics in Office Practice*, 29(1), 81-98.

Rivas, T., Bersabé, R., y Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Revista de Salud Mental*, 24(2), 25-31.

Rodríguez Vega, B. (1996). La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 047-056.

Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. y Lobo, A. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 204-211.

Sainos-López, D. G., Sánchez-Morales, M. T., Vázquez-Cruz, E., & Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Revista de Atención Familiar*, 22(2), 54-57.

Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia Nervosa: Valued and Visible. A Cognitive Interpersonal Maintenance Model and its Implications for Research and Practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(2), 1-25.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1998). Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Spangler, D. L. y Allen, M. D. (2012). An fMRI investigation of emotional processing of body shape in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 17-25.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le, G. D., Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 714-723.

Tafà, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C., & Cerniglia, L. (2017). Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. *Journal of Child & Family Studies*, 26(1), 28–39. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0531-5>

Togliatti, M. M., Lavadera, A. L., & di Benedetto, R. (2011). How couples re-organized themselves following divorce: Adjustment, coparenting and family alliance. *Life Span and Disability*, 14(3), 55–74.

Vidovic, V., Juresa, V., & Begovac, I. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 19–28. <https://doi.org/10.1002/erv.615>.

Viñals, R. J., Fernández, M. P., Arrizabalaga, R. R., & de la Puente Muñoz, M. L. (2002). Consideraciones sobre la prevalencia en España de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Atención Primaria*, 29(8), 522-523.

