



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Trastornos de la Conducta Alimentaria y Relaciones Familiares**

*Autor/a: Patricia García Rodríguez*

*Director/a: Elisa Hormaechea García*

Madrid

Abril/Mayo 2021

## Índice

Introducción.....	- 2 -
TCA Como Síntoma Familiar.....	- 3 -
Factores de Riesgo.....	- 5 -
Antecedentes Psicopatológicos Familiares en los TCA .....	- 5 -
Comorbilidad .....	- 6 -
Factores Intrapsíquicos .....	- 7 -
Factores Socioculturales .....	- 8 -
Influencias Familiares.....	- 9 -
Preocupación por la imagen corporal, la dieta alimentaria y la organización de las comidas. ....	- 9 -
Patrones de crianza. ....	- 11 -
Relaciones Familiares.....	- 12 -
Modelos Explicativos de la Relación entre el TCA y la Familia .....	- 13 -
Modelo estructural de Salvador Minuchin. ....	- 13 -
Modelo comunicacional de Mara Selvini. ....	- 15 -
Rol y Actitud Materna .....	- 17 -
Características de la madre. ....	- 17 -
Vinculación madre-hija. ....	- 17 -
Rol y Actitud Paterna .....	- 19 -
Características del padre. ....	- 19 -
Vinculación padre-hija. ....	- 19 -
Relación Entre los Padres .....	- 20 -
Tratamiento. Terapia Sistémica .....	- 21 -
Discusión y Conclusiones.....	- 25 -
Referencias Bibliográficas.....	- 27 -

## Introducción

La conducta alimentaria es la suma de comportamientos dirigidos a situaciones asociadas a los alimentos, por lo que la alteración de estas conductas genera la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Vásquez, 2018). Los TCA se definen como procesos psicopatológicos caracterizados por una anormal relación con la comida, unida a una intensa preocupación por el peso y la realización de conductas dirigidas a controlarlo, así como una distorsión de la propia imagen corporal, todo ello repercutiendo negativamente en la salud física y psíquica del paciente (Ruiz et al., 2010).

La prevalencia de estos trastornos es mayor en mujeres que en hombres, pues se estima que por cada varón que presenta un TCA hay 10 mujeres que lo padecen (Aguinaga, Fernández y Varo, 2000). Según López, Herrero y Botella (2014), “hoy en día los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en los países desarrollados” (p.70). El género femenino muestra mayor preocupación por su peso e imagen corporal, en muchos de estos casos, influenciado por las exigencias sociales de ajustarse a los cánones de delgadez ensalzados (Marmo, 2014). No obstante, es posible que la prevalencia de TCA en la población masculina sea mayor de lo que hasta hoy en día se conoce, debido a los escasos estudios realizados en dicha población (Aguinaga et al., 2000). Por ello, el presente trabajo se centrará en el género femenino, ya que, como se ha explicado, la gran mayoría de personas que padecen el TCA son mujeres.

Los TCA se han convertido en una de las patologías más comunes de la adolescencia y la adultez temprana (Escolar- Llamazares et al., 2016). La presentación de estos trastornos está comprendida entre los 12 y 25 años, siendo este inicio cada vez más prematuro (Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela, 2003).

Durante el periodo evolutivo de la adolescencia, el sujeto se encuentra en un proceso madurativo en las dimensiones física, psicológica y social, lo que supone una transición a la vida adulta. Por ello, la tarea central de esta etapa es la búsqueda de la identidad, lo cual implica encontrar respuesta a la pregunta: *¿quién soy yo?* El logro de esta identidad engloba varios aspectos, entre ellos, la aceptación del propio cuerpo (Gaete, 2015).

El logro de esta identidad implica una separación e individuación de la adolescente en relación a sus progenitores, proceso por el cual el sujeto está en busca de su independencia y autonomía física y emocional (Espina, 2005). En esta etapa evolutiva son muchos los

cambios normativos que la adolescente tiene que enfrentar, por lo que en la medida en la que su entorno más cercano, su familia, contribuya favorablemente a la consecución de estas metas, el sujeto se aproximará a los resultados deseados (Gaete, 2015). Asimismo, esta transición a la adultez puede verse obstaculizada y no realizarse adecuadamente si existe una relación entre la adolescente y los progenitores, sobre todo entre madres e hijas, excesivamente fusionada, en la que no existe una clara diferenciación entre las necesidades de cada una (Espina, 2005). Por ello, en los siguientes apartados se abordarán diversos factores de riesgo de los TCA en relación a las características relacionales familiares que no sólo contribuyen a la aparición del trastorno, sino también a su mantenimiento.

Los objetivos del presente trabajo están dirigidos a:

Comprender los trastornos de la conducta alimentaria bajo el prisma del enfoque psicológico sistémico.

Focalizarse en los TCA como síntomas de disfunción familiar, más allá de las diferencias diagnósticas que existen entre sus distintos tipos.

Conocer las características relacionales de ambos progenitores con la hija adolescente que padece el TCA.

Profundizar en el TCA intergeneracional, concretando en las historias pasadas de TCA de las madres de estas pacientes.

Resaltar la importancia de su abordaje sistémico y comprender la percepción del trastorno de los progenitores así como su rol durante el tratamiento.

Explorar el rol del terapeuta sistémico y las habilidades necesarias para el abordaje de estos tratamientos.

### **TCA Como Síntoma Familiar**

El DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (2013), no define de manera genérica los TCA, sin embargo, recoge los criterios diagnósticos de

los diferentes tipos de patología alimentaria: *anorexia nerviosa*, *bulimia nerviosa*, *trastorno por atracón*, *TCANE (Trastorno de Conducta Alimentaria no Especificado)*, *PICA*, *trastorno por rumiación*, *trastorno por evitación/restricción de la ingestión de alimentos*, y *TCA-NE (TCA especificado, pero no cumple algunos de los criterios diagnósticos)* (Mateos, 2012). No obstante, en el presente trabajo, el abordaje de los TCA se realiza desde una orientación sistémica, entendiendo el trastorno como síntoma de la disfunción familiar (Whittingslow, 2013). Por este motivo, no se va a hacer una diferenciación entre los distintos subtipos de TCA, sino que se abordarán de forma genérica, en vista de que las dinámicas relacionales que se encuentran en familias con una hija con TCA tienen elementos comunes, que serán abordados a lo largo del trabajo.

Atendiendo a la Teoría General de los Sistema, Whittingslow (2013) parte de la concepción del sujeto como miembro de un sistema familiar en el que, él y el resto de los elementos de éste, establecen interacciones recíprocas hasta generar dinámicas relacionales características del sistema en cuestión. Cuando estos patrones relacionales resultan disfuncionales, surgen inestabilidades en la dinámica familiar que se concentran en uno de los miembros (Mateos, 2012). Así, como afirma Adrados (2014) “la persona que presenta el trastorno, es simplemente el poseedor de los síntomas, es decir, el paciente identificado, no es el causante de éstos” (p.30).

Desde la perspectiva sistémica, el síntoma de la paciente identificada es un signo de alerta que advierte de las dificultades que se están dando en la familia, a la espera de obtener un cambio en su dinámica interna. De manera que, hasta que no se produzcan estos cambios, y el sistema siga tendiendo a la homeostasis, el síntoma seguirá activo (Espinosa, 2018). Por ello, las dinámicas disfuncionales del conjunto del sistema quedan desatendidas, depositando la responsabilidad en el miembro que padece el síntoma, para así, evitar el cambio (Mateos, 2012).

Se entiende que la etiología de los TCA es multifactorial, por lo que no existe una causa única que justifique su desarrollo (Martínez et al., 2013). Entre estos factores precipitantes, se encuentran las influencias, creencias y valores transmitidos, así como patrones de comportamiento y comunicacionales propios de la familia de la paciente (Mateos, 2012). Por lo que se precisa de intervenciones multidisciplinares entre las que se encuentra la participación de la familia (Marmo, 2014). En consecuencia, el síntoma,

al expresar la necesidad de modificar el funcionamiento habitual familiar, invita a la implicación y movilización del resto de miembros del sistema (Espinosa, 2018).

En definitiva, la consideración del vínculo entre el síntoma y el contexto familiar de la paciente resulta fundamental para que el pronóstico del TCA sea más esperanzador y, por ende, no tienda a la cronificación (Whittingslow, 2013). Esto es, si se desliga el trastorno del contexto ambiental en el que se ha desarrollado, aunque éste no sea el causante único de su aparición, la comprensión de la patología y su futura recuperación quedarían incompletas (López et al., (2014). A su vez, Minuchin (1992), (como se citó en el trabajo de Marmo, 2014), afirmó que: “la anorexia pierde su calidad de enfermedad individual, para convertirse en una responsabilidad del grupo familiar o social al que pertenece el individuo con diagnóstico de anorexia” (p.171). Asimismo, autores como Martín, Cangas, Pozo y Martínez (2010), resaltan como factor influyente en las tasas de abandono de las pacientes con TCA el mantenimiento de las dificultades en la dinámica familiar del paciente, entre otras causas. Por ello, es necesario observar la patología dentro del sistema familiar, ya que de éste dependerá, parcialmente, su aparición, pronóstico, y recuperación (Whittingslow, 2013).

### **Factores de Riesgo**

Los TCA son patologías multicausales, es decir, su etiología corresponde a la suma de vulnerabilidades biológicas, influencias familiares y sociales, y factores intrapsíquicos de la paciente que lo padece (Mateos, 2012).

### **Antecedentes Psicopatológicos Familiares en los TCA**

La probabilidad de padecer un TCA suele ser mayor en aquellas pacientes con familias en las que alguno de sus miembros ha padecido esta patología previamente (Mateos, 2012). Field et al. (como se citó en el trabajo de Behar y Arancibia, 2014) mencionan que las hijas de madres con historias previas de TCA tienen más probabilidades de desarrollarlo. La sintomatología alimentaria de las madres, en algunos casos todavía latente, hacen que éstas continúen teniendo conductas restrictivas en relación con la comida y mayor inclinación por la delgadez, así como una actitud rígida y supervisora hacia el cuerpo de sus hijas (Behar y Arancibia, 2014). Este hecho actúa como factor de riesgo, ya que las hijas tienden a incorporar los hábitos realizados por sus madres, haciendo suyas estas preferencias de delgadez, control y rigidez, incluso

utilizando la comida como forma de regular sus emociones (Martínez et al., 2013). Sin embargo, a pesar de que estas madres proyecten sus alteraciones de la conducta alimentaria en sus hijas, también tienden a sentir culpabilidad o vergüenza por involucrarlas inconscientemente en sus conflictos intrapsíquicos relacionados con la comida (Behar y Arancibia, 2014).

Por otra parte, García et al. (2014) afirman que: “las familias TCA tienen más antecedentes psiquiátricos” (p.267), por lo que la presencia de otras psicopatologías es notable en estas familias. Entre ellas, los trastornos del estado del ánimo, sobre todo presentes en las madres con historia previa de TCA, que han experimentado recurrentes episodios depresivos (Mateos, 2012). También son frecuentes los trastornos de la personalidad, especialmente del grupo B (trastorno de personalidad límite o histriónica) y del grupo C (trastorno de personalidad evitativa u obsesivo-compulsivo) (Aguinaga et al., 2000). Son característicos los trastornos de ansiedad, concretamente las fobias y los trastornos obsesivos compulsivos (TOC). Asimismo, el consumo abusivo de alcohol u otras sustancias también está presente en algunas de estas familias (Mateos, 2012).

### **Comorbilidad**

Muchas de las pacientes con TCA son diagnosticadas con trastornos comórbidos, presentándose el TCA junto con otras patologías psiquiátricas. La presencia de otra psicopatología puede actuar como agravante del TCA o como factor de riesgo que precipite su aparición (Behar y Arancibia, 2014).

Las patologías comórbidas más sobresalientes son los trastornos del estado del ánimo (depresión y distimia), al igual que los trastornos de ansiedad (TOC, ansiedad generalizada y agorafobia) (Mateos, 2012). Los comportamientos de estas pacientes en relación con la comida (restricciones alimentarias, inducción del vómito, atracones, actividad deportiva excesiva, etc.), se realizan con el objetivo de disminuir sus niveles de ansiedad. Esto no ocurre únicamente cuando se enfrentan a situaciones en las que la comida está presente, sino que llegan a incorporar estas conductas de control ante la existencia de cualquier acontecimiento ansiógeno, adoptando formas disfuncionales de enfrentarse a sus problemas (Mateos, 2012). Estos comportamientos se dirigen a evitar el malestar emocional a través de la realización de rituales que implican alteraciones de la conducta alimentaria, de manera que estos afrontamientos disfuncionales perpetúan sus

comportamientos restrictivos y/o purgativos. Sin embargo, las conductas evitativas actúan como remedios ficticios, pues funcionan como solución a corto plazo para sus problemas, mitigando la ansiedad de manera momentánea (Quiles y Terol 2008). Asimismo, estas conductas son retroalimentadas por sus estados de ánimo caracterizados por sintomatología depresiva (ausencia de satisfacción, devaluación personal, autocrítica, soledad, etc.), pues en estas pacientes el estado de ánimo es uno de los aspectos más afectados (Mateos, 2012; Quiles y Terol, 2008).

En vista de esta estrecha frontera entre ambas patologías, la distimia y la ansiedad se convierten en elementos de un círculo de retroalimentación constante perpetuando las alteraciones en la conducta alimentaria (Meléndez, Bustinzar, Morales, Chávez-Peón y Moreno, 2017).

Por otra parte, el consumo de sustancias, y por ende, el riesgo de adicciones, es frecuente en algunos casos de TCA (Mateos, 2012). Aproximadamente un tercio de las pacientes con TCA suelen presentar un consumo de sustancias recurrente, generalmente alcohol, tabaco y/o marihuana, resultado de un estilo de afrontamiento de las adversidades basado en la evitación o el escape a través del consumo, debido a su dificultad para reconocer y verbalizar sus emociones (Persano, Ventura, Gutnisky y Kremer, 2014).

Por último, la presencia de trastornos de personalidad es también notable (Aguinara et al., 2000). Los más comunes a nivel comórbido junto con el TCA son los mencionados en el apartado anterior (Mateos, 2012).

### **Factores Intrapsíquicos**

Las pacientes de TCA presentan un funcionamiento cognitivo dicotómico, con una clara escisión entre el todo o nada (Calvo, 2011), lo que se convierte en la causa de la imposición de normas dogmáticas de carácter inflexible hacia sí mismas. Son personas que tienden al perfeccionismo y a la rigidez (Aguinaga et al., 2000). Su carácter perfeccionista actúa como factor de riesgo pero también como característica de personalidad que contribuye al mantenimiento del TCA. El perfeccionismo mantiene una relación inversamente proporcional con la autoestima de estas pacientes, pues a mayor necesidad de perfección, mayor es la insatisfacción y devaluación personal. De manera que los sujetos con un perfeccionismo excesivo o neurótico tienden a autoimponerse metas inalcanzables que les conducen a una frustración constante por la imposibilidad de

alcanzarlas, por lo que tienden a percibir que su valía personal depende del cumplimiento de éstas (Behar, Gramegna y Arancibia, 2014).

Asimismo, la imposibilidad de desviarse de lo que ellas establecen como adecuado, la realización de conductas restrictivas, y el temor a perder el control, actúa, en muchos casos, como compensación de su insegura personalidad y su baja autoestima (Aguinaga et al., 2000). Además, en algunas pacientes, este miedo al descontrol supone un intento de estabilizar su déficit en el control de impulsos. Sin embargo, el cumplimiento de objetivos casi inalcanzables provoca en estas pacientes sensaciones de competencia y omnipotencia, sentimientos que combaten su falta de autoeficacia percibida, incrementando así su autoestima en función de su aparente capacidad de control (Calvo, 2011). En la misma línea, esta personalidad perfeccionista se pone de manifiesto en otras esferas de la vida de estas pacientes, sobre todo en el ámbito académico, convirtiéndoles en brillantes estudiantes (Gamboa, Guarnieri, Kruse y Nudelman, 2016).

En el ámbito interpersonal, suelen presentar rasgos de dependencia, introversión y sugestibilidad, con cierta tendencia a poner distancia con el exterior, pero a su vez, siendo fácilmente sugestionables por los demás y las circunstancias (Mateos, 2012). Este carácter dependiente se vincula con su constante necesidad de aprobación externa, y una notable predisposición a incorporar el discurso de los demás sobre su propia identidad, por lo que suelen ser personas muy sensibles a las críticas externas (Aguinaga et al., 2000). Por otra parte, el rasgo de introversión, además de ser un factor de riesgo, también se convierte en una característica que contribuye a la perpetuación de la patología, pues suele provocar un progresivo y creciente aislamiento social y vivencias de soledad (Aguinaga et al., 2000). Su personalidad introvertida y reservada, y el déficit en la comunicación asertiva que suelen tener estas pacientes, les conducen a inhibir sus emociones, hasta el punto de llegar desconocerlas, utilizando la sintomatología alimentaria como vía de escape emocional (Calvo, 2011).

### **Factores Socioculturales**

Los TCA son patologías que se han asociado a las culturas de los países occidentales de alto desarrollo, en las que los patrones de belleza ensalzados se convierten en obligaciones de necesitado cumplimiento (Mateos, 2012).

La sociedad actual empuja a los sujetos a poner el foco en lo externo, en su apariencia física, y en el triunfo de alcanzar los ideales de belleza que ésta promulga, basados en la delgadez como símbolo de seguridad, autoestima y aceptación social, nada más alejado de la vivencia interna de la paciente con TCA (Aguinaga et al., 2000). Asimismo, los dogmas estéticos transmitidos por los medios de comunicación se interiorizan arraigándose en la cognición de muchas adolescentes (Mateos, 2012).

No obstante, estos factores socioculturales no mantienen una relación de causalidad con la aparición de las conductas características de los TCA, siendo las repercusiones del contexto familiar y las características personales de la paciente los factores de mayor peso predictivo en la aparición de la patología (Martínez et al., 2013). En definitiva, los factores socioculturales mencionados pueden actuar como variables mediadoras influyendo en el sistema de valores de la familia de la paciente (García et al., 2014).

### **Influencias Familiares**

La familia, como microsistema de estas pacientes, ocupa un papel de mucha influencia en la vida individual, siendo el primer grupo de pertenencia del sujeto, en el que éste comienza a desarrollar sus primeras estrategias de afrontamiento, los cimientos de su autoestima y personalidad, y pone en marcha sus primeras identificaciones según los valores, normas e ideales gestados en el seno familiar (Marmo, 2014).

*Preocupación por la imagen corporal, la dieta alimentaria y la organización de las comidas.* Autores como Behar y Arancibia (2014) afirman que: “los padres son fuertes comunicadores de las presiones socioculturales (...) sus influencias verbales poseen gran impacto en las preocupaciones corporales de sus hijas en sus conductas alimenticias.” (p.736). Por ello, el hecho de que la familia incorpore y trate de infundir la cultura de la delgadez y la necesaria preocupación por el aspecto físico, tiende a aumentar notablemente el inicio de comportamientos anormales en relación con la comida, de manera que Mateos (2012) respalda este hecho explicando que aproximadamente el 45% de las adolescentes siguen algún tipo de dieta, y que el 58% se ven expuestas a críticas acerca de su aspecto físico.

Asimismo, desde que las hijas son pequeñas, influidas por las conductas alimentarias de sus progenitores, van incorporando en sus sistemas de creencias y repertorios conductuales determinados comportamientos y convicciones acerca de los alimentos, de manera que van configurando su relación con la comida (Martínez et al., 2013; Mateos, 2012). Un dato que sostiene esta afirmación es que cuando alguien de la familia se encuentra realizando alguna dieta, o cuando se recurre a éstas con cierta frecuencia, la probabilidad de que las niñas interioricen esta conducta alimentaria y el posible desarrollo de problemas alimentarios es mayor (Mateos, 2012).

A su vez, los climas familiares en los que prima la exigencia y la perfección suelen actuar como factor de riesgo en la adquisición de estas conductas alimentarias disfuncionales, trasladando dicho perfeccionismo al propio cuerpo (López et al., 2014).

Por otra parte, se ha contrastado que una adecuada organización familiar durante las comidas, entendida no como la mera ingesta de alimentos, sino como posibles espacios comunicativos de la familia (Mateos, 2012), suele relacionarse con la adquisición de hábitos alimentarios saludables por parte de las hijas (García, et al., 2014). Por ello, las familias con una hija que padece TCA suelen definirse por la nula organización durante las comidas, en las que no están presentes todos sus miembros, hay ausencia de diálogo, y cada uno come algo distinto a los demás; o por el contrario, algunas de ellas suelen caracterizarse por una organización excesiva, donde hay un control estricto acerca de cómo comer y/o existen reglas exigentes en relación con la comida (Mateos, 2012; García et al., 2014). De este modo, estos momentos pueden ser experimentados como situaciones aversivas, generando así hábitos alimentarios poco saludables, y convirtiéndose la ausente o excesiva organización en torno a las comidas en un factor de riesgo del TCA (Mateos, 2012).

**Patrones de crianza.** Los estilos parentales son definidos por Marmo (2014): “pautas de crianza que refieren la modalidad en que son impartidas las normas de socialización” (p.167). Las dimensiones que conforman los cuatro estilos educativos son el control y el apoyo parental; el control engloba las demandas parentales en términos de reglas o límites impuestos a las hijas de cara a guiar los comportamientos de éstas de la manera en que los progenitores consideran apropiada. El apoyo es la respuesta parental hacia las hijas como muestra de calidez, seguridad y aceptación (Mateos, 2012).

Maccoby y Martin (1983) (citados por Marmo, 2014) plantean los cuatro patrones de crianza: el autoritario (alto control y bajo afecto), el permisivo (bajo control y alto afecto), el negligente (bajo control y bajo afecto) y el autoritativo/democrático (alto control y alto afecto). En función de cada estilo de crianza, estos podrían actuar como factor de riesgo, o por el contrario, de protección en el posible desarrollo del TCA.

Democrático: los padres brindan afecto y cariño, pero a su vez, establecen límites y exigencias a sus hijas. Éstas manifiestan mayores niveles de ajuste conductual y emocional, así como la consolidación de una fuerte autoestima y seguridad personal (Marmo, 2014).

Negligente: caracterizado por el déficit de afecto y control parental, fomentando que las hijas puedan tener problemas de ajuste emocional, debido a su frágil autoestima, y de comportamiento, pudiendo llegar a desarrollar una personalidad impulsiva tendente a conductas antisociales (Marmo, 2014).

Autoritario: basado en la escasez de afecto, pero con altas exigencias impuestas a través de dinámicas dictatoriales. Como resultado, encontramos adolescentes carentes de confianza en sí mismas y de seguridad para cuestionarse los valores recibidos por sus progenitores, por lo que su propio juicio queda invalidado, lo que tiende a impedir el desarrollo de una sólida identidad y madurez (Marmo, 2014). En hogares autoritarios, en los que la apariencia externa y el éxito son valores ensalzados, las hijas se muestran más obedientes con los límites establecidos y, por tanto, presentan una importante dependencia y dificultades en la separación emocional durante su etapa adolescente. Así, el TCA se podría convertir en un signo de rebeldía y desobediencia (Gamboa et al., 2016).

Permisivo: caracterizado por la ausencia de control y altos niveles de afecto. Por lo que, a pesar de que las hijas puedan poseer una alta autoestima, se suelen observar desajustes a nivel conductual y una escasa madurez emocional (Marmo, 2014). Por tanto, la ausencia de límites actúa como factor de riesgo en estas patologías, dejando a las hijas desprotegidas de valores de referencia (Mateos, 2012).

En conclusión, tanto el exceso de control, como una crianza sobreprotectora, obstaculizan la saludable independencia de las hijas, de manera que Marmo (2014) postula: “la sensación de falta de control de éstos sobre sus vidas (...) haciendo que su único recurso para ello sea mediante su cuerpo” (p.173).

Por contraposición, la cohesión familiar, en términos de afecto y cercanía entre sus miembros, suele actuar como factor de protección en los casos de TCA, ya que la posibilidad de forjar vínculos emocionales impulsa el desarrollo de una autoestima y autoimagen ajustada, lo que repercute positivamente en su salud mental (Marmo, 2014).

### **Relaciones Familiares**

A pesar de la multicausalidad de los TCA, y tras haber desarrollado los principales factores de riesgo influyente en su aparición y mantenimiento, en el presente trabajo el foco de atención se deposita en el trastorno alimenticio como síntoma de disfunción familiar, como así se ha mencionado en apartados anteriores, por lo que se abordarán a continuación en mayor profundidad los factores relacionales a nivel familiar que repercuten en la sintomatología de los TCA.

Marmo (2014) afirma: “el síntoma es la consecución lógica de una organización fallida dentro de la familia. Se explica generalmente en términos de confusión de roles y fronteras, jerarquías invertidas, alianzas intergeneracionales o coaliciones entre miembros o subsistemas” (p.172). De esta manera, los integrantes del sistema familiar se encuentran sumergidos en patrones de interacción en los que la hija que presenta la sintomatología alimentaria favorece de alguna manera el mantenimiento de estas dinámicas disfuncionales (Espinosa, 2018).

En definitiva, algunos autores postulan que uno de los aspectos más característicos de los TCA es el anhelo de mayor calidez, afecto y cuidado percibido por las pacientes, cuya expresión suele ser muy deficitaria por parte de los padres, quienes se encuentran atrapados en la homeostasis disfuncional familiar (López et al., 2014; Marmo, 2014). Sin embargo, no existe un único patrón de interacción característico de las familias con un miembro con TCA, por lo que, a pesar de que la disfunción familiar sea un rasgo definitorio, se encuentran diferentes dinámicas relacionales que pueden actuar como factor de riesgo de estos trastornos (Mateos, 2012).

### **Modelos Explicativos de la Relación entre el TCA y la Familia**

**Modelo estructural de Salvador Minuchin.** Según Minuchin (1983) (citado por Adrados, 2014): “Lo que diferencia a las familias funcionales de las disfuncionales es el manejo del estrés, que no impide que dentro de las primeras se promueva el bienestar de sus miembros” (p.32).

En este modelo, estructura y adaptabilidad son los elementos definitorios de cualquier familia. La estructura se entiende como la organización interna que actúa como referencia en el desarrollo de las relaciones dentro del sistema, generando así patrones de interacción característicos del mismo. Por otra parte, con el término de adaptabilidad se alude a la capacidad del sistema de ajustarse a demandas, normativas y/o no normativas, así como individuales o del sistema en conjunto, en términos de detección y puesta en marcha de sus recursos para enfrentarlas (Adrados, 2014). De esta manera, estructura y adaptabilidad crean un continuo en cuyos extremos se sitúan las familias desligadas (límites rígidos), y las aglutinadas (límites difusos). Así, en ambos polos tenderían a ubicarse las llamadas familias psicósomáticas (Adrados, 2014). Asimismo, Marmo (2014) también habla de los extremos de la sobreprotección y el control excesivo como posibles patrones predictores de familias con un miembro con TCA. Al investigar a las familias psicósomáticas, se observó que éstas se caracterizaban por aparentar ser familias saludables ausentes de conflictos. Los resultados de la investigación con estas familias permitieron extraer los siguientes rasgos de la interacción característica de las mismas:

Aglutinamiento: todos sus miembros mantienen una cercanía y vinculación exagerada, de manera que el poder de influencia que tiene unos sobre

otros es tan significativo que tiende a generar dificultades en la separación emocional y conductual de sus miembros, siendo ésta interpretada como una pérdida, así como sentimientos de culpabilidad ante el deseo de independencia (Adrados, 2014). Esta dinámica puede originar complicaciones de organización familiar en términos de roles, límites y funciones (Mateos, 2012).

**Sobreprotección:** este rasgo suele estar vinculado con un estilo de crianza sobreprotector, lo que se convertirá en un obstáculo en el desarrollo de la independencia de las hijas, atribuyéndose éstas la obligación moral de actuar como protectoras de su familia (Adrados, 2014). Asimismo, cuando aparece el síntoma, el TCA, los demás miembros de la familia depositan su atención en la paciente identificada velando por su protección, sin embargo, circularmente, el TCA está cumpliendo un rol de protección hacia la familia, pues está evitando la desestabilización, el cambio (Mateos, 2012).

**Rigidez:** esta característica apunta hacia la ausencia de cambio, mostrando resistencia ante cualquier acontecimiento que invite a la alteración del sistema (Adrados, 2014), de manera que se impiden la evolución y el desarrollo a nivel individual y sistémico (Whittingslow, 2013). Esto ocurre porque las familias realizan grandes esfuerzos por aparentar una armonía y unidad entre sus miembros, más allá del TCA (Mateos, 2012). Además, es habitual que cuando las exigencias de cambio se hacen más evidentes, el sistema refuerce su rigidez, alejándose cada vez más de la posibilidad de romper su homeostasis. Por ello, cuando el síntoma se instaura, no se da ninguna tentativa de cambio, esforzándose por mantener su ficticia estabilidad (Adrados, 2014).

**Evitación del conflicto:** los tres rasgos mencionados anteriormente hacen que el espacio para el conflicto quede muy reducido, siendo incluso rechazado (Adrados, 2014). De esta manera, la familia utiliza ciertos mecanismos, como la negación o el no diálogo de los problemas, con el fin de no darse la oportunidad como sistema de generar un enfrentamiento entre sus miembros (Mateos, 2012). Adicionalmente, el TCA será el punto de mira familiar, de manera que, bajo determinadas circunstancias de tensión o conflicto entre sus miembros, la responsabilidad recaerá en la problemática de la paciente identificada, la cual se

sentirá con la obligación de mantener el síntoma con el objetivo de preservar la homeostasis familiar (Adrados, 2014).

En conclusión, la sintomatología del TCA tenderá a aumentar en la medida en la que el grado de rigidez, de dificultad de diferenciación y de los intentos de negación de los problemas familiares se intensifique. Por ello, la relación entre el síntoma y la familia es clara, de manera que ésta tiene el poder para originarlo y mantenerlo, así como de hacerlo desaparecer (Adrados, 2014).

***Modelo comunicacional de Mara Selvini.*** La autora de este modelo estudió a familias con hijas anoréxicas extrayendo las principales peculiaridades que guiaban sus dinámicas. Se trata de familias en las que existe un rechazo ante cualquier tipo de comunicación entre sus miembros. Además, especialmente los progenitores, manifiestan conflictos a la hora de ocupar un rol de liderazgo dentro de la familia, de manera que ninguno tiende a asumir responsabilidades ante determinadas circunstancias que lo requieran (Adrados, 2014). Además, consideró que, especialmente, la relación entre la madre y la paciente era un aspecto a tener en cuenta en la aparición de los primeros síntomas alimentarios (Mateos, 2012).

Este modelo propone un proceso de 6 estadios que recorren el transcurso que atraviesan estas pacientes, tomando como punto de partida los conflictos conyugales basados en provocaciones recíprocas entre ambos miembros de la pareja (Adrados, 2014). Por ello, estas familias suelen caracterizarse por la existencia de una relación conyugal frágil, que tiende a mantenerse como una aparente función protectora de la hija enferma una vez que el TCA se ha instaurado. Sin embargo, esta tendencia parental puede arraigar aun más la problemática debido a que una de las causas de la aparición y mantenimiento del síntoma es el estrés provocado por dicha relación conyugal disfuncional (Mateos, 2012).

Avanzando a lo largo de los estadios, encontramos que en medio de los conflictos entre los padres, cada uno de ellos aspira a convertir a la hija en una cómplice que se posicione a su favor; o bien, se afilia al bando de la madre colocándose en una posición superior o sobreprotectora, o aliándose con el padre, de manera que se posiciona también por encima de la madre (Adrados, 2014). A medida que la hija atraviesa su etapa

adolescente, el distanciamiento con la madre es mayor, fortaleciéndose, a su vez, el vínculo padre-hija, obteniendo una mayor identificación con él respecto a la percepción de ambos acerca de la madre como una mujer rígida y controladora. Paulatinamente, la adolescente, que experimenta un gran malestar emocional derivado de la disfunción familiar, encuentra en la dieta su oportunidad para separarse de su madre y alejarse del control ejercido por ella, de manera que Mateos (2012) afirma que: “la reducción alimentaria evoluciona hasta ser una protesta muda y un rechazo contra su madre” (p.104). Consiguientemente, el padre cambia de rol evitando así asumir un papel activo de cara a enfrentar la problemática alimentaria, de manera que la hija vive esta retirada como una traición, intensificándose aún más la restricción alimentaria (Adrados, 2014). Por último, esta sintomatología cumple una función adaptativa para que la adolescente recupere su posición central dentro del sistema (Adrados, 2014).

En definitiva, Selvini (1979) (citada por Adrados, 2014) afirma: “Contrariamente a sus expectativas, la reducción alimentaria introduce en la triada madre-padre-hija una espiral interactiva que refuerza el juego parental y por consiguiente, la caída de la hija en la trampa” (p.42). Es decir, los intentos de la hija por diferenciarse de su figura materna y la consiguiente necesidad de venganza contra el padre a través de la sintomatología alimentaria, es obstaculizado por sus progenitores a través de la evitación de la ruptura de la relación conyugal (Mateos, 2012). De manera que en esta dinámica circular, las disfunciones en la relación conyugal tienden a actuar como causa del malestar emocional de la adolescente, cuya respuesta ante estos conflictos son las demandas de afecto y atención encubiertas a través de la patología alimentaria. A su vez, la problemática de la hija, interpretada como una cuestión de pérdida de peso alarmante, y no como una necesidad emocional y relacional, tiende a compensarse con la aparente función protectora que ejerce la unión conyugal, distando completamente de ser un apoyo beneficioso para la paciente identificada (Adrados, 2014).

## **Rol y Actitud Materna**

**Características de la madre.** La tendencia sociocultural de situar a la mujer en un rol servicial para su familia, es un factor que, en parte, contribuye al hecho de que las madres de hijas con TCA se caractericen por una personalidad sacrificada y complaciente con y para los demás, pero, a su vez, con grandes dificultades para tratarse así mismas con igual benevolencia o cuidado (Espina, 2005). Asimismo, les genera dificultades reclamar la colaboración de los demás obligándose a cumplir demandas autoimpuestas (Gamboa et al., 2016). A pesar de ser madres que tienden a estar constantemente presentes y al servicio de sus hijas, suelen presentar ciertas dificultades para conectar emocionalmente con ellas y captar sus necesidades (Espina, 2005). De este modo, su tendencia complaciente tiende a causar una actitud dependiente en las hijas, debido a su inmediata disposición a satisfacer las necesidades de éstas (Gamboa et al., 2016). No obstante, también se ha contrastado que algunas madres de estas pacientes presentan una actitud egoísta priorizando sus necesidades a las de los demás (Mateos, 2012).

**Vinculación madre-hija.** Según Behar y Arancibia (2014), “en los TCA, el apego con las madres suele ser ambivalente” (p.734). Las madres tienden a vincularse con las hijas desde la sobreprotección, presentando éstas cierta ansiedad de separación y ausencia de límites; sin embargo, algunas se caracterizan por tener una personalidad rígida y poco afectuosa con sus hijas. De manera que encontramos una vinculación ambivalente, en la que el rechazo puede ser entendido como la falta de límites o como ausencia de afecto, generando una relación madre-hija hostil y/o fusional (Mateos, 2012; Behar y Arandibia, 2014; García et al., 2014). En la misma línea, se han detectado como variables de insatisfacción en estas adolescentes tanto la actitud sobreprotectora como la ausencia de expresión emocional de sus madres. Ambos tipos de vinculación, situándose cada uno en un extremo, generan en ellas sentimientos contradictorios; por un lado, son chicas que se caracterizan por ser sugestionables y estar a expensas de la aprobación materna, desconfiando de su valía personal, la cual está sujeta a la visión que tienen de ellas su figura de apego. Sin embargo, esto también les genera a sentimientos de agresividad u hostilidad hacia sus madres ante la necesidad de desvinculación (Mateos, 2012).

Por una parte, debido a la relación dependiente entre la madre e hija, esta última crece con un alto grado de inseguridad en sí misma habiendo sido socorrida por su madre

ante cualquier dificultad. De manera que ante la llegada de la etapa adolescente y los cambios normativos que ésta entraña tanto a nivel físico, los cambios corporales, como psíquico, el desarrollo moral y la individuación emocional, la adolescente se adentra en la patología alimentaria como respuesta a su necesidad de separación (Gamboa et al., 2016). Además, desde la perspectiva psicoanalítica, se concibe que esta vinculación poco saludable entre madre e hija también actúa como un obstáculo en el desarrollo de la identidad de la última, por ello el TCA se concibe como la expresión de la complicada desvinculación entre ambas (Espina, 2005). Asimismo, se hace evidente la dificultad de estas madres de asumir la necesaria diferenciación entre ellas y sus hijas, dificultad reflejada en la ausencia de imposición de límites durante la crianza, de manera que su relación fusional y dependiente tiende a reforzarse (Mateos, 2012).

Por otra parte, el rechazo materno entendido como la falta de afecto y calidez y una actitud de dominancia, tiende a ser otra forma de vinculación entre madres e hijas con TCA, quienes tienden a presentar altos niveles de ansiedad por separación y terminan gestando sentimientos de agresividad hacia la madre, compitiendo, a su vez, por su necesidad de continuar fusionadas con ellas (Espina, 2005).

Por contraposición, uno de los factores de protección es la vinculación segura entre madre e hija (Mateos, 2012). La relación temprana de apego supone el cimiento principal que permitirá que la hija pueda desarrollar una personalidad saludable y adaptada. Un apego seguro implica que la madre se convierte en una figura de referencia accesible a la que poder recurrir cuando se necesite de su protección, pero a su vez, permitirá la exploración necesaria de la hija sin intención de sobreprotegerle de las amenazas externas y sobre todo sin experimentar ansiedad por separación. De esta manera, la niña crece con la seguridad de poder contar con su figura de apego, pero al mismo tiempo, pudiendo diferenciarse paulatinamente de ésta, desarrollando así su propia identidad, obteniendo como resultado una fuerte autoestima y seguridad personal (Gamboa et al., 2016). Este patrón es el que se tiende a asociar a las hijas que han sido criadas a través de estilos democráticos de crianza, que habiendo recibido afecto y exigencias parentales de manera equitativa, les ha permitido en su etapa adolescente encontrar su autonomía emocional y comportamental de la manera más adaptada y saludable (Marmo, 2014).

## **Rol y Actitud Paterna**

**Características del padre.** A pesar de encontrarnos en una sociedad postmoderna, los roles de género tradicionales todavía siguen muy presentes en nuestra cultura, de manera que al igual que las madres tienden a ocupar un rol servicial en sus familias, la figura del padre se caracteriza mayoritariamente por la dificultad de expresar sus sentimientos, manifestando una mayor frialdad y rigidez emocional que en el caso de la figura materna (Espina, 2005). Además, algunos estudios muestran la alta tendencia de los padres de hijas con TCA de caracterizarse por ser hombres pasivos y distantes (Gamboa et al., 2016), y su clara preferencia por lograr la competencia y el éxito en su trabajo, de manera que sus relaciones familiares e interpersonales suelen ocupar un segundo lugar (Espina, 2005).

Asimismo, la dificultad en el manejo de las emociones (alexitimia) suele ser un rasgo de personalidad característico de estos padres, pudiendo propiciar, junto con otros muchos factores, la aparición del trastorno, habiendo impedido durante la crianza el desarrollo de una educación y regulación emocional saludable (Espina, 2005). Por ello, este déficit en la expresión emocional de las hijas suele ser un rasgo muy característico en los TCA, ya que quienes lo padecen tienden a reprimir sus estados emocionales, manifestando su malestar a través de las alteraciones en la conducta alimentaria (Calvo, 2011).

**Vinculación padre-hija.** En las familias con una hija con TCA, numerosos estudios describen el vínculo padre-hija como ausente o débil (Espina, 2005; Mateos, 2012; Martínez et al., 2013). Tal y como afirman Gamboa et al. (2016), “El padre aparece, en las jóvenes que padecen algún TCA, como una presencia nula. Su papel está desdibujado...” (p. 28).

A diferencia del vínculo materno, que tiende a ser sobreprotector en la mayoría de los casos, o débil en otros, la forma más característica de vinculación entre padre e hija es baja, siendo el vínculo excesivo o sobreprotector muy poco común en estos padres (Mateos, 2012). Por tanto, este vínculo débil entraña un rechazo percibido por parte de la hija (García et al., 2014). Este rechazo paterno se observa en el Modelo Comunicacional de Mara Selvini (1979) (citado por Agrados, 2014), y mencionado anteriormente, donde

la hija, traicionada por su padre, busca castigarle a través de la sintomatología alimentaria (García et al., 2014).

La ausencia de la figura paterna y su tendente dificultad de expresión emocional, hace que se genere un vínculo hermético con la hija, de manera que ésta experimenta sentimientos contradictorios acerca de su padre, sin saber cómo aproximarse a él y lograr captar su atención. Es decir, por una parte, anhela su presencia, pero por otra, busca castigar su rechazo (Mateos, 2012). La necesidad de fortalecer el vínculo con el padre suele influir en la búsqueda de relaciones posteriores de la vida de la paciente, de manera que la vivencia de carencia afectiva puede extenderse al resto de sus relaciones interpersonales (Espina, 2005). En esta línea, surgen interpretaciones como la de Mateos (2012) que describe cómo, ante ese rechazo vivido por la paciente, surge “la incapacidad de disfrutar del alimento y de los otros a los que no se puede poseer, solo devorar y/o expulsar...” (p.177). También se postula que la dificultad paterna de manifestar las emociones es percibida por las hijas como una señal de indiferencia hacia ellas y de no aceptación. De manera que esto puede influir en la visión que tienen de ellas mismas y su propio cuerpo, señalándolo como responsable de ese rechazo paterno, y asumiendo que su transformación será la clave de acceso a la atención anhelada del padre (Espina, 2005).

En conclusión, el déficit afectivo y la negligencia paterna característica del vínculo padre-hija de estas familias, tiende a influir significativamente en la aparición del TCA. De hecho, muchas pacientes expresan esta ausencia paterna y perciben negativamente la figura de su padre en comparación con las hijas de familias de los grupos controles (López et al., 2014). Asimismo, en su estudio, Mateos (2012), menciona: “la presencia de rechazo paterno multiplica por un 14,7 el riesgo de que una adolescente tenga un TCA, seguido en importancia por el afecto materno” (p.92). En la misma línea, otros autores, Martínez et al. (2013), también exponen que la ausencia de la figura del padre, sumada al sentimiento de desatención que experimentan las hijas, se relaciona con la presencia de un TCA, aunque, a su vez, mencionan la necesidad de ampliar la investigación acerca del papel paterno en los TCA.

### **Relación Entre los Padres**

Se ha investigado que una relación entre ambos padres basada en el respeto y en la que exista una compenetración en relación a sus tareas parentales, confiere seguridad

al resto de la familia, concretamente a la hija con TCA, por lo que tiende a actuar como un factor protector de esta patología (Mateos, 2012).

Teniendo en cuenta la literatura revisada, se podría concluir que la disfunción del sistema tiende a actuar como factor de riesgo del TCA, entre otros factores previamente mencionados (Vázquez, 2018). Sin embargo, estos trastornos no pueden ser atendidos exclusivamente desde la perspectiva sistémica, considerando que también son influyentes las variables intrapsíquicas y contextuales del sujeto (Whittingslow, 2013).

### **Tratamiento. Terapia Sistémica**

Si se tiene en cuenta la multicausalidad de los TCAs, se hace evidente que el abordaje terapéutico de estas patologías requiere de una orientación multidisciplinar, debido a su complejidad y numerosas repercusiones a nivel intrapsíquico, familiar y social (Marmo, 2014). Por ello, y abordando esta patología como se viene haciendo hasta el momento, comprendiéndola como síntoma de la disfunción familiar, es precisa tanto la terapia individual como familiar (Aguinaga et al., 2000). Asimismo, tal y como sugiere Whittingslow (2013), “el estudio de técnicas, herramientas, estrategias y recursos de las corrientes sistémicas ha sido descrito como un abordaje eficaz en pacientes y familias con diagnóstico de TCA” ( p.393). Además, este autor plantea que al no existir un patrón único de funcionamiento familiar característico en estas patologías, no se puede establecer un tratamiento exclusivo para todas las pacientes con diagnóstico de TCA y sus respectivas familias. Por este motivo, Whittingslow (2013) plantea: “la necesidad de considerar a cada familia y paciente como un caso particular, específico, por lo que el tratamiento también lo será” (p.415).

En el presente trabajo, se abordará fundamentalmente la terapia familiar del TCA.

La terapia, en otros enfoques psicoterapéuticos tiende a enfocarse, principalmente, en la supresión del síntoma (Whittingslow, 2013); sin embargo, la terapia familiar se orienta a la modificación de las pautas relaciones de la familia, corrigiendo su tendente rigidez y habitual evitación de los conflictos que suelen caracterizarlas (Martín, Cagnas, Pozo y Martínez, 2010). De esta manera, la funcionalidad del síntoma se diluye dejando de ser mantenido por las dinámicas disfuncionales, que fueron responsables, en parte, de su aparición (Espinosa, 2018). Eso explica por qué la mera desaparición del síntoma no

es el único objetivo principal de la terapia sistémica, ya que los patrones disfuncionales familiares podrían volver a originar una nueva patología si no son reparados (Mateos, 2012). De ahí la importancia de situar como principal objetivo terapéutico la salud de la totalidad del sistema a través de la reestructuración de sus dinámicas disfuncionales que están manteniendo el TCA (Whittingslow, 2013).

Cuando las familias con una hija diagnosticada con TCA acuden a terapia, éstas señalan a la paciente identificada como el motivo por el cual han acudido (Minuchin, Fishman y Etcheverry, 1984). Esto se refleja en cómo las interacciones entre los miembros giran en torno a la sintomatología alimentaria, eludiendo otras cuestiones que se alejan de lo que ellos consideran problemático, el síntoma de su hija. Este afrontamiento homeostático del TCA insta más la problemática (Martín, et al., 2010). Asimismo, esta concepción del síntoma implica que sea percibido por los padres como un mero problema relacionado con el peso y la alimentación, centrando su atención únicamente en los signos externalizantes de la patología, sin reparar en las necesidades subyacentes de la misma (Whittingslow, 2013). Por ello, es importante que el terapeuta, desde el inicio, se interese por cómo cada miembro percibe cuál es el verdadero problema del sistema (Minuchin et al., 1984).

Una de las técnicas utilizadas en terapia sistémica es la formulación de preguntas circulares con el fin de encontrar el funcionamiento de retroalimentación familiar, en términos de tendencias y patrones de interacción, creencias implícitas y roles (Ospina, Bolaños y Salazar, 2017) y, a su vez, evitar formular relaciones de causalidad que impliquen la culpabilización de la paciente identificada (Minuchin et al., 1984). A veces ocurre que los padres tienden a creer que el hecho de acudir a terapia implica asumir que son culpables de la patología de su hija (Calvo, 2010). Para evitar que esto ocurra, es importante que el terapeuta realice sus intervenciones con una actitud cautelosa (Ospina et al., 2017), pero sobre todo, manteniendo la neutralidad con cada uno de los miembros, evitando posicionarse en exceso con alguna de las partes, y mediando entre la paciente identificada y su familia, garantizando la comprensión y el entendimiento entre todos, en definitiva, trabajando mano a mano con la familia (Whittingslow, 2013). Consiguientemente, uno de los retos terapéuticos es construir un vínculo con cada uno de los miembros de la familia, considerando las potencialidades de cada uno de ellos y reclamando su colaboración a lo largo del tratamiento, lo cual implica concebir a la

familia como un recurso beneficioso para la consecución del cambio terapéutico (Whittingslow, 2013), haciendo responsables del síntoma a la totalidad del sistema (Minuchin et al., 1984).

En consecuencia, otro de los objetivos de la terapia consiste en resignificar el síntoma, pues el TCA tiende a asociarse con la incapacidad y las limitaciones de quien lo padece, lo cual implica considerar a la paciente una enferma pasiva, y esta perspectiva, a su vez, suele reforzar los intentos familiares de mantener el equilibrio del sistema (Ospina et al., 2017). De ahí la importancia de desechar la idea familiar de que la paciente con TCA es el problema, descentralizando la responsabilidad, hasta el momento colocada en ella y su patología, y repartiéndola entre los diferentes miembros de la familia (Minuchin et al., 1984). Para llevar esto a cabo, resulta fundamental que se descifre el por qué del síntoma, su funcionalidad (Ospina et al., 2017). El TCA se convierte en la forma que tiene la paciente identificada de comunicar al resto del sistema familiar de que algo en este no funciona correctamente (Minuchin et al., 1984).

Suele ser habitual que la hija que padece el TCA, sobre todo al comienzo del proceso terapéutico, realice intentos de aferrarse a la patología, pues al igual que el resto de los miembros del sistema, todos se esfuerzan por mantener su funcionamiento habitual, que aunque sea patológico, les confiere seguridad y, por tanto, tienden a mantener la homeostasis familiar (Espinosa, 2018). Desde esta perspectiva, la principal función que suele cumplir el síntoma es la protección de la homeostasis familiar, de manera que cualquier intento de cambio durante la terapia es percibido como una amenaza para el sistema (Calvo, 2010).

Según se ha mencionado con anterioridad, la hija puede encontrar en la sintomatología alimentaria la oportunidad para desligarse de los lazos familiares sobreprotectores, reivindicando su autonomía, como así explica el Modelo Estructural de Salvador Minuchin (1993) (Adrados, 2014). De modo que, al tratarse de familias que tienden a evitar los conflictos a través de su tendencia a la rigidez, resulta esencial la transmisión de pautas que impliquen flexibilidad, con el objetivo de combatir y sobreponerse a su carácter aglutinado (Whittingslow, 2013), lo que permitirá que la paciente pueda poco a poco realizar su proceso para alcanzar la autonomía e individuación personal (Ospina et al., 2017). Para alcanzar dicho objetivo, es importante

que el terapeuta tome como referencia las interacciones que tienen lugar durante la terapia entre los diferentes miembros. A través de ellas, éste podrá esclarecer un mapa del funcionamiento familiar acerca de cómo es el afrontamiento de los conflictos, las alianzas y coaliciones entre sus miembros, o detectar en quién se tiende a concentrar la culpa; en definitiva, las pautas relacionales propias del sistema en cuestión (Minuchin et al., 1984). Como también se ha mencionado, la excesiva, o por el contrario, inexistente proximidad entre sus miembros, suele ser una de las explicaciones responsables de la existencia de la patología alimentaria, por ello, la terapia sistémica se puede convertir en un espacio seguro para salvar las distancias patológicas entre los miembros del sistema (Minuchin et al., 1984).

Además de explorar las interacciones actuales de la familia, también puede resultar beneficioso focalizarse en las pautas transgeneracionales de la misma. Para ello, el uso del genograma familiar es un método esclarecedor de cómo se repiten estas interacciones en las distintas generaciones familiares (Whittingslow, 2013). Por ejemplo, algunas de las pautas más significativas en familias con un miembro con TCA, es que los padres de los progenitores de la paciente tampoco fueron capaces de facilitar el proceso de separación de sus hijos, por lo que al no ejecutarse esa transición de manera saludable, ha podido contribuir a que algunos de ellos sigan patológicamente fusionados con sus propias familias, de manera que esto les impide permitir que su hija atraviese dicho proceso de individuación (Mateos, 2012). Además, otra pauta intergeneracional habitual en estas familias es la relación hostil, pero al mismo tiempo, fusional entre la madre de la paciente y su propia madre (Gamboa et al., 2016), que como se ha mencionado, resulta una de las características habituales que definen la relación entre la madre y la hija con TCA. Por último, es también usual la repetición de la historia de TCA en hijas con madres que sufrieron dicha patología en el pasado (Behar y Arancibia, 2014).

Una vez que el terapeuta ha explorado y conoce las dinámicas de interacción familiar, es importante que, a través de determinadas directrices, éste vaya encomendando a la familia comenzar a introducir ciertas modificaciones en su comunicación, además de trabajarse durante las sesiones (Whittingslow, 2013). Sobre todo, es esencial apostar por una interacción más abierta y flexible, para que cada uno de los miembros pueda someterse de manera saludable a los cambios normativos que el ciclo evolutivo familiar entrañan, concretando en el caso de la paciente con TCA, que ésta pueda llevar a cabo su

proceso de individuación (Ospina et al., 2017). Para lograrlo, es importante que los padres asuman su rol parental, aliándose entre ellos y asumiendo las funciones propias del subsistema parental al que pertenecen (Marmo, 2014). Entre estas funciones, se encuentran principalmente las muestras de afecto y cuidado, pero también el establecimiento de límites y normas manteniendo así su rol de autoridad, sin dejar de ser figuras de referencia que brindan aceptación y amor (Mateos, 2012). Asimismo, esta reestructuración del sistema implicaría una acomodación de cada uno de los miembros en los roles que les corresponden dentro del subsistema al que pertenecen. De manera que, en el caso de la hija, la separación o individuación se convertirá en un camino más accesible a recorrer, una vez que la familia haya luchado contra su aglutinamiento, consiguiendo mantener entre todos sus miembros unas distancias saludables que permitan a cada uno de ellos la realización de las tareas o demandas que el ciclo evolutivo les reclama (Martín et al., 2010).

En definitiva, la terapia sistémica apuesta por alcanzar una organización del sistema renovada, percibiendo, a su vez, la pérdida de funcionalidad de la patología alimentaria como síntoma (Minuchin et al., 1984). Tal y como describe Whittingslow (2013): "...una familia con la nueva fortaleza adquirida por la superación de una problemática grave (...) todos los miembros luego de este proceso han crecido" (p. 406).

### **Discusión y Conclusiones**

Para concluir este trabajo, resalto la importancia de entender el TCA dentro del contexto familiar en el que se ha gestado, así como su necesario, aunque no suficiente, tratamiento a través de la terapia sistémica familiar.

En el presente trabajo se recoge la idea de estigmatización con la que se observan los TCA a nivel sociocultural y, por ende, en el seno de las familias, ya que existe una tendencia a basar la explicación de estos trastornos únicamente en las conductas externalizantes de los mismos, olvidando la base y los motivos de su desarrollo. A pesar de los numerosos factores mencionados que pueden influir en el desarrollo de estas patologías, considero necesaria la concepción de éstas como un reflejo de las dinámicas familiares disfuncionales que impactan en la paciente identificada. Al entender los TCA como meras conductas alimentarias disfuncionales, se elimina la importancia de la funcionalidad del síntoma, de manera que el tratamiento tenderá a focalizarse en la

eliminación del mismo, sin atender a los procesos intrapsíquicos de la paciente en términos de problemáticas emocionales y relacionales que quedarán sin resolver. Por ello, resulta acertado el tratamiento sistémico, pues tiene como objetivo descentralizar de la paciente identificada el peso de la patología, depositando la responsabilidad de su aparición en todos los miembros de la familia. Así, a través de un ajuste del sistema en su totalidad, rompiendo con su funcionamiento habitual resistente al cambio, todos sus miembros encontrarán formas más adaptadas de relación y nuevos afrontamientos de las adversidades. Finalmente, se conseguirá la desaparición del síntoma una vez que los cimientos que lo sustentaban se hayan desvanecido. Asimismo, aunque la terapia sistémica es necesaria en el abordaje de estas patologías, no resulta suficiente para la completa recuperación de las mismas. Por ello, también es pertinente el trabajo individual de la paciente en términos de corrección de patrones de conducta disfuncionales en relación con la comida, así como la terapia grupal, entre otras (Whittingslow, 2013).

Para futuras investigaciones, hay una necesidad de profundizar acerca del TCA en hombres y analizar si existen diferencias significativas en cuanto a las características relacionales de estos pacientes con sus progenitores en comparación con los TCA de las adolescentes. También es oportuna la investigación en mayor profundidad del rol paterno en los TCA, ya que la bibliografía más abundante se encuentra en torno a las madres de estas pacientes, su historia previa de TCA, y la relación con sus hijas.

En definitiva, tras la presente revisión bibliográfica, se han alcanzado los objetivos planteados en el apartado introductorio del trabajo, pudiendo comprender los TCA desde el modelo sistémico, más allá de sus diferentes categorías diagnósticas y abordándolos como síntoma de disfunción familiar. En esta línea, se ha explorado cómo la tendente vinculación ambivalente y fusional madre-hija, y la figura desdibujada del padre influyen en la aparición, consecución y cronificación del síntoma. Por otra parte, se le ha otorgado una gran importancia al TCA de la madre de la paciente, y cómo su todavía presente sintomatología, actúa como posible factor de riesgo en su aparición y agravante del trastorno de la hija.

Por último, en torno al área del tratamiento del TCA, se ha explorado cómo su abordaje terapéutico resulta beneficioso cuando está enfocado al cambio de las dinámicas internas del sistema familiar, así como la importancia de que el terapeuta sistémico consiga una

alianza neutral con cada uno de sus miembros, de cara a responsabilizar a todos ellos del síntoma, sin necesidad de culpabilizarles del mismo.

### Referencias Bibliográficas

- Aguinaga, M., Fernández, L. J., y Varo, J. R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 23(2), 279-292.
- Adrados, A., V. (2014). *Emoción expresada familiar en los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis final de grado, Universidad de Chile). Santiago, Chile.
- Behar, R., y Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas (os). *Revista chilena de pediatría*, 85(6), 731-739.
- Behar, A. R., Gramegna, S. G., y Arancibia, M. M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(2), 103-114.
- Calvo, S., R. (2011). Comprendiendo y superando la cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Acción psicológica*, 8(1), 35-56.
- Díaz, B., M., Rodríguez, M., F., Martín, L., C., y Hiruela, B., M. V. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención primaria*, 32(7), 403-407.
- Espina, E., A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35-48.
- Escolar-Llamazares, M. C., Martínez, M., M. A., González, A., M. Y., Medina, G., M. B., Mercado, V., E., y Lara. O., F. (2017). Factores de riesgo de los trastornos alimentarios en estudiantes universitarios: estimación de la vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* , 8(2), 105-112.

- Espinosa, S., V. E. (2018). *El síntoma infantil como un intento de mantener el equilibrio en una familia de estructura caótica. Estudio realizado desde la teoría familiar sistémica sobre el síntoma en una familia de estructura caótica* (Bachelor's thesis, Universidad Pontificia Católica del Ecuador). Quito, Ecuador.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.
- Gamboa, F., Guarnieri, L., Kruse, L., y Nudelman, P. (2016). *La transmisión intra e intergeneracional de los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis final de grado, Universidad de Buenos Aires). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- García, A., I., De la Gándara, M., J. J., Vegas, M., M. I., Sebastián, V., C., Sanz, C., B., Martínez, V., A., y Martín, M., E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(6), 267-80.
- López, C., Herrero, O., y Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 69-81.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178.
- Martín, M. F., Cangas, J. A., Pozo, E. M., y Martínez, M. (2010). Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario. *Pisopatol. Salud ment.*, 15, 63-73.
- Mateos, A., M. (2012). *La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo* (Tesis Doctoral, Universidad de Burgos). Burgos, España.
- Minuchin, S. & Fishman, H., C y Etcheverry, J., L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*.

Barcelona: Paidós.

Ospina, B., M., Bolaños, M., C. L., y Salazar, H., D. M. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: una metáfora interrelacional de la familia. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 9, 165-180.

Persano, H. L., Ventura, D. A., Gutnisky, A. D., y Kremer, D. C. (2013). Consumo Problemático de sustancias y desórdenes del comportamiento Alimentario. Unidad Docente Hospital Borda. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Quiles, M., Y. y Tero, C., M.C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 259-180.

Ruiz, M., A. O., Vázquez, A., R., Mancilla, D., J. M., López, A., X., Álvarez, R., G. L., y Tena, S., A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.

Ruiz, M., A. O., Vázquez, A., R., Mancilla, D., J. M., Viladrichi, S., C., y Halley, C., M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57.

Vásquez, B., D. G. (2018). Disfunción familiar como factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes (Tesis doctoral, Universidad privada Antenor Orrego. Facultad de medicina humana). Trujillo, Perú.

Whittingslow, A. V. L. M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Borromeo*, (4), 393-420.