



Trastornos de la conducta alimentaria desde la terapia sistémica: revisión sistemática teórica e integrativa de modelos e intervenciones

Autora: Olga Alonso Martínez

Tutora: Alba Moreno Encinas

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 5 |
| 1.1. Trastornos de la conducta alimentaria: delimitación conceptual | 5 |
| 1.2. Relevancia clínica y social de los TCA | 6 |
| 1.3. Perspectiva sistémica en psicología clínica | 7 |
| 1.4. Principales escuelas de la terapia sistémica | 7 |
| 1.5. Justificación del estudio | 8 |
| 1.6. Objetivos | 8 |
| 1.7. Pregunta de investigación | 8 |
| 2. Marco teórico | 9 |
| 2.1. Conceptualización clínica de los TCA | 9 |
| 2.1.1. Anorexia nerviosa | 9 |
| 2.1.2. Bulimia nerviosa | 10 |
| 2.2. Modelos explicativos en TCA desde la psicología clínica | 10 |
| 2.3. Fundamentos de la terapia sistémica | 11 |
| 2.3.1. Conceptos básicos | 11 |
| 2.3.2. Familia como sistema terapéutico | 12 |
| 2.4. Terapia sistémica aplicada a los TCA | 12 |
| 2.4.1. Evolución histórica del enfoque | 12 |
| 2.4.2. Relevancia clínica actual | 12 |
| 3. Método | 13 |
| 3.1. Diseño del estudio | 13 |
| 3.2. Estrategia de búsqueda | 14 |
| 3.3. Criterios de elegibilidad | 16 |
| 3.4. Proceso de selección de estudios | 16 |
| 3.5. Extracción de datos | 17 |
| 3.6. Evaluación de la calidad conceptual | 20 |
| 3.7. Estrategia de síntesis | 21 |
| 4. Resultados | 23 |
| 4.1. Enfoque estructural | 24 |
| 4.1.1. Conceptualización del trastorno | 24 |
| 4.1.2. Función del síntoma en el sistema familiar | 25 |
| 4.1.3. Estrategias de intervención | 26 |

| | |
|---|----|
| 4.1.4. Rol del terapeuta..... | 28 |
| 4.2. Enfoque estratégico | 29 |
| 4.2.1. Conceptualización del trastorno | 29 |
| 4.2.2. Función del síntoma | 30 |
| 4.2.3. Estrategias de intervención..... | 32 |
| 4.2.4. Rol del terapeuta..... | 33 |
| 4.3. Enfoque intergeneracional..... | 34 |
| 4.3.1. Conceptualización del trastorno | 34 |
| 4.3.2. Procesos de transmisión familiar..... | 35 |
| 4.3.3. Estrategias de intervención..... | 36 |
| 4.3.4. Rol del terapeuta..... | 37 |
| 4.4. Enfoque constructivista/narrativo | 38 |
| 4.4.1. Conceptualización del trastorno | 38 |
| 4.4.2. Construcción del significado del síntoma | 39 |
| 4.4.3. Estrategias de intervención..... | 40 |
| 4.4.4. Rol del terapeuta..... | 41 |
| 5. Análisis comparativo | 41 |
| 5.1. Convergencias entre modelos | 41 |
| 5.2. Divergencias conceptuales y clínicas | 42 |
| 5.3. Diferencias en el rol del terapeuta | 43 |
| 5.4. Implicaciones para la intervención en TCA | 44 |
| 5.5. Propuesta de integración teórica..... | 45 |
| 6. Discusión..... | 46 |
| 6.1. Interpretación de los resultados | 46 |
| 6.2. Implicaciones clínicas..... | 46 |
| 6.3. Relación con la literatura actual | 47 |
| 6.4. Limitaciones del estudio | 48 |
| 6.5. Líneas futuras de investigación | 49 |
| 7. Conclusiones..... | 49 |
| 8. Referencias bibliográficas..... | 52 |
| 9. Anexos | 54 |
| ANEXO I..... | 54 |
| ANEXO II | 55 |
| ANEXO III | 57 |
| ANEXO IV..... | 60 |

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen cuadros clínicos complejos en cuya comprensión intervienen factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. El presente trabajo realiza una revisión sistemática con síntesis narrativa de los principales modelos sistémicos aplicados a los TCA, analizando las aportaciones de los enfoques estructural, estratégico, intergeneracional y constructivista-narrativo. La revisión se desarrolló mediante búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y selección de literatura relevante siguiendo criterios previamente establecidos y las directrices PRISMA. Los resultados muestran que los distintos modelos sistémicos coinciden en situar el síntoma alimentario dentro de procesos relacionales complejos, aunque difieren en la conceptualización del problema y en las estrategias terapéuticas empleadas. Finalmente, se plantea una lectura integradora de las principales aportaciones sistémicas y de su utilidad clínica actual dentro del abordaje multidisciplinar de los TCA.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, terapia sistémica, terapia familiar, anorexia nerviosa, terapia narrativa, intervención familiar.

Abstract

Eating disorders (EDs) are complex clinical conditions involving biological, psychological, familial, and sociocultural factors. This study presents a systematic review with narrative synthesis of the main systemic models applied to eating disorders, analyzing the contributions of structural, strategic, intergenerational, and constructivist-narrative approaches. The review was conducted through bibliographic searches in several databases and the selection of relevant literature following previously established criteria and PRISMA guidelines. The results show that systemic models converge in understanding eating symptoms within relational processes, although they differ in their conceptualization of the disorder and in their therapeutic strategies. Finally, an integrative perspective of the main systemic contributions and their current clinical usefulness within multidisciplinary treatment approaches for eating disorders is proposed.

Keywords: eating disorders, systemic therapy, family therapy, anorexia nervosa, narrative therapy, family intervention

1. Introducción

1.1. Trastornos de la conducta alimentaria: delimitación conceptual

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un conjunto de alteraciones psicopatológicas en las que la relación con la alimentación, el peso corporal y la imagen corporal adquiere un carácter desorganizado y persistente, con repercusiones relevantes en el funcionamiento físico, psicológico y social. Su expresión clínica articula dimensiones conductuales, cognitivas y emocionales que se influyen mutuamente, generando configuraciones complejas que requieren marcos de comprensión capaces de integrar distintos niveles de análisis. Los sistemas clasificatorios contemporáneos, entre los que destaca el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2022), establecen categorías diagnósticas como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y otros trastornos especificados y no especificados, ofreciendo un marco operativo imprescindible para la práctica clínica y la investigación. Este marco facilita la identificación, el diagnóstico diferencial y la comunicación entre profesionales, al tiempo que convive con la necesidad de ampliar la comprensión del fenómeno más allá de sus criterios formales.

La anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción persistente de la ingesta energética, el temor intenso a ganar peso y una alteración significativa en la percepción del propio cuerpo, configurando un cuadro en el que la experiencia subjetiva del peso y la figura adquiere un valor central en la organización de la identidad. La bulimia nerviosa presenta episodios recurrentes de atracones acompañados de sensación de pérdida de control, seguidos de conductas compensatorias dirigidas a evitar el aumento de peso. Ambas entidades comparten una estructura clínica en la que la relación con el cuerpo y la alimentación funciona como eje organizador del malestar psicológico, lo que contribuye a explicar su estabilidad en el tiempo y las dificultades que aparecen durante el proceso terapéutico (Fairburn, 2008).

La investigación reciente describe los TCA como fenómenos de naturaleza multifactorial en los que interactúan variables biológicas, psicológicas y socioculturales, generando trayectorias clínicas heterogéneas y respuestas terapéuticas variables (Treasure et al., 2020). Algunos trabajos en el ámbito clínico español han señalado la conveniencia de entender estos trastornos como configuraciones dinámicas en las que el síntoma adquiere funciones específicas en la vida del paciente y en su entorno inmediato (Espina, 2005). Esta complejidad sitúa la dimensión relacional en un lugar relevante dentro del análisis, en la medida en que los patrones

de interacción familiar y social pueden participar en la configuración y estabilización del trastorno.

La práctica clínica contemporánea sitúa los TCA entre los trastornos de mayor gravedad en salud mental, tanto por sus implicaciones médicas como por su elevada comorbilidad psiquiátrica. Esta consideración impulsa el desarrollo de modelos explicativos que integran distintos niveles de análisis. La inclusión del contexto relacional dentro de esta comprensión permite ampliar el campo clínico y facilita la elaboración de formulaciones más ajustadas a la complejidad del problema, especialmente en aquellos casos en los que la evolución del trastorno se encuentra estrechamente vinculada a dinámicas interpersonales persistentes.

1.2. Relevancia clínica y social de los TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria configuran un problema de salud pública de gran alcance debido a su prevalencia, su impacto funcional y la tendencia a la cronificación que presentan en determinados casos. Los estudios epidemiológicos sitúan la prevalencia a lo largo de la vida entre el 1 % y el 4 % en los cuadros más definidos, con cifras superiores cuando se incorporan formas subclínicas (Treasure et al., 2020). La incidencia alcanza su punto más alto en la adolescencia y en la adultez temprana, con una mayor presencia en mujeres, aunque los datos recientes muestran un incremento progresivo en la detección en varones, lo que introduce matices en la comprensión tradicional de estos trastornos.

La gravedad clínica resulta especialmente visible en la anorexia nerviosa, que presenta una de las tasas de mortalidad más elevadas dentro de la psicopatología, asociada tanto a complicaciones médicas como a conductas suicidas. La bulimia nerviosa produce un deterioro psicosocial significativo y se acompaña de complicaciones médicas derivadas de las conductas purgativas. La persistencia del trastorno en el tiempo y la variabilidad en la respuesta terapéutica refuerzan la necesidad de desarrollar abordajes clínicos ajustados a su complejidad. El impacto de los TCA se extiende al entorno familiar, donde se observan con frecuencia niveles elevados de estrés, dificultades en la comunicación y reorganizaciones relacionales en torno al síntoma. La familia se convierte en un contexto clínico relevante, en el que la evolución del trastorno se ve influida por las respuestas del entorno (Espina & Ortego, 2003). Este nivel de implicación refuerza la pertinencia de modelos que incorporen la dimensión relacional dentro del análisis y la intervención.

Las guías clínicas internacionales incluyen intervenciones familiares como parte del tratamiento en determinados casos, especialmente en adolescentes con anorexia nerviosa

(National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Esta orientación refleja una evolución en la comprensión del trastorno, en la que el contexto relacional adquiere un lugar definido dentro del abordaje clínico.

1.3. Perspectiva sistémica en psicología clínica

La perspectiva sistémica introduce un marco de comprensión en el que los problemas psicológicos se analizan en relación con los sistemas de interacción en los que se desarrollan. Este enfoque sitúa el síntoma dentro de patrones relacionales que organizan la experiencia de los individuos, incorporando conceptos como sistema, homeostasis y causalidad circular para describir el funcionamiento de las relaciones humanas (Feixas et al., 2016). La conducta deja de interpretarse como expresión aislada y se integra en secuencias de interacción que configuran su sentido clínico.

En el ámbito de los TCA, este enfoque permite comprender el síntoma alimentario como parte de un sistema de relaciones en el que puede desempeñar funciones específicas, tales como la regulación de tensiones o la estabilización de dinámicas familiares. Esta lectura amplía la comprensión clínica y facilita intervenciones dirigidas a modificar los patrones de interacción que sostienen el problema (Ríos González, 2009).

La evolución de la terapia sistémica ha generado una diversidad de modelos que comparten este marco relacional y desarrollan propuestas diferenciadas en cuanto a la conceptualización del síntoma y la intervención clínica. En la práctica contemporánea, la integración con otros enfoques ha favorecido la aparición de modelos multimodales que articulan distintos niveles de análisis, consolidando la relevancia de la perspectiva sistémica en el tratamiento de los TCA.

1.4. Principales escuelas de la terapia sistémica

El campo de la terapia sistémica se ha desarrollado a través de distintas escuelas que ofrecen marcos teóricos diferenciados. El enfoque estructural, desarrollado por Minuchin, analiza la organización familiar en términos de límites, jerarquías y alianzas, aportando herramientas para intervenir en la configuración del sistema (Minuchin et al., 1978). El enfoque estratégico, vinculado a Haley y Watzlawick, centra su atención en las secuencias de interacción y en las soluciones intentadas que mantienen el problema.

El modelo intergeneracional, desarrollado por Bowen, incorpora la dimensión histórica del sistema familiar y analiza los procesos de diferenciación del self a lo largo de las generaciones.

El enfoque constructivista y narrativo, representado por White, introduce el análisis del significado y del lenguaje en la configuración de la experiencia (White & Epston, 1990).

Este conjunto de perspectivas configura un campo plural que permite abordar los TCA desde distintos niveles de análisis. La diversidad teórica ofrece un repertorio amplio de herramientas clínicas y favorece el desarrollo de enfoques integradores ajustados a la complejidad del fenómeno.

1.5. Justificación del estudio

La coexistencia de múltiples modelos sistémicos aplicados a los TCA genera la necesidad de un análisis que permita organizar sus aportaciones y clarificar sus implicaciones clínicas. La literatura se distribuye en tradiciones teóricas diversas, lo que dificulta una visión de conjunto orientada a la práctica clínica.

El análisis comparativo de estos modelos facilita la identificación de sus supuestos teóricos, de la función atribuida al síntoma y de las estrategias de intervención asociadas. Esta aproximación contribuye a estructurar el campo y a mejorar la aplicabilidad clínica de los modelos.

El presente estudio propone una revisión sistemática de carácter teórico orientada a integrar estas perspectivas y a ofrecer un marco de comprensión que permita articular la diversidad existente en el ámbito de la terapia sistémica aplicada a los TCA.

1.6. Objetivos

El objetivo general del trabajo consiste en analizar y comparar la conceptualización de los trastornos de la conducta alimentaria desde las principales escuelas de la terapia sistémica.

Los objetivos específicos incluyen el análisis de la conceptualización del trastorno en cada modelo, el examen de la función del síntoma en el sistema familiar, la identificación de estrategias de intervención, la comparación entre enfoques y la exploración de posibles vías de integración teórica y clínica.

1.7. Pregunta de investigación

La pregunta que orienta el estudio se formula del siguiente modo:

¿Cómo conceptualizan las distintas escuelas de la terapia sistémica los trastornos de la conducta alimentaria y qué similitudes y diferencias presentan en la explicación de su origen, mantenimiento e intervención clínica?

2. Marco teórico

2.1. Conceptualización clínica de los TCA

La conceptualización clínica de los trastornos de la conducta alimentaria se ha configurado a partir de la convergencia entre sistemas clasificatorios, investigación empírica y práctica clínica, generando un campo en el que la definición diagnóstica convive con una creciente complejidad etiopatogénica. Los criterios del *DSM-5-TR* proporcionan un marco operativo que facilita la identificación y el diagnóstico diferencial (American Psychiatric Association, 2022), mientras que la experiencia clínica y la investigación amplían esa descripción mediante la incorporación de variables que atraviesan distintos niveles de funcionamiento. En la práctica, la categoría diagnóstica funciona como punto de partida y como lenguaje común, y su utilidad se sostiene cuando se integra en formulaciones que atienden a la singularidad del caso y a su contexto.

Los TCA se describen actualmente como fenómenos multidimensionales en los que interactúan factores biológicos, psicológicos y socioculturales, dando lugar a trayectorias clínicas heterogéneas y a respuestas terapéuticas variables (Treasure et al., 2020). La clínica en el ámbito hispanohablante ha insistido en esta complejidad y ha subrayado la necesidad de integrar dimensiones como la regulación emocional, la identidad, los estilos cognitivos y los patrones interpersonales en la evaluación y la intervención (Espina, 2005; Vázquez & Nieto, 2008). El diagnóstico adquiere así un valor organizador dentro de un marco más amplio que permite comprender la persistencia del trastorno y su resistencia al cambio en determinados contextos.

2.1.1. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se configura como un cuadro clínico caracterizado por la restricción persistente de la ingesta energética, el temor intenso a ganar peso y una alteración significativa en la percepción del propio cuerpo, elementos que se integran en una organización psicológica en la que el control del peso y la alimentación adquiere un valor central. La reducción del peso corporal se acompaña de una valoración sobredimensionada de la figura en la construcción de

la identidad, lo que sitúa el síntoma en un sistema de significados que organiza la experiencia del individuo (Fairburn, 2008).

La clínica distingue subtipos restrictivo y con atracones o purgas, y observa trayectorias evolutivas diversas que oscilan entre episodios acotados y formas de curso prolongado con complicaciones médicas relevantes. La gravedad del trastorno se refleja en su elevada mortalidad y en el impacto funcional que produce, lo que exige una comprensión clínica que permita identificar los procesos que sostienen el problema en el tiempo. La literatura reciente describe la interacción entre factores predisponentes, precipitantes y mantenedores, incluyendo rasgos como el perfeccionismo, dificultades en la regulación emocional y configuraciones interpersonales específicas (Treasure et al., 2020). En el contexto español, se ha señalado la relevancia de la dimensión familiar en etapas evolutivas como la adolescencia, donde los procesos de autonomía e individuación adquieren un peso clínico significativo (Espina & Ortego, 2003).

2.1.2. Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones acompañados de una sensación de pérdida de control, seguidos de conductas compensatorias dirigidas a evitar el aumento de peso. Este patrón cíclico genera un nivel elevado de malestar y se mantiene en el tiempo a través de la interacción entre variables cognitivas, emocionales y conductuales. Las conductas compensatorias introducen una dinámica de control que se integra en la experiencia subjetiva del trastorno y condiciona su evolución clínica.

El peso corporal suele situarse en rangos normativos, lo que puede dificultar su detección y favorecer la cronificación. La preocupación persistente por el peso y la figura configura un sistema de autorregulación inestable en el que se alternan restricción y descontrol. La literatura describe la relevancia de la impulsividad y de las dificultades en la regulación afectiva en la comprensión de este cuadro (Treasure et al., 2020). Desde la práctica clínica en lengua española, se ha destacado el carácter funcional de estas conductas como formas de manejo de estados emocionales intensos, lo que amplía la comprensión del síntoma y orienta la intervención hacia la regulación emocional (Vázquez y Nieto, 2008).

2.2. Modelos explicativos en TCA desde la psicología clínica

El campo de los TCA ha dado lugar a una pluralidad de modelos explicativos que abordan el problema desde distintos niveles de análisis. El modelo cognitivo-conductual ocupa un lugar

central y propone que la sobrevaloración del peso y la figura actúa como núcleo organizador de las conductas de restricción, atracón y compensación (Fairburn, 2008). Este enfoque ha permitido el desarrollo de intervenciones estructuradas con respaldo empírico y constituye una referencia clínica consolidada.

Las aproximaciones centradas en la regulación emocional sitúan las conductas alimentarias disfuncionales como estrategias para manejar estados afectivos intensos, aportando una lectura funcional del síntoma que resulta especialmente relevante en la bulimia nerviosa. Los modelos psicodinámicos exploran la relación entre los TCA y los procesos de identidad, control y conflicto intrapsíquico, y aportan una comprensión de la experiencia subjetiva del trastorno. En la literatura española, distintos manuales han integrado estas perspectivas y han subrayado la necesidad de articular dimensiones individuales y contextuales dentro de la formulación clínica (Vázquez y Nieto, 2008; Espina, 2005).

En las últimas décadas se consolida una orientación integradora que incorpora variables socioculturales, incluyendo los ideales de delgadez y los procesos de socialización, y que reconoce la interacción entre factores individuales y contextuales. Esta orientación sitúa la dimensión relacional en un lugar relevante y abre el campo a enfoques que integran el funcionamiento individual con los sistemas de relación, entre los que la terapia sistémica adquiere una posición destacada (Feixas et al., 2016).

2.3. Fundamentos de la terapia sistémica

2.3.1. Conceptos básicos

La terapia sistémica se fundamenta en una concepción relacional de la psicología que sitúa el foco en los patrones de interacción y en la organización de los sistemas humanos. El concepto de sistema describe un conjunto de elementos interrelacionados cuyas propiedades emergen de la interacción entre sus componentes, lo que permite comprender la conducta en función de su inserción en una red relacional (Ríos González, 2009; Feixas et al., 2016).

La noción de homeostasis describe la tendencia de los sistemas a mantener su equilibrio interno mediante mecanismos de regulación. Este principio permite comprender la persistencia de determinados síntomas en la medida en que participan en la estabilidad del sistema. La causalidad circular introduce una lógica de retroalimentación en la que las conductas se influyen mutuamente, configurando secuencias de interacción que se mantienen en el tiempo. Este marco conceptual amplía el campo clínico y permite intervenir en distintos puntos del sistema sin necesidad de aislar una causa única.

2.3.2. Familia como sistema terapéutico

La familia constituye un sistema relacional central en la comprensión y la intervención en los problemas psicológicos, especialmente en etapas evolutivas tempranas. El análisis sistémico atiende a la organización de las relaciones, a los roles y a los patrones de comunicación que estructuran la vida familiar. Esta perspectiva sitúa el síntoma dentro de un contexto en el que adquiere significado en función de las dinámicas del sistema (Minuchin et al., 1978; Navarro Góngora, 1992).

En los TCA, la implicación de la familia ha mostrado una relevancia clínica significativa, especialmente en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes, donde las intervenciones basadas en la familia han demostrado eficacia (Lock & Le Grange, 2013). La familia se incorpora como agente activo del cambio y participa en la modificación de los patrones que sostienen el problema. La intervención se orienta a promover formas de interacción más flexibles que permitan reducir la función del síntoma dentro del sistema.

2.4. Terapia sistémica aplicada a los TCA

2.4.1. Evolución histórica del enfoque

La aplicación de la terapia sistémica a los TCA se desarrolla en la segunda mitad del siglo XX, en el contexto de la terapia familiar. Los trabajos fundacionales del enfoque estructural y de la escuela de Milán introducen la idea de que los síntomas alimentarios se relacionan con dinámicas familiares específicas (Minuchin et al., 1978; Selvini Palazzoli, 1990). Estas formulaciones establecen una base conceptual que permite comprender el trastorno en términos relacionales y orientan el desarrollo posterior del campo.

La evolución del enfoque incorpora progresivamente una mayor complejidad en la comprensión del fenómeno, integrando hallazgos empíricos y dialogando con otros modelos clínicos. La terapia sistémica se desarrolla hacia formulaciones más flexibles y menos deterministas, que permiten articular la dimensión relacional con otros niveles de análisis (Feixas et al., 2016).

2.4.2. Relevancia clínica actual

En la práctica clínica contemporánea, la terapia sistémica ocupa un lugar relevante en el tratamiento de los TCA, especialmente en la anorexia nerviosa en adolescentes, donde las

intervenciones familiares forman parte de las recomendaciones clínicas (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Esta posición se sustenta en la evidencia acumulada y en la utilidad del enfoque para intervenir en dinámicas relacionales implicadas en el mantenimiento del trastorno.

La relevancia de la mirada sistémica se extiende a su capacidad para ofrecer un marco conceptual que integra la dimensión relacional dentro del análisis clínico. Este marco resulta especialmente útil en casos complejos, donde la persistencia del problema se relaciona con configuraciones interpersonales estables. La integración de la terapia sistémica en modelos multimodales permite abordar los TCA desde una comprensión más amplia que articula dimensiones individuales y contextuales, consolidando su papel dentro de la psicología clínica actual.

3. Método

3.1. Diseño del estudio

El presente trabajo se configura como una revisión sistemática de la literatura de carácter teórico, orientada al análisis comparativo de los principales modelos de la terapia sistémica aplicados a los trastornos de la conducta alimentaria, con especial atención a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El diseño adopta un enfoque cualitativo dirigido a reconstruir, ordenar y contrastar marcos conceptuales, hipótesis explicativas y propuestas clínicas desarrolladas en la literatura especializada. La unidad principal de análisis está constituida por categorías teóricas y clínicas que permiten examinar cómo cada escuela sistémica conceptualiza el síntoma alimentario, qué función le atribuye dentro del sistema familiar y qué estrategias de intervención propone.

Este diseño se inscribe dentro de las revisiones integrativas y teóricas descritas por la literatura metodológica, cuyo propósito consiste en sintetizar conocimiento previo y generar una organización comprensiva de un campo determinado (Grant & Booth, 2009; Snyder, 2019). La orientación elegida resulta especialmente adecuada para el estudio de la terapia sistémica, un ámbito caracterizado por la coexistencia de escuelas con supuestos diferenciados y por una tradición en la que conviven textos fundacionales y desarrollos contemporáneos. Por ello, se integran fuentes clásicas con valor genealógico, junto con literatura reciente que permite valorar la vigencia clínica de los modelos y su reformulación actual. Esta distinción resulta relevante para evitar una lectura desactualizada del campo y para situar cada aportación en el lugar que ocupa dentro de la evolución teórica de la terapia sistémica.

3.2. Estrategia de búsqueda

La presente investigación se desarrolló mediante una revisión sistemática con síntesis narrativa orientada a analizar comparativamente las principales aportaciones de la terapia sistémica al abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Este tipo de revisión permite integrar literatura heterogénea de carácter teórico, clínico y empírico, resultando especialmente adecuada para trabajos centrados en la comparación conceptual entre modelos psicoterapéuticos y en el análisis cualitativo de sus implicaciones clínicas (Snyder, 2019).

La estrategia de búsqueda bibliográfica se diseñó siguiendo las recomendaciones generales de la declaración PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas (Page et al., 2021), adaptando el procedimiento a las características específicas del presente trabajo. El objetivo principal de la búsqueda fue identificar documentos relevantes relacionados con la conceptualización sistémica de los TCA, la función relacional atribuida al síntoma alimentario y las principales estrategias de intervención propuestas desde diferentes escuelas sistémicas.

La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril de 2026 mediante consulta en diversas bases de datos especializadas en psicología y ciencias de la salud: PsycINFO, APA PsycArticles, PubMed/MEDLINE y Scopus. Asimismo, se empleó Google Scholar como fuente complementaria de búsqueda y se utilizaron los recursos electrónicos accesibles a través de la Biblioteca de la Universidad Pontificia Comillas, lo que permitió acceder a publicaciones académicas, manuales clínicos y textos especializados relevantes para los objetivos de la revisión.

Con el fin de ampliar la sensibilidad de la búsqueda y garantizar la inclusión tanto de literatura clásica como contemporánea, se combinaron términos en español e inglés mediante operadores booleanos AND y OR. Se emplearon tanto descriptores generales relacionados con los trastornos alimentarios y la terapia sistémica como términos específicos asociados a determinadas escuelas y autores relevantes dentro del campo.

Entre las principales ecuaciones de búsqueda utilizadas se incluyeron las siguientes:

Tabla 1

Tabla resumen de ecuaciones de búsqueda agrupadas por categorías

| Tipo de búsqueda | Ecuación de búsqueda |
|-----------------------------|--|
| Búsqueda general | ("eating disorders" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa") AND ("family therapy" OR "systemic therapy") |
| Modelos sistémicos clásicos | ("anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa") AND |

| | |
|------------------------------|--|
| | ("structural family therapy" OR "strategic family therapy" OR "Bowen family systems theory" OR "Milan systemic therapy") |
| Publicaciones contemporáneas | ("eating disorders" OR "anorexia nervosa") AND ("family-based treatment" OR FBT OR "systemic intervention" OR "narrative therapy") |
| Búsqueda en castellano | ("trastornos de la conducta alimentaria" OR anorexia OR bulimia) AND ("terapia sistémica" OR "terapia familiar") |

Nota. Elaboración propia.

Además de las búsquedas directas en bases de datos, se realizó una revisión manual de las referencias bibliográficas de diversos textos considerados fundamentales dentro del campo de la terapia sistémica y familiar aplicada a los TCA. Este procedimiento permitió localizar documentos adicionales de relevancia conceptual y clínica que no aparecían necesariamente en las búsquedas iniciales.

Como criterios de inclusión, se seleccionaron documentos publicados en español o inglés entre 1970 y 2025, priorizando aquellos trabajos con relevancia teórica, clínica o empírica para el abordaje sistémico de los TCA. Se incluyeron artículos científicos revisados por pares, revisiones teóricas, manuales clínicos y libros académicos considerados relevantes para la comprensión histórica y contemporánea de los distintos modelos sistémicos.

Por otro lado, se excluyeron aquellos trabajos centrados exclusivamente en aspectos biomédicos, nutricionales o psicopatológicos individuales que no incorporaban formulaciones relacionales, familiares o sistémicas. También fueron descartados documentos duplicados, publicaciones divulgativas sin respaldo académico y textos cuya temática no guardaba relación directa con los objetivos de la presente revisión.

La estrategia inicial de búsqueda permitió identificar un total de 210 registros. Tras la eliminación de documentos duplicados y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión mediante lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 64 textos para evaluación completa. Finalmente, se incluyeron 28 documentos en la síntesis teórica y comparativa final desarrollada en el presente trabajo. El proceso completo de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión documental puede consultarse en el Anexo I mediante el diagrama de flujo PRISMA adaptado a las características de la revisión.

Con el objetivo de sistematizar la información extraída, se elaboró asimismo una matriz comparativa de documentos incluidos (véase Anexo II). Debido a la amplitud y heterogeneidad

del material revisado, dicha matriz recoge únicamente aquellos textos considerados más relevantes para el análisis transversal entre modelos sistémicos, seleccionados en función de su influencia teórica, relevancia clínica y capacidad de representación conceptual dentro de cada escuela terapéutica. Por este motivo, no todos los documentos incluidos en la síntesis narrativa final aparecen reflejados de manera individual en la tabla comparativa.

3.3. Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad se definieron de acuerdo con el carácter teórico del estudio y con los objetivos de la revisión. Se incluyeron artículos teóricos, revisiones conceptuales, revisiones narrativas, capítulos de libro y manuales académicos que abordaran la conceptualización o el tratamiento de los TCA desde una mirada sistémica, así como textos que desarrollaran modelos sistémicos relevantes para su análisis. Se consideraron especialmente pertinentes los trabajos que ofrecieran información sobre la conceptualización del trastorno, la función atribuida al síntoma, las hipótesis explicativas, las estrategias de intervención, el rol del terapeuta y la aplicabilidad clínica del modelo.

Se incluyeron publicaciones en inglés y español, con un rango temporal comprendido entre 1970 y 2025, estableciendo una prioridad clara por literatura posterior a 1990 para asegurar la actualidad del corpus. Las obras anteriores se incorporaron cuando su relevancia fundacional resultaba necesaria para comprender la evolución de las escuelas sistémicas. Se excluyeron documentos divulgativos, textos no académicos y estudios empíricos que carecieran de un marco conceptual explícito. También se excluyeron trabajos sobre TCA que desarrollaran una conceptualización exclusivamente médica, nutricional o individual, al quedar fuera del objetivo central de esta revisión.

3.4. Proceso de selección de estudios

El proceso de selección de los documentos incluidos en la presente revisión se desarrolló siguiendo las directrices generales propuestas por la declaración PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas (Page et al., 2021), adaptando dicho procedimiento al carácter teórico-comparativo del trabajo. El objetivo de este proceso fue garantizar una selección rigurosa y coherente de la literatura analizada, minimizando la inclusión de documentos poco relevantes para la pregunta de investigación planteada.

En una primera fase se realizó la identificación inicial de referencias mediante búsquedas en distintas bases de datos académicas (PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Scopus, APA

PsycArticles y Google Scholar), así como a través de la revisión bibliográfica cruzada de textos considerados fundamentales dentro del campo de la terapia sistémica y los trastornos de la conducta alimentaria. Esta estrategia permitió localizar tanto literatura clásica como publicaciones contemporáneas relevantes para el objeto de estudio.

Posteriormente, todas las referencias identificadas fueron sometidas a un proceso de cribado inicial basado en la lectura de títulos y resúmenes. En esta fase se excluyeron aquellos documentos que abordaban exclusivamente aspectos médicos, nutricionales o psicopatológicos individuales sin incorporar formulaciones relacionales, familiares o sistémicas. Asimismo, se descartaron publicaciones divulgativas, textos sin respaldo académico suficiente y documentos duplicados.

En una segunda fase se llevó a cabo la lectura completa de los textos potencialmente relevantes. La evaluación de elegibilidad se realizó considerando especialmente la pertinencia conceptual de cada documento para los objetivos del trabajo, priorizando aquellos textos que permitieran comprender de manera específica la conceptualización sistémica del síntoma alimentario, la función relacional atribuida al TCA y las estrategias de intervención clínica derivadas de cada modelo.

Debido al carácter teórico y cualitativo de esta revisión, el criterio de selección se basó en la relevancia clínica, el valor histórico de determinados autores y la influencia conceptual de algunas obras dentro del desarrollo de la terapia sistémica aplicada a los TCA. En este sentido, se consideró especialmente importante integrar tanto modelos sistémicos clásicos (como el estructural, estratégico, intergeneracional o el de la escuela de Milán) como propuestas contemporáneas vinculadas a la terapia narrativa y los tratamientos familiares basados en evidencia.

Finalmente, los documentos incluidos fueron organizados en una matriz de extracción de datos elaborada específicamente para esta revisión (véase Anexo II), permitiendo sistematizar la información relevante de cada texto y facilitar el posterior análisis comparativo entre modelos.

3.5. Extracción de datos

La extracción de la información se realizó a partir de los documentos seleccionados tras el proceso de cribado y evaluación de elegibilidad descrito previamente. Dado que el presente trabajo se configura como una revisión sistemática con síntesis narrativa, la extracción se orientó a organizar información conceptual y clínica que permitiera comparar de manera transversal las principales escuelas sistémicas aplicadas a los trastornos de la conducta

alimentaria. Este procedimiento resulta adecuado en revisiones centradas en modelos teóricos, intervenciones psicoterapéuticas y marcos clínicos heterogéneos, donde la síntesis requiere atender tanto al contenido explícito de las fuentes como a la función que dichas fuentes cumplen dentro del campo revisado (Snyder, 2019; Whitemore & Knafl, 2005).

Para sistematizar este proceso, se elaboró una matriz de extracción y comparación documental diseñada específicamente para esta revisión (véase Anexo III). La matriz tuvo como objetivo ordenar los textos principales incluidos en la síntesis comparativa y facilitar el análisis de sus aportaciones en función de categorías comunes. Aunque el diagrama PRISMA recoge 28 documentos incluidos en la síntesis narrativa final, la matriz comparativa se centró en los textos considerados más representativos para el análisis transversal entre modelos sistémicos. Esta decisión permitió trabajar con mayor profundidad sobre las fuentes que articulan el núcleo conceptual del trabajo, evitando una tabla excesivamente extensa y poco funcional.

Las categorías de extracción se definieron de acuerdo con los objetivos de la revisión y con la pregunta de investigación. Se registraron, principalmente, la referencia bibliográfica, la escuela sistémica de pertenencia, la conceptualización del trastorno de la conducta alimentaria, la función atribuida al síntoma y las principales intervenciones terapéuticas descritas. Estas categorías fueron seleccionadas porque permiten responder de forma directa a la pregunta central del estudio: cómo conceptualizan las distintas escuelas sistémicas los TCA y qué similitudes y diferencias presentan en la explicación de su mantenimiento y abordaje clínico.

La categoría “escuela sistémica” permitió situar cada fuente dentro de una tradición teórica concreta, diferenciando entre enfoques estructurales, estratégicos, intergeneracionales, narrativos y desarrollos contemporáneos de terapia familiar basada en la evidencia. Esta clasificación facilitó la organización del material y permitió evitar una lectura indiferenciada de la literatura sistémica. La categoría relativa a la “conceptualización del TCA” recogió la forma en que cada modelo comprende el síntoma alimentario, ya sea como expresión de una estructura familiar, como parte de una secuencia interactiva, como manifestación de procesos transgeneracionales o como construcción narrativa vinculada a la identidad.

Asimismo, la categoría “función del síntoma” permitió analizar el lugar que el TCA ocupa dentro del sistema relacional según cada enfoque. Esta dimensión resultó especialmente importante, ya que uno de los aportes centrales de la terapia sistémica consiste en comprender el síntoma además de por su forma clínica, también por la función que puede desempeñar en un contexto interpersonal determinado. El síntoma alimentario puede participar en la regulación de tensiones familiares, en el mantenimiento de patrones interactivos, en procesos

de diferenciación o en narrativas personales y relacionales asociadas al control, la pertenencia o la identidad.

La categoría “intervenciones terapéuticas” recogió las principales estrategias clínicas derivadas de cada modelo. En ella se incluyeron procedimientos como la reestructuración de límites y jerarquías familiares, la modificación de soluciones intentadas, el uso del genograma, la externalización del problema, la reconstrucción narrativa y la implicación activa de la familia en el tratamiento. Esta categoría permitió conectar la formulación teórica de cada escuela con sus consecuencias prácticas en la intervención clínica, evitando que el análisis quedara limitado a una comparación puramente conceptual.

El proceso de extracción se realizó mediante lectura analítica de los textos seleccionados. En una primera lectura se identificaron las ideas centrales de cada fuente; en una segunda lectura se organizaron dichas ideas dentro de las categorías de la matriz; y, finalmente, se revisó la coherencia interna de la información extraída para asegurar que cada documento estuviera representado de forma ajustada y comparable. Este procedimiento permitió mantener una estructura común entre textos de naturaleza distinta, incluyendo obras fundacionales, manuales clínicos y revisiones contemporáneas.

Además, la matriz de extracción se complementó con una matriz de evaluación conceptual y documental de las fuentes principales (véase Anexo II). Mientras que el Anexo III organiza el contenido clínico y teórico de los textos seleccionados, el Anexo II valora su claridad conceptual, coherencia interna, relevancia clínica, aplicabilidad a los TCA e impacto clínico o relevancia histórica. Ambas matrices cumplen funciones diferentes pero complementarias: la primera permite comparar los modelos, y la segunda justifica la calidad conceptual de las fuentes que sostienen dicha comparación.

Este procedimiento de extracción y organización permitió estructurar los resultados del trabajo en torno a cuatro ejes principales: conceptualización del trastorno, función del síntoma, estrategias de intervención y posición clínica del terapeuta. Estos ejes se mantienen posteriormente en el apartado de resultados y en el análisis comparativo, favoreciendo la continuidad entre método, resultados y discusión. La extracción de datos más allá de una fase técnica del proceso constituyó la base organizadora de la síntesis narrativa desarrollada en el conjunto del trabajo.

3.6. Evaluación de la calidad conceptual

Dadas las características del presente trabajo y su orientación como revisión sistemática con síntesis narrativa, no se consideró pertinente aplicar herramientas de evaluación del riesgo de sesgo diseñadas específicamente para revisiones cuantitativas o meta-análisis, como RoB 2 o ROBINS-I, habitualmente empleadas en estudios experimentales y ensayos clínicos aleatorizados (Higgins et al., 2022). La heterogeneidad metodológica y documental de las fuentes incluidas —compuestas por artículos científicos, manuales clínicos, textos fundacionales de terapia sistémica y literatura contemporánea especializada— requería un procedimiento de valoración adaptado a la naturaleza teórico-clínica de la revisión.

En este sentido, diversos autores han señalado que las revisiones narrativas y las síntesis integrativas precisan estrategias de evaluación acordes con la diversidad epistemológica y metodológica de los materiales analizados, especialmente en campos clínicos y psicoterapéuticos donde convergen desarrollos conceptuales, modelos de intervención y literatura empírica heterogénea (Snyder, 2019; Whitemore & Knafl, 2005). La calidad de las fuentes depende del diseño metodológico de los estudios y además de su coherencia teórica, relevancia clínica, capacidad explicativa y contribución al desarrollo conceptual del campo.

Con el objetivo de aumentar la transparencia metodológica y sistematizar el proceso de valoración de las fuentes seleccionadas, se elaboró una matriz de evaluación conceptual y documental específica para la presente revisión (véase Anexo II). Esta matriz se aplicó a los principales textos incluidos en la síntesis comparativa, considerados especialmente representativos por su influencia histórica, relevancia clínica y capacidad de articulación teórica dentro de los distintos modelos sistémicos analizados.

La valoración de los documentos se realizó atendiendo a cinco criterios principales: claridad conceptual, coherencia interna, relevancia clínica, aplicabilidad al abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria e impacto clínico y relevancia histórica. La categoría de claridad conceptual hizo referencia al grado de precisión y desarrollo teórico presente en cada obra, mientras que la coherencia interna valoró la consistencia entre los postulados teóricos, la conceptualización del síntoma y las propuestas de intervención planteadas por los autores.

Por su parte, la relevancia clínica y la aplicabilidad a los TCA permitieron valorar el nivel de utilidad práctica de cada texto para la comprensión e intervención terapéutica en pacientes con trastornos alimentarios y sus familias. Finalmente, la categoría denominada impacto clínico y relevancia histórica integró tanto la influencia genealógica de los textos clásicos dentro del desarrollo de la terapia sistémica como la vigencia clínica y el respaldo contemporáneo de las propuestas más actuales. Este criterio permitió valorar de manera conjunta obras fundacionales

de elevada influencia histórica, como las de Minuchin, Bowen o Selvini Palazzoli, junto con modelos contemporáneos basados en evidencia empírica, como el Family-Based Treatment desarrollado por Lock y Le Grange.

La evaluación documental se realizó mediante criterios cualitativos de valoración categorial (alta, media o baja), definidos previamente para favorecer la coherencia del proceso analítico y reducir la arbitrariedad interpretativa. Los documentos clasificados con valoración alta fueron aquellos que presentaban una formulación conceptual sólida, elevada relevancia clínica y una contribución significativa al desarrollo histórico o contemporáneo de la terapia sistémica aplicada a los TCA. Las valoraciones medias correspondieron a textos con relevancia parcial o aplicabilidad indirecta al abordaje específico de los trastornos alimentarios, aunque con aportaciones conceptuales relevantes para el campo sistémico.

Este procedimiento permitió incorporar una dimensión crítica y reflexiva al análisis de las fuentes seleccionadas, favoreciendo una lectura comparativa más organizada y coherente entre modelos terapéuticos. Asimismo, contribuyó a reforzar la trazabilidad metodológica de la revisión y a justificar la selección de los principales textos incluidos en la síntesis narrativa desarrollada en el presente trabajo.

3.7. Estrategia de síntesis

La síntesis de la información se llevó a cabo mediante una estrategia narrativa y comparativa, adecuada para el carácter teórico-clínico de la presente revisión. Dado que los documentos incluidos presentaban una elevada heterogeneidad en cuanto a tipo de fuente, enfoque epistemológico, periodo histórico, grado de especificidad sobre TCA y orientación terapéutica, no se consideró pertinente realizar una síntesis cuantitativa ni un metaanálisis. Este tipo de procedimientos exige habitualmente estudios primarios suficientemente homogéneos en diseño, población, intervención, comparador y resultados, condiciones que no se daban en el corpus analizado (Higgins et al., 2022). En este trabajo, el interés principal se situó en organizar, comparar e interpretar las aportaciones conceptuales y clínicas de distintas escuelas sistémicas.

La elección de una síntesis narrativa respondió, por tanto, a la naturaleza de la pregunta de investigación. El objetivo del estudio, a diferencia de estudios más cuantitativos centrados en la eficacia de ciertas intervenciones, fue analizar cómo las principales escuelas de la terapia sistémica conceptualizan los trastornos de la conducta alimentaria, qué función atribuyen al síntoma alimentario y qué propuestas de intervención derivan de dichas formulaciones. Las

revisiones con síntesis narrativa permiten precisamente integrar fuentes heterogéneas, reconstruir líneas de desarrollo teórico y establecer relaciones entre modelos, siempre que el proceso de selección, extracción y organización de la información se haga explícito y trazable (Snyder, 2019; Whitemore & Knafl, 2005).

La síntesis se desarrolló a partir de la información organizada previamente en la matriz comparativa de documentos incluidos (Anexo III) y de la evaluación conceptual y documental de las fuentes principales (Anexo II). La primera matriz permitió ordenar las aportaciones centrales de cada texto en torno a categorías comunes, mientras que la segunda facilitó valorar la solidez conceptual, la relevancia clínica y la pertinencia documental de las fuentes utilizadas. De este modo, la síntesis se elaboró mediante un proceso progresivo de selección, extracción, comparación e integración de contenidos.

El análisis se organizó en torno a varios ejes transversales definidos previamente: conceptualización del TCA, función atribuida al síntoma, estrategias de intervención, posición clínica del terapeuta e implicaciones para la formulación del caso. Estos ejes permitieron comparar textos y modelos de naturaleza diferente sin perder la especificidad de cada escuela. Así, el enfoque estructural fue analizado atendiendo a su comprensión de la organización familiar, los límites y las jerarquías; el enfoque estratégico, a partir de las secuencias de interacción y las soluciones intentadas; el modelo intergeneracional, en relación con los procesos de diferenciación y transmisión familiar; y el enfoque narrativo, desde la construcción de significados, identidad y externalización del problema.

Durante el proceso de síntesis se prestó especial atención a la distinción entre fuentes clásicas y literatura contemporánea. Los textos fundacionales fueron utilizados principalmente por su valor genealógico y por su influencia en la constitución histórica de la terapia sistémica aplicada a los TCA. Por su parte, los documentos contemporáneos permitieron matizar algunas formulaciones clásicas, actualizar su alcance clínico y situarlas en diálogo con modelos actuales de intervención familiar y con recomendaciones basadas en la evidencia. Esta distinción resultó necesaria para evitar una lectura descontextualizada de los modelos clásicos y, al mismo tiempo, conservar su valor conceptual dentro del desarrollo del campo.

La comparación entre modelos se orientó también a identificar las implicaciones clínicas de cada enfoque. En lugar de limitarse a resumir conceptos teóricos, la síntesis trató de vincular cada formulación con sus consecuencias prácticas para la intervención. Por ello, se analizó cómo cada escuela orienta la mirada clínica, qué aspectos del sistema familiar o relacional prioriza y qué tipo de cambio terapéutico propone. Esta dimensión resultó especialmente

importante para mantener la conexión entre la revisión teórica y el ámbito de la psicología sanitaria.

El procedimiento de síntesis permitió además construir una propuesta integradora, desarrollada posteriormente en el análisis comparativo, en la que los distintos modelos sistémicos se entienden como lentes clínicas complementarias. Según esta lógica, cada enfoque aporta un nivel de análisis específico: la estructura familiar, las secuencias de interacción, la historia transgeneracional, la construcción narrativa y la implicación familiar basada en evidencia. Esta organización permite comprender los TCA desde una formulación amplia, en la que la conducta alimentaria se sitúa en relación con dimensiones individuales, familiares, históricas y simbólicas.

En resumen, la estrategia de síntesis narrativa permitió integrar literatura clásica y contemporánea, ordenar un campo teóricamente diverso y extraer implicaciones clínicas útiles para la comprensión sistémica de los TCA. La combinación del diagrama PRISMA, la matriz comparativa, la evaluación conceptual de las fuentes y el análisis narrativo-comparativo permitió dotar al trabajo de una estructura metodológica transparente, compatible con la naturaleza teórica de la revisión y con los objetivos clínicos del estudio.

4. Resultados

Antes de comenzar a desarrollar de manera detallada cada uno de los modelos sistémicos incluidos en la revisión, se presenta una síntesis comparativa de sus principales ejes conceptuales y clínicos. Esta organización permite visualizar de forma transversal las diferencias y convergencias entre enfoques en relación con la conceptualización de los TCA, la función atribuida al síntoma, las estrategias de intervención y la posición terapéutica adoptada en cada modelo. La tabla que se visualiza a continuación pretende ofrecer un marco general que facilite la lectura comparativa de los resultados desarrollados en los apartados siguientes.

Tabla 2

Síntesis comparativa de los principales modelos sistémicos aplicados a los TCA

| Modelo sistémico | Conceptualización del TCA | Función del síntoma | Estrategias de intervención | Rol del terapeuta |
|-------------------------|---|---|--|--------------------------|
| Estructural | El síntoma se vincula a la organización familiar, especialmente límites, jerarquías e | Regulación de tensiones y estabilidad del sistema familiar. | Reestructuración familiar, modificación de límites y fortalecimiento parental. | Activo y directivo. |

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|
| Estratégico | implicación emocional. El problema se mantiene mediante secuencias repetitivas y soluciones intentadas ineficaces. | Organización de patrones comunicacionales disfuncionales. | Interrupción de secuencias, redefinición del problema y tareas terapéuticas. | Directivo y focalizado en el cambio. |
| Intergeneracional | El síntoma se relaciona con procesos de diferenciación y transmisión familiar de patrones. | Regulación de ansiedad y dificultades de autonomía emocional. | Genograma, exploración transgeneracional y diferenciación del self. | Reflexivo y analítico. |
| Constructivista/narrativo | El TCA se integra en narrativas sobre identidad, cuerpo y control. | Organización de significados e identidad en torno al síntoma. | Externalización, reconstrucción narrativa y relatos alternativos. | Colaborativo y dialógico. |

Nota. Elaboración propia.

4.1. Enfoque estructural

4.1.1. Conceptualización del trastorno

El enfoque estructural, desarrollado principalmente por Salvador Minuchin, sitúa los trastornos de la conducta alimentaria dentro de la organización relacional de la familia, prestando especial atención a la configuración de límites, jerarquías, alianzas y funciones entre subsistemas. La anorexia nerviosa se comprende como un síntoma inserto en determinadas formas de funcionamiento familiar, particularmente en contextos caracterizados por elevada implicación emocional, rigidez organizativa o dificultades para favorecer procesos de autonomía durante la adolescencia (Minuchin et al., 1978). En *Psychosomatic Families*, Minuchin, Rosman y Baker describieron patrones familiares frecuentes en pacientes con anorexia nerviosa, entre ellos el enmarañamiento, la sobreprotección, la evitación del conflicto y la rigidez estructural, formulando una de las primeras aproximaciones sistémicas específicas al trastorno.

La relevancia de esta formulación dentro del presente trabajo es fundamentalmente histórica y genealógica, ya que contribuyó a desplazar la comprensión de la anorexia desde modelos exclusivamente intrapsíquicos hacia una lectura relacional del síntoma. No obstante, las conceptualizaciones contemporáneas de los TCA se sitúan actualmente dentro de marcos etiológicos multifactoriales en los que interactúan variables biológicas, psicológicas, emocionales, familiares y socioculturales (Treasure et al., 2020). En este sentido, los

desarrollos sistémicos actuales tienden a conservar la utilidad clínica de la observación familiar evitando formulaciones lineales o culpabilizadoras respecto al origen del trastorno.

En el ámbito hispanohablante, autores como Espina y Ortego (2003) han retomado parte de la tradición estructural subrayando la importancia de analizar las dinámicas familiares implicadas en el mantenimiento del problema sin convertir a la familia en causa exclusiva del mismo. Esta reformulación resulta especialmente relevante en el trabajo clínico contemporáneo, donde la implicación familiar se entiende como un recurso terapéutico central dentro de abordajes multidisciplinares. Del mismo modo, Feixas et al. (2016) señalan que la perspectiva sistémica permite comprender cómo determinados patrones relacionales pueden influir en la evolución del síntoma alimentario, particularmente en momentos evolutivos donde las tensiones entre dependencia, autonomía y regulación emocional adquieren una especial intensidad.

La conceptualización estructural de los TCA conserva así interés clínico en la medida en que ofrece herramientas para observar cómo el síntoma puede quedar integrado en formas específicas de organización familiar. Su aportación no reside tanto en explicar causalmente la aparición del trastorno como en permitir una lectura relacional de los procesos que participan en su mantenimiento y en las posibilidades de cambio terapéutico.

4.1.2. Función del síntoma en el sistema familiar

Dentro del enfoque estructural, el síntoma alimentario se entiende como un elemento integrado en la organización relacional de la familia, participando en la regulación de tensiones, jerarquías y formas de funcionamiento del sistema. Minuchin et al. (1978) describieron cómo, en determinadas configuraciones familiares, la anorexia nerviosa podía adquirir una función estabilizadora al concentrar la atención del sistema y desplazar conflictos relacionales o evolutivos que resultaban difíciles de afrontar directamente. Aquí el síntoma se interpreta también como parte de una dinámica interpersonal más amplia.

Uno de los conceptos centrales desarrollados por el modelo estructural es el de enmarañamiento, utilizado para describir familias con límites difusos y elevada implicación emocional entre sus miembros. En estos contextos, las dificultades para favorecer procesos de autonomía e individuación pueden intensificarse especialmente durante la adolescencia, etapa en la que la reorganización de los vínculos familiares adquiere una relevancia central. Minuchin et al. (1978) observaron que, en algunas familias con pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa, el síntoma parecía bloquear procesos de separación y reorganizar temporalmente la

vida familiar en torno al cuidado, el control de la alimentación y la preocupación por el estado físico de la paciente.

La Escuela de Milán también incorporó una lectura funcional del síntoma alimentario, aunque desde una lógica más centrada en la comunicación y en los juegos relacionales del sistema familiar. Selvini Palazzoli (1988) planteó que la anorexia podía participar en dinámicas familiares rígidas donde el síntoma adquiriría un valor comunicacional y regulador dentro de las relaciones entre generaciones. Aunque algunas de estas formulaciones clásicas han sido posteriormente revisadas por su tendencia a sobredimensionar el peso causal de la familia, continúan teniendo interés clínico en la medida en que permiten analizar cómo determinadas respuestas familiares pueden contribuir involuntariamente al mantenimiento del problema.

Las formulaciones contemporáneas tienden a integrar esta comprensión relacional dentro de modelos multifactoriales más amplios. Lock y Le Grange (2013), desde el tratamiento basado en la familia, señalan que la participación de la familia resulta fundamental en la recuperación de la anorexia nerviosa adolescente, aunque evitando interpretaciones culpabilizadoras sobre el origen del trastorno. Del mismo modo, Gorrell et al. (2019) destacan que las respuestas familiares al síntoma pueden influir tanto en el mantenimiento como en la mejoría clínica, especialmente en relación con la regulación de la alimentación, la ansiedad y las dinámicas de acomodación familiar al trastorno.

En el contexto español, autores como Feixas et al. (2016), Ríos González (2009) y Espina y Ortego (2003) coinciden en subrayar la necesidad de trabajar con la familia desde una posición colaborativa, entendiendo el sistema familiar como contexto de intervención y apoyo terapéutico. Esta visión permite conservar la utilidad clínica del análisis sistémico sin reducir la complejidad etiológica de los TCA a explicaciones exclusivamente familiares. La función del síntoma se comprende así como parte de un entramado relacional más amplio, en interacción constante con factores emocionales, evolutivos, culturales y biológicos.

4.1.3. Estrategias de intervención

Las intervenciones derivadas del enfoque estructural se orientan a modificar la organización relacional de la familia, especialmente en lo relativo a límites, jerarquías y patrones de interacción entre subsistemas. El objetivo terapéutico, además de procurar la desaparición del síntoma alimentario, busca favorecer formas de funcionamiento familiar más flexibles,

diferenciadas y adaptadas al momento evolutivo del paciente. Minuchin et al. (1978) plantearon que la intervención debía dirigirse a alterar las secuencias relacionales que mantenían la rigidez del sistema, promoviendo una reorganización progresiva de las dinámicas familiares en torno al conflicto, la autonomía y el cuidado.

Para ello, el terapeuta trabaja activamente con la familia en sesión, observando las interacciones en tiempo real e introduciendo modificaciones dirigidas a alterar las pautas habituales de relación. Entre las técnicas más representativas del modelo estructural se encuentran la escenificación de interacciones familiares, la clarificación de roles, la modificación de alianzas disfuncionales, el fortalecimiento del subsistema parental y el reajuste de límites entre generaciones. Estas intervenciones buscan disminuir la centralidad organizadora del síntoma dentro del sistema familiar y favorecer modos de relación menos centrados en el control de la alimentación, el peso o la vigilancia constante de la conducta del paciente.

En el ámbito específico de los TCA, este enfoque resulta especialmente relevante cuando la vida familiar ha quedado progresivamente organizada alrededor del trastorno. Minuchin et al. (1978) describieron cómo, en algunas familias, las comidas, el peso corporal y la supervisión alimentaria terminaban ocupando gran parte del espacio relacional y emocional del sistema, dificultando otros procesos evolutivos y comunicacionales. Desde esta lectura, la intervención estructural pretende ampliar el repertorio relacional de la familia y reducir la función reguladora que el síntoma ha adquirido dentro de las dinámicas familiares.

La influencia del modelo estructural puede observarse también en desarrollos contemporáneos de terapia familiar para la anorexia nerviosa. El tratamiento basado en la familia propuesto por Lock y Le Grange (2013) mantiene algunos elementos compatibles con la tradición estructural, especialmente en la implicación activa de los padres en la recuperación nutricional y en la reorganización progresiva de la autonomía adolescente. Aunque este modelo se apoya actualmente en evidencia empírica y adopta formulaciones menos interpretativas sobre la función familiar del síntoma, conserva la idea de que la familia constituye un recurso terapéutico central durante las fases iniciales del tratamiento. Gorrell et al. (2019) señalan igualmente que la participación familiar puede contribuir a reducir conductas de acomodación al trastorno y facilitar cambios conductuales y emocionales relevantes en el proceso de recuperación.

En la literatura sistémica en castellano, diversos autores han incorporado los principios estructurales dentro de formulaciones clínicas más integradoras. Navarro Góngora (1992) destaca la utilidad de intervenir sobre las pautas relacionales que mantienen el problema, mientras que Moreno Fernández (2014) subraya la importancia de adaptar las estrategias

sistémicas a las características específicas de cada familia y al momento evolutivo del paciente. Esta orientación resulta especialmente relevante en el tratamiento de los TCA, donde la intervención familiar necesita combinar contención, flexibilidad y sensibilidad clínica ante la gravedad física y emocional del trastorno.

4.1.4. Rol del terapeuta

Dentro del enfoque estructural, el terapeuta adopta una posición activa y directiva, orientada a intervenir sobre la organización relacional de la familia y sobre las dinámicas que participan en el mantenimiento del síntoma. Minuchin et al. (1978) describen al terapeuta como una figura que entra temporalmente en el sistema familiar con el objetivo de comprender su funcionamiento desde dentro y promover modificaciones en las pautas de interacción. Esta posición implica observar las relaciones entre subsistemas, identificar límites excesivamente difusos o rígidos y detectar alianzas o secuencias relacionales que dificultan procesos evolutivos de autonomía y diferenciación.

La intervención estructural exige una implicación clínica elevada, ya que el terapeuta trabaja directamente sobre las interacciones familiares presentes en sesión. A través de la escenificación de secuencias relacionales, la redefinición de posiciones familiares o la introducción de nuevas formas de comunicación, el terapeuta trata de favorecer configuraciones más flexibles y menos organizadas alrededor del síntoma alimentario, facilitando experiencias relacionales distintas que permitan modificar la estructura del sistema. En el tratamiento de los TCA, esta posición terapéutica puede resultar especialmente útil cuando la familia se encuentra atrapada en patrones repetitivos de vigilancia, confrontación o ansiedad en torno a la alimentación. Lock y Le Grange (2013) señalan que, en fases iniciales de la anorexia nerviosa adolescente, la intervención familiar requiere frecuentemente una actitud terapéutica activa y estructurada, capaz de contener la desorganización asociada al trastorno y de ayudar a los padres a recuperar una posición de apoyo y liderazgo frente al síntoma. Del mismo modo, Gorrell et al. (2019) destacan que la implicación terapéutica de la familia resulta más efectiva cuando se mantiene una alianza clínica sólida y no culpabilizadora. Las formulaciones sistémicas contemporáneas han matizado algunos aspectos clásicos de la directividad estructural, incorporando una mayor sensibilidad hacia la experiencia subjetiva del paciente y hacia la complejidad multifactorial de los TCA. En la literatura española, Feixas et al. (2016) subrayan que la intervención sistémica requiere adaptar continuamente la posición terapéutica a las características concretas del sistema familiar, mientras que Moreno Fernández

(2014) destaca la importancia de combinar dirección clínica y flexibilidad relacional. Desde este modelo, el terapeuta ocupa una posición organizadora que facilita nuevas formas de relación y colaboración dentro del sistema familiar.

Su aplicación contemporánea tiende a desarrollarse dentro de modelos integradores y multidisciplinarios, en los que la intervención familiar se articula con el abordaje médico, nutricional y psicológico individual del paciente.

4.2. Enfoque estratégico

4.2.1. Conceptualización del trastorno

El enfoque estratégico, desarrollado a partir de los trabajos de Jay Haley y de la tradición de la terapia breve del Mental Research Institute, conceptualiza los trastornos de la conducta alimentaria desde las secuencias de interacción que contribuyen a mantener el problema en el presente. A diferencia de modelos centrados en la estructura familiar o en los procesos transgeneracionales, el modelo estratégico, sitúa el foco clínico en las respuestas actuales del sistema y en los intentos de solución que terminan reforzando el síntoma (Haley, 1976; Watzlawick et al., 1974). Desde esta lógica, el interés terapéutico se centra en identificar los patrones relacionales y comunicacionales que bloquean el cambio y perpetúan el problema.

Watzlawick et al. (1974) describieron cómo determinadas soluciones intentadas pueden convertirse en parte del propio mantenimiento del síntoma, especialmente cuando las respuestas familiares aumentan progresivamente el control, la confrontación o la vigilancia sobre la conducta problemática. Aplicado a los TCA, este planteamiento resulta especialmente relevante en dinámicas donde las discusiones constantes sobre la alimentación, la supervisión reiterada del peso o los intentos insistentes de persuadir racionalmente al paciente terminan intensificando la resistencia y consolidando la centralidad del trastorno dentro de la vida familiar. El síntoma alimentario se comprende así como parte de una secuencia circular de acciones y reacciones que organiza la interacción entre los miembros del sistema.

Dentro de esta tradición, la Escuela de Milán desarrolló una de las primeras aproximaciones específicamente sistémicas a la anorexia nerviosa. Selvini Palazzoli (1988) analizó el síntoma alimentario en relación con dinámicas familiares rígidas, paradojas comunicacionales y juegos relacionales donde el control y la ambivalencia ocupaban un lugar central. Sus formulaciones describían familias caracterizadas por elevada implicación emocional y por patrones de interacción que dificultaban la autonomía del paciente. Aunque estas propuestas fueron posteriormente revisadas por su tendencia a establecer asociaciones demasiado directas entre

dinámica familiar y desarrollo del trastorno, continúan teniendo valor histórico y clínico dentro de la evolución del pensamiento sistémico aplicado a los TCA.

La tradición estratégica y sistémica breve en lengua española retomó posteriormente muchas de estas formulaciones desde una posición más pragmática y menos centrada en interpretaciones causales. Rodríguez Morejón y Beyebach (1994) desarrollan ampliamente la noción de soluciones intentadas y destacan la utilidad de intervenir sobre secuencias repetitivas que mantienen el problema activo. En una línea similar, Ríos González (2009) y Navarro Góngora (1992) subrayan que numerosos problemas familiares tienden a estabilizarse mediante respuestas rígidas y repetitivas que reducen progresivamente la flexibilidad del sistema relacional.

Las conceptualizaciones contemporáneas de los TCA han incorporado estas aportaciones estratégicas dentro de marcos multifactoriales más amplios, evitando formulaciones lineales sobre el origen familiar del trastorno. En este contexto, la principal aportación del enfoque estratégico reside en ofrecer herramientas para comprender cómo determinadas respuestas relacionales (particularmente aquellas organizadas en torno al control, la evitación o la confrontación) pueden contribuir involuntariamente al mantenimiento del síntoma alimentario. Su valor clínico se sitúa, por tanto, en el análisis de los procesos interactivos presentes y en la posibilidad de intervenir sobre las dinámicas que dificultan el cambio terapéutico.

4.2.2. Función del síntoma

Dentro del enfoque estratégico, el síntoma alimentario adquiere significado en relación con las secuencias de interacción en las que se mantiene inserto, funcionando como un elemento que organiza la comunicación familiar y regula las respuestas de los miembros del sistema. En este planteamiento, la anorexia o la bulimia nerviosas se comprenden más allá de expresiones individuales de malestar, como problemas que se estabilizan a través de patrones repetitivos de acción y reacción entre el paciente y su entorno relacional (Haley, 1976; Watzlawick et al., 1974).

La noción de soluciones intentadas constituye uno de los conceptos centrales del modelo estratégico. Watzlawick et al. (1974) plantearon que muchas conductas desarrolladas para resolver un problema pueden terminar reforzándolo cuando se aplican de forma rígida y reiterada. En el ámbito de los TCA, esta formulación permite comprender cómo determinadas respuestas familiares aparentemente orientadas al cuidado (como el incremento progresivo del control sobre la alimentación, la supervisión constante, la presión para comer o las discusiones

repetidas durante las comidas) pueden intensificar la resistencia del paciente y consolidar el síntoma dentro de la dinámica familiar. El problema según este enfoque reside también en el circuito relacional que se organiza alrededor de la conducta alimentaria alterada.

Haley (1976) subrayó especialmente la importancia de analizar las secuencias presentes de interacción y los mecanismos mediante los cuales las familias intentan recuperar el control de situaciones percibidas como amenazantes. En muchos casos, estas respuestas terminan generando escaladas relacionales donde la preocupación familiar aumenta la oposición del paciente y la oposición incrementa, a su vez, la necesidad de control del entorno. El síntoma alimentario pasa así a ocupar una función organizadora dentro del sistema, estructurando la comunicación familiar y desplazando otros conflictos o tensiones relacionales.

La Escuela de Milán desarrolló esta comprensión estratégica incorporando una lectura más centrada en las paradojas comunicacionales y en los juegos familiares asociados al síntoma. Selvini Palazzoli (1988) describió cómo la anorexia nerviosa podía funcionar como una forma de regulación relacional dentro de sistemas familiares caracterizados por elevado control interpersonal, alianzas rígidas y dificultades en los procesos de autonomía. Aunque algunas de estas formulaciones han sido posteriormente matizadas por su tendencia a interpretar la dinámica familiar como núcleo central del trastorno, continúan siendo relevantes por haber introducido una comprensión circular del mantenimiento del síntoma alimentario.

En la literatura sistémica española, Rodríguez Morejón y Beyebach (1994) retoman la noción de soluciones intentadas para explicar cómo determinados problemas familiares persisten precisamente debido a los esfuerzos repetidos por resolverlos. Ríos González (2009) y Navarro Góngora (1992) coinciden igualmente en señalar que muchas dinámicas familiares terminan organizándose alrededor del síntoma, reduciendo progresivamente la flexibilidad del sistema y dificultando la aparición de respuestas alternativas. El mantenimiento del TCA se comprende como un proceso circular en el que síntoma y respuestas familiares se retroalimentan mutuamente.

La principal aportación clínica del enfoque estratégico reside, por tanto, en permitir una lectura dinámica del problema centrada en las interacciones presentes y en los mecanismos relacionales que sostienen el trastorno. Esta formulación facilita comprender cómo determinadas respuestas familiares motivadas por la preocupación y el intento de ayuda pueden terminar consolidando involuntariamente la persistencia del síntoma alimentario.

4.2.3. Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención desarrolladas desde el enfoque estratégico se orientan a modificar las secuencias de interacción que contribuyen al mantenimiento del problema, prestando especial atención a las respuestas repetitivas que han terminado estabilizando el síntoma dentro del sistema familiar. A diferencia de modelos centrados en la exploración histórica o en la reorganización estructural de la familia, la terapia estratégica dirige su intervención hacia el presente y hacia aquellos patrones comunicacionales que bloquean el cambio terapéutico (Haley, 1976; Watzlawick et al., 1974).

Entre las técnicas más representativas de este enfoque se encuentran la redefinición del problema, la prescripción de tareas, la modificación de soluciones intentadas y, en algunas formulaciones clásicas, el uso de intervenciones paradójicas. Haley (1976) defendía que el cambio terapéutico requería introducir alteraciones concretas en la organización de las interacciones familiares, especialmente cuando las respuestas habituales del sistema habían quedado atrapadas en dinámicas repetitivas e ineficaces. Por tanto, el objetivo principal de la intervención consiste en interrumpir los circuitos relacionales que mantienen activo el problema y favorecer respuestas alternativas más funcionales.

En el ámbito de los TCA, las intervenciones estratégicas pueden orientarse a modificar dinámicas de control, confrontación, evitación o acomodación familiar en torno a la alimentación. Watzlawick et al. (1974) señalaron que muchos problemas persisten precisamente debido a los esfuerzos reiterados por resolverlos, cuestión especialmente visible en familias donde las discusiones constantes sobre la comida, la supervisión excesiva o la insistencia racional terminan reforzando la oposición y la resistencia del paciente. La intervención terapéutica trata entonces de introducir cambios específicos en estas secuencias, ayudando a la familia a abandonar respuestas que, aun motivadas por la preocupación y el deseo de ayuda, contribuyen involuntariamente a mantener el síntoma.

La Escuela de Milán incorporó además estrategias dirigidas a modificar los juegos relacionales y las paradojas comunicacionales asociadas a la anorexia nerviosa. Selvini Palazzoli (1988) desarrolló intervenciones orientadas a alterar las dinámicas rígidas de control y ambivalencia presentes en algunas familias, utilizando procedimientos que buscaban introducir nuevas posiciones relacionales dentro del sistema. Aunque parte de estas técnicas clásicas han sido posteriormente revisadas y utilizadas con mayor cautela clínica, contribuyeron a consolidar una lectura sistémica de la intervención centrada en la modificación de las secuencias interaccionales presentes.

En la tradición sistémica breve española, Rodríguez Morejón y Beyebach (1994) destacan la importancia de intervenir sobre las soluciones intentadas y sobre las pautas repetitivas que impiden la aparición de cambios espontáneos dentro del sistema. Del mismo modo, Ríos González (2009) subraya que muchas familias organizan progresivamente su funcionamiento alrededor del problema, reduciendo su flexibilidad relacional y aumentando la dependencia respecto al síntoma. La intervención estratégica busca ampliar el repertorio de respuestas familiares y favorecer dinámicas menos centradas en el control y la confrontación.

Las formulaciones contemporáneas tienden a integrar estas aportaciones estratégicas dentro de abordajes clínicos más amplios y multidisciplinarios. En casos de elevada gravedad médica, deterioro físico importante o fuerte identificación del paciente con el trastorno, la intervención sistémica necesita articularse con tratamiento médico, apoyo nutricional y trabajo psicológico individual. En este contexto, la principal utilidad clínica del enfoque estratégico reside en su capacidad para identificar con precisión las dinámicas interaccionales que mantienen activo el circuito sintomático y para introducir modificaciones concretas que favorezcan procesos de cambio dentro del sistema familiar.

4.2.4. Rol del terapeuta

En el enfoque estratégico, el terapeuta adopta una posición activa, directiva y orientada a la resolución de problemas, centrandó su intervención en la identificación de las secuencias relacionales que mantienen el síntoma y en el diseño de estrategias destinadas a modificarlas. Haley (1976) planteaba que la función terapéutica consistía en intervenir sobre las dinámicas actuales del sistema familiar, prestando especial atención a las conductas repetitivas y a las soluciones intentadas que contribuyen involuntariamente al mantenimiento del problema. Se concibe entonces que el cambio terapéutico depende de la capacidad para introducir alteraciones concretas en los patrones de interacción presentes.

Watzlawick et al. (1974) subrayaron igualmente la importancia de observar cómo determinadas respuestas familiares pueden reforzar el circuito sintomático, especialmente cuando el control, la confrontación o la vigilancia se intensifican progresivamente ante la persistencia del trastorno. En los TCA, esta posición terapéutica puede resultar útil para desbloquear dinámicas familiares rígidas organizadas alrededor de la alimentación, ayudando a la familia a abandonar respuestas que, aun motivadas por la preocupación, terminan consolidando el problema.

La Escuela de Milán incorporó una visión estratégica del rol terapéutico centrada en la observación de las paradojas comunicacionales y de los juegos relacionales presentes en el

sistema familiar. Selvini Palazzoli (1988) describió intervenciones orientadas a alterar secuencias rígidas de interacción y a introducir nuevas posiciones dentro de la dinámica familiar, especialmente en familias donde el síntoma alimentario había adquirido una función organizadora relevante.

En la literatura sistémica española, Rodríguez Morejón y Beyebach (1994) destacan la necesidad de mantener una intervención focalizada en el cambio, aunque ajustada a los recursos y características concretas del sistema familiar. Del mismo modo, Ríos González (2009) señala que la directividad terapéutica requiere suficiente flexibilidad clínica para adaptarse a la complejidad emocional y relacional de cada caso. En este sentido, las formulaciones contemporáneas tienden a integrar la tradición estratégica dentro de abordajes más amplios y multidisciplinarios, especialmente en el tratamiento de los TCA, donde la intervención familiar necesita articularse con la gravedad médica, la dimensión identitaria del síntoma y la experiencia subjetiva del paciente.

4.3. Enfoque intergeneracional

4.3.1. Conceptualización del trastorno

El enfoque intergeneracional, desarrollado principalmente por Murray Bowen, propone una comprensión de los trastornos psicológicos vinculada a los procesos de diferenciación del *self* y a los patrones relacionales transmitidos entre generaciones. Los TCA pueden conceptualizarse como manifestaciones de dificultades en la regulación de la autonomía emocional dentro del sistema familiar, especialmente en contextos caracterizados por elevada fusión emocional, triangulaciones persistentes o dificultades para gestionar la separación y la individuación de sus miembros (Bowen, 1978).

La principal aportación del modelo de Bowen al estudio de los TCA reside en ampliar el marco temporal de análisis y situar el síntoma dentro de una historia familiar más extensa. En lugar de centrarse exclusivamente en las interacciones presentes, el enfoque intergeneracional explora cómo determinadas formas de relación, regulación emocional y afrontamiento del conflicto pueden reproducirse a lo largo de varias generaciones. Desde esta lógica, el síntoma alimentario puede adquirir significado en relación con dinámicas familiares vinculadas a la dependencia emocional, la ansiedad relacional o las dificultades para sostener procesos de autonomía en etapas evolutivas de cambio.

Uno de los conceptos centrales del modelo es el de diferenciación del *self*, entendido como la capacidad de mantener una posición emocional propia sin quedar absorbido por las tensiones

del sistema familiar. Bowen (1978) planteó que niveles bajos de diferenciación pueden favorecer respuestas emocionales intensas y patrones relacionales rígidos, especialmente en familias donde la ansiedad circula de forma persistente entre los miembros. Aplicado a los TCA, este marco permite comprender cómo determinadas dificultades en la gestión de la autonomía y la separación pueden expresarse a través del cuerpo y de la conducta alimentaria. El uso clínico del genograma constituye una de las herramientas más representativas del enfoque intergeneracional. McGoldrick et al. (2008) desarrollaron ampliamente su utilidad para explorar continuidades familiares relacionadas con vínculos, alianzas, pérdidas, conflictos y estilos de regulación emocional. En el contexto de los TCA, el genograma permite situar el síntoma dentro de patrones familiares más amplios, facilitando la observación de repeticiones relacionales y de dinámicas transgeneracionales vinculadas al control, la dependencia o la gestión de la ansiedad.

En la literatura sistémica española, Navarro Góngora (1992) y Moreno Fernández (2014) destacan igualmente la relevancia de incorporar una lectura histórica y transgeneracional en la comprensión de los problemas familiares, especialmente cuando determinadas pautas relacionales se mantienen de forma persistente en el tiempo. Este enfoque teórico ofrece herramientas para comprender cómo ciertos modos de funcionamiento emocional y vincular pueden influir en la organización actual del síntoma alimentario.

4.3.2. Procesos de transmisión familiar

El concepto de transmisión intergeneracional constituye uno de los ejes centrales del modelo de Bowen, al plantear que determinados patrones de relación, formas de afrontamiento y estilos de regulación emocional pueden reproducirse entre generaciones y contribuir a la organización emocional del sistema familiar (Bowen, 1978). Los TCA pueden entenderse en relación con dinámicas familiares donde la ansiedad, el control, la dependencia emocional o las dificultades para gestionar la autonomía tienden a mantenerse de forma persistente a lo largo del tiempo.

La noción de diferenciación del *self* ocupa un lugar especialmente relevante dentro de este modelo. Bowen (1978) describía la diferenciación como la capacidad de mantener una posición emocional propia sin quedar absorbido por las tensiones relacionales del sistema familiar. Cuando esta capacidad es limitada, los conflictos y la ansiedad familiar pueden expresarse indirectamente a través de síntomas psicológicos o somáticos. En el caso de los TCA, esta formulación permite comprender cómo determinadas dificultades en los procesos de

individuación y separación pueden desplazarse hacia el cuerpo y hacia la conducta alimentaria, especialmente durante etapas evolutivas donde la autonomía adquiere una importancia central. Este enfoque presta también especial atención a las triangulaciones familiares, entendidas como configuraciones relacionales en las que un tercer miembro queda implicado en tensiones existentes entre otras dos personas del sistema. Bowen (1978) consideraba que estas dinámicas contribuían a estabilizar temporalmente la ansiedad familiar, aunque a costa de mantener patrones relacionales rígidos y poco diferenciados. Aplicado a los TCA, este marco permite analizar cómo el síntoma alimentario puede quedar implicado en formas de regulación emocional que exceden la experiencia individual del paciente.

McGoldrick et al. (2008) desarrollaron el estudio de los procesos transgeneracionales a través del genograma, herramienta que permite explorar continuidades familiares vinculadas a pérdidas, alianzas, conflictos, estilos de comunicación y formas de vinculación emocional. En el trabajo clínico con TCA, el análisis transgeneracional puede facilitar la comprensión de determinadas repeticiones familiares relacionadas con el control, la autoexigencia, la dependencia emocional o la gestión del conflicto.

En la literatura sistémica española, Navarro Góngora (1992) y Moreno Fernández (2014) destacan igualmente la utilidad de incorporar una lectura histórica y relacional en la comprensión de los problemas familiares, especialmente cuando ciertos modos de funcionamiento emocional parecen mantenerse a través de distintas generaciones. Se podría afirmar que el valor clínico del enfoque intergeneracional reside en ofrecer una comprensión de continuidad entre historia familiar y funcionamiento actual, evitando formulaciones simplificadoras que reduzcan el trastorno a una única causa o a una explicación exclusivamente familiar.

4.3.3. Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención del enfoque intergeneracional se orientan a favorecer un aumento progresivo de la diferenciación del *self*, ayudando al paciente y a la familia a comprender cómo determinados patrones relacionales y emocionales se han mantenido a lo largo del tiempo y continúan influyendo en el presente (Bowen, 1978). La intervención terapéutica va dirigida a ampliar la capacidad de los miembros del sistema para manejar la ansiedad relacional sin recurrir a dinámicas rígidas de dependencia, control o evitación emocional.

El genograma constituye una de las herramientas clínicas más representativas de este modelo. McGoldrick et al. (2008) desarrollaron su utilidad, como mencionaba en el apartado anterior, para explorar relaciones familiares, alianzas, pérdidas, conflictos y formas repetidas de funcionamiento emocional entre generaciones. En el contexto de los TCA, el análisis del genograma puede facilitar la comprensión de cómo determinadas dinámicas vinculadas a la autonomía, la exigencia o la regulación emocional adquieren continuidad dentro de la historia familiar y se relacionan con la función actual del síntoma.

El ritmo de la intervención que caracteriza al modelo intergeneracional es más reflexivo y menos centrado en la modificación inmediata de las interacciones. El objetivo terapéutico no solo consiste en alterar conductas concretas, además, busca favorecer una comprensión más amplia de los procesos emocionales y relacionales implicados en el funcionamiento familiar. Esta orientación puede resultar particularmente útil en casos donde la dimensión histórica y vincular del problema tiene un peso clínicamente significativo o en fases del tratamiento centradas en la elaboración emocional y la consolidación de la autonomía del paciente.

En la literatura sistémica española, Navarro Góngora (1992) y Moreno Fernández (2014) destacan del mismo modo el valor clínico del genograma y de la lectura intergeneracional como herramientas para organizar hipótesis relacionales complejas sin reducir el trastorno a una única causa explicativa. La intervención intergeneracional aporta una comprensión más amplia de las continuidades familiares que pueden influir en el mantenimiento del síntoma alimentario y en las posibilidades de cambio terapéutico.

4.3.4. Rol del terapeuta

En el enfoque intergeneracional, el terapeuta adopta una posición orientada a favorecer la comprensión de los patrones emocionales y relacionales presentes en la familia, promoviendo una mayor diferenciación del *self* en sus miembros (Bowen, 1978). Su función consiste en ayudar al paciente y a la familia a observar sus dinámicas con mayor distancia reflexiva, para identificar los procesos de fusión emocional, triangulaciones y formas repetidas de relación que pueden influir en la organización actual del problema.

Bowen (1978) planteaba que el terapeuta debía mantener una posición de relativa neutralidad emocional, evitando quedar absorbido por la ansiedad del sistema familiar y facilitando que los miembros desarrollaran una comprensión más elaborada de sus vínculos. En ese sentido, la intervención terapéutica busca favorecer una mayor autonomía emocional de los miembros y una mejor regulación relacional dentro del sistema familiar.

En el trabajo clínico con TCA, esta posición terapéutica puede contribuir a disminuir la reactividad emocional en torno al síntoma alimentario y a ampliar la comprensión de los procesos familiares asociados a la autonomía, el control o la dependencia emocional. McGoldrick et al. (2008) destacan que la exploración de patrones intergeneracionales permite contextualizar el malestar actual dentro de una historia relacional más amplia, favoreciendo lecturas menos centradas en la culpabilización y más orientadas a la comprensión de continuidades familiares.

En la literatura sistémica española, Navarro Góngora (1992) y Moreno Fernández (2014) subrayan también la importancia de mantener una posición terapéutica capaz de combinar cercanía clínica y a la vez suficiente distancia emocional para facilitar la reflexión sobre las dinámicas familiares. Desde esta visión, el terapeuta actúa como facilitador de procesos de diferenciación y elaboración emocional, ayudando a la familia a desarrollar formas de relación menos rígidas y menos organizadas alrededor del síntoma.

4.4. Enfoque constructivista/narrativo

4.4.1. Conceptualización del trastorno

El enfoque constructivista y narrativo, desarrollado principalmente por Michael White y David Epston, propone una comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria centrada en los significados mediante los cuales las personas organizan su experiencia y construyen su identidad (White & Epston, 1990). Desde este modelo, el síntoma alimentario se interpreta como parte de una narrativa dominante que condiciona la relación del sujeto con el cuerpo, el control, la autoimagen y el valor personal.

En el contexto de los TCA, esta formulación adquiere especial utilidad, ya que la alimentación, el peso o la delgadez pueden (y suelen) terminar ocupando un lugar central en la definición de la identidad. White y Epston (1990) plantean que los problemas psicológicos tienden a consolidarse cuando determinadas historias sobre uno mismo adquieren un carácter dominante y limitan progresivamente las posibilidades de experiencia y acción de la persona. En los TCA, estas narrativas pueden articularse alrededor de ideas relacionadas con la perfección, el autocontrol, la exigencia o la necesidad de reconocimiento, favoreciendo una fuerte identificación entre el síntoma y la propia identidad.

Maisel et al. (2004) desarrollaron específicamente esta perspectiva en el trabajo clínico con anorexia nerviosa, describiendo cómo el trastorno puede llegar a funcionar como una voz organizadora de la experiencia subjetiva del paciente. Desde este planteamiento, el problema

alimentario más allá de como un conjunto de síntomas conductuales, se entiende como una forma de relación del paciente consigo mismo y con los demás mediada por determinados significados personales y relacionales.

Este enfoque incorpora además una lectura contextual de los TCA que atiende a la influencia de discursos familiares, sociales y culturales sobre el cuerpo y la autoimagen, lo que permite comprender cómo ciertas narrativas culturales vinculadas a la delgadez, el rendimiento o el control pueden interactuar con experiencias personales y familiares, contribuyendo a la consolidación del trastorno.

En la literatura sistémica contemporánea en español, Feixas et al. (2016) destacan también la relevancia de los significados personales y de los procesos de construcción identitaria en la comprensión del malestar psicológico. Moreno Fernández (2014) subraya la utilidad clínica de los modelos constructivistas para explorar cómo las personas organizan narrativamente su experiencia y cómo determinados relatos pueden restringir las posibilidades de cambio. Por todo esto, el interés clínico del enfoque narrativo reside en que ofrece herramientas para comprender la dimensión subjetiva e identitaria de los TCA, especialmente en aquellos casos donde el síntoma ha adquirido un lugar central en la definición de la propia identidad.

4.4.2. Construcción del significado del síntoma

Dentro del enfoque narrativo, el síntoma alimentario se entiende como una experiencia construida relacionamente a través de significados que terminan organizando la percepción que la persona tiene de sí misma y de su cuerpo. En muchos pacientes con TCA, el trastorno llega a ocupar progresivamente un lugar central en la experiencia subjetiva, condicionando la forma de interpretar las emociones, las relaciones interpersonales y el propio valor personal. La restricción alimentaria, el control del peso o determinadas conductas compensatorias pueden adquirir así funciones asociadas a seguridad, control, reconocimiento o protección emocional.

Maisel et al. (2004) describen cómo la anorexia nerviosa puede llegar a funcionar como una “voz” interna que organiza la experiencia cotidiana (a través de exigencias, miedos y formas rígidas de autodefinición) del paciente y limita progresivamente otras formas posibles de identidad.

Uno de los principales aportes clínicos de la terapia narrativa es el proceso de externalización desarrollado por White y Epston (1990). Esta estrategia permite separar simbólicamente a la persona del trastorno, formulando el síntoma como una influencia externa que afecta a la vida

del paciente en lugar de definir completamente su identidad. La externalización facilita que la persona pueda reconocer aspectos de sí misma diferenciados del problema y recuperar progresivamente sensación de agencia y capacidad de decisión frente al trastorno.

En la literatura constructivista contemporánea, Feixas et al. (2016) coinciden con los autores clásicos en que muchos problemas psicológicos se mantienen a través de construcciones personales rígidas que limitan las posibilidades de experiencia e identidad. Por todo esto, el trabajo terapéutico se orienta a flexibilizar los significados asociados al síntoma y a favorecer narrativas más amplias y menos dominadas por el TCA.

4.4.3. Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención del enfoque narrativo se orientan a modificar la relación que la persona mantiene con el síntoma y a favorecer la construcción de relatos alternativos menos dominados por el TCA. White y Epston (1990) desarrollaron intervenciones centradas en explorar los significados asociados al problema y en ampliar las posibilidades de acción e identidad del paciente dentro de su contexto relacional.

La externalización constituye una de las principales técnicas de este modelo, a través de la cual el TCA se reformula como una influencia externa sobre la vida de la persona, facilitando que el paciente pueda tomar distancia con respecto al síntoma y cuestionar la posición central que ocupa en su identidad. Esta estrategia resulta especialmente útil en los TCA, donde la anorexia o la bulimia pueden llegar a organizar gran parte de la experiencia subjetiva y de las relaciones interpersonales.

Además, la terapia narrativa incorpora técnicas como la identificación de excepciones al problema, la reconstrucción de historias preferidas y el uso de conversaciones terapéuticas dirigidas a reforzar experiencias de agencia y autonomía. Maisel et al. (2004) destacan la utilidad de estas intervenciones en pacientes con anorexia nerviosa altamente identificados con el trastorno, especialmente cuando la conducta alimentaria ha adquirido funciones relacionadas con el control, la protección emocional o el reconocimiento personal.

Desde el enfoque constructivista, Feixas et al. (2016) subrayan la importancia de trabajar sobre construcciones personales rígidas que limitan las posibilidades de cambio y mantienen formas problemáticas de autodefinición. En este sentido, se busca con la intervención flexibilizar los significados asociados al cuerpo, la autoimagen y el valor personal, favoreciendo formas de relación menos fusionadas con el síntoma.

En la práctica clínica contemporánea, estas estrategias suelen integrarse con abordajes multidisciplinares que incluyen intervención familiar, tratamiento nutricional y apoyo médico, especialmente en casos de mayor gravedad física o elevada cronificación del trastorno.

4.4.4. Rol del terapeuta

En el enfoque narrativo, el terapeuta adopta una posición colaborativa centrada en el diálogo y en la co-construcción de significados, reconociendo al paciente como agente activo de su propia experiencia (White & Epston, 1990). Su función consiste en explorar las narrativas que organizan la relación de la persona con el cuerpo, la alimentación y la identidad, favoreciendo la aparición de relatos menos dominados por el trastorno.

A diferencia de modelos más directivos, la terapia narrativa concede especial importancia al lenguaje y a la relación terapéutica, evitando posiciones excesivamente confrontativas que puedan reforzar la resistencia o la identificación con el síntoma. White y Epston (1990) plantean que el terapeuta debe ayudar a separar simbólicamente a la persona del problema, facilitando la recuperación de experiencias y capacidades eclipsadas por la narrativa del trastorno. En esta línea, Maisel et al. (2004) destacan la importancia de comprender las funciones emocionales y relacionales que la anorexia nerviosa puede desempeñar para el paciente.

Desde la perspectiva constructivista, Feixas et al. (2016) subrayan igualmente que el trabajo terapéutico implica flexibilizar construcciones personales rígidas y favorecer formas de identidad menos fusionadas con el síntoma alimentario.

5. Análisis comparativo

5.1. Convergencias entre modelos

El examen conjunto de los principales enfoques sistémicos aplicados a los trastornos de la conducta alimentaria permite identificar un núcleo común de comprensión clínica, a pesar de las diferencias teóricas, técnicas y epistemológicas entre escuelas. Todos los modelos analizados sitúan el síntoma alimentario en un marco relacional que excede el nivel estrictamente individual y remite a patrones de interacción, organización familiar, procesos de diferenciación o construcción de significados que participan en su mantenimiento. La conducta alimentaria disfuncional adquiere sentido en un contexto interpersonal concreto y se articula

con respuestas familiares, dinámicas comunicacionales y formas de organización relacional que pueden favorecer su persistencia o convertirse en recursos para el cambio. Esta convergencia resulta especialmente relevante en el campo de los TCA, donde la literatura contemporánea ha destacado la necesidad de articular factores biológicos, psicológicos, sociales y relacionales para comprender la complejidad del trastorno (Treasure et al., 2020). En el contexto español, esta orientación coincide con las formulaciones sistémicas que conciben el síntoma como fenómeno inscrito en una red de relaciones y significados, tal como desarrollan Feixas et al. (2016), Ríos González (2009) y Moreno Fernández (2014). A mi juicio, la aportación compartida por estos modelos consiste en ampliar el foco clínico manteniendo la gravedad individual del cuadro, de modo que el síntoma pueda ser comprendido dentro de los sistemas de relación que participan en su estabilidad.

Otra convergencia significativa se encuentra en la concepción circular del mantenimiento del problema. Cada escuela formula esta idea con categorías propias: el enfoque estructural la sitúa en la organización familiar; el estratégico, en las secuencias de interacción y en las soluciones intentadas; el intergeneracional, en la transmisión de patrones relacionales; y el narrativo, en las historias dominantes que organizan la identidad y el significado del síntoma. En todos los casos, el TCA aparece como un fenómeno que se estabiliza mediante procesos de retroalimentación, lo que exige atender a la conducta alimentaria y al contexto que la sostiene. Esta perspectiva favorece una comprensión más ajustada a la realidad clínica, donde el malestar del paciente afecta intensamente al entorno familiar y recibe, al mismo tiempo, la influencia de las respuestas de dicho entorno. La literatura española sobre intervención familiar en TCA ha insistido en este punto al señalar que la familia puede participar de manera decisiva en el curso del tratamiento cuando se la incorpora como contexto de apoyo, reorganización y cambio (Espina & Ortego, 2003).

5.2. Divergencias conceptuales y clínicas

Las divergencias entre modelos aparecen con claridad al analizar el nivel de realidad clínica que cada escuela privilegia. El enfoque estructural centra su atención en la organización del sistema familiar, especialmente en los límites, jerarquías y coaliciones que regulan la vida relacional; el enfoque estratégico desplaza el foco hacia las secuencias actuales de interacción y hacia las respuestas que contribuyen al mantenimiento del problema; el modelo intergeneracional amplía el marco temporal e introduce la historia familiar como dimensión relevante para comprender los procesos de diferenciación, autonomía y regulación emocional;

el enfoque constructivista y narrativo sitúa el centro del análisis en la producción de significado, en la identidad y en las narrativas que organizan la relación del paciente con el cuerpo, la alimentación y el síntoma. Esta diferencia de foco tiene consecuencias clínicas importantes, porque determina qué aspectos del caso adquieren prioridad y qué tipo de intervención se deriva de la formulación del problema.

Desde un punto de vista clínico, estas divergencias permiten distinguir cuatro formas de comprender el síntoma alimentario. Para el modelo estructural, el síntoma puede actuar como regulador de una organización familiar rígida o enmarañada; para el estratégico, forma parte de una secuencia de interacción mantenida por soluciones intentadas; para el intergeneracional, puede expresar dificultades de diferenciación vinculadas a patrones familiares de larga duración; para el narrativo, se integra en una historia dominante que condiciona la identidad y limita las posibilidades de cambio. Esta pluralidad expresa diferencias en el punto de entrada clínico: en algunos casos, el eje central será la reorganización de la familia en torno a la alimentación; en otros, la interrupción de ciclos de control y resistencia; en otros, la exploración de patrones familiares de autonomía y dependencia; y en otros, la reconstrucción del significado que el trastorno ha adquirido para la persona. Esta distinción ayuda a evitar una aplicación indiscriminada de los enfoques sistémicos y refuerza la importancia de la formulación clínica del caso como criterio organizador de la intervención.

5.3. Diferencias en el rol del terapeuta

Las diferencias entre modelos se manifiestan de manera especialmente clara en la conceptualización del rol del terapeuta. En el enfoque estructural, el terapeuta adopta una posición activa y directiva, interviniendo sobre la organización del sistema familiar para modificar límites, jerarquías y alianzas. En el enfoque estratégico, el terapeuta mantiene también una posición directiva, centrada en la resolución de problemas concretos y en la interrupción de secuencias disfuncionales. En ambos casos, el cambio terapéutico se concibe como resultado de intervenciones dirigidas que modifican pautas observables de relación. Esta posición puede resultar especialmente útil en TCA cuando existen dinámicas familiares muy rígidas en torno a la comida, el peso o el control, aunque exige prudencia clínica para evitar intervenciones excesivamente normativas o poco sensibles a la experiencia subjetiva del paciente. Los manuales sistémicos en español han subrayado precisamente la necesidad de ajustar la posición del terapeuta a la estructura del sistema, al momento del proceso y a los recursos disponibles en la familia (Navarro Góngora, 1992; Moreno Fernández, 2014).

El modelo intergeneracional y el narrativo proponen posiciones terapéuticas diferentes. En el primero, el terapeuta actúa como facilitador de la diferenciación, ayudando al paciente y a la familia a observar con mayor distancia sus patrones relacionales y transgeneracionales. En el segundo, adopta una posición colaborativa orientada a la co-construcción de significados y a la separación entre la persona y el problema. Estas diferencias reflejan concepciones distintas sobre la naturaleza del cambio: en los modelos estructural y estratégico, el cambio se produce mediante la modificación de pautas relacionales; en el modelo intergeneracional, mediante el aumento de la diferenciación y la reducción de la reactividad emocional; en el narrativo, mediante la transformación de las historias que organizan la identidad y la experiencia. Esta diversidad resulta clínicamente valiosa porque permite ajustar la posición del terapeuta al momento del proceso terapéutico: una fase aguda puede requerir mayor directividad, y una fase de elaboración puede beneficiarse de intervenciones más reflexivas o narrativas.

5.4. Implicaciones para la intervención en TCA

El análisis comparativo permite extraer implicaciones clínicas relevantes para el tratamiento de los TCA. La primera es la necesidad de formular la intervención sistémica de manera flexible, evitando la aplicación rígida de un modelo único. La evidencia disponible respalda especialmente las intervenciones familiares en adolescentes con anorexia nerviosa, y modelos como el tratamiento basado en la familia han consolidado la participación activa de los padres como componente central del abordaje terapéutico (Lock & Le Grange, 2013; Gorrell et al., 2019). La complejidad de los TCA exige integrar esta dimensión relacional con intervenciones dirigidas a la estabilización médica, la recuperación nutricional, la regulación emocional, la modificación de cogniciones disfuncionales y el trabajo sobre la identidad corporal. La terapia sistémica aporta un marco necesario dentro de un tratamiento multimodal, al permitir intervenir sobre los sistemas relacionales que pueden favorecer u obstaculizar la recuperación. En la literatura española, esta orientación aparece en trabajos que destacan la utilidad de la familia como contexto activo de intervención y como recurso clínico en el tratamiento de los TCA (Espina & Ortego, 2003; Vázquez & Nieto, 2008).

La segunda implicación es la conveniencia de entender la familia como recurso clínico y contexto de cambio. Este punto resulta especialmente importante en el campo de los TCA, donde algunas formulaciones clásicas han sido criticadas por sugerir una relación demasiado directa entre organización familiar y aparición del trastorno. Las reformulaciones actuales permiten conservar la utilidad del análisis sistémico atribuyendo a la familia un papel clínico

relevante en el mantenimiento y en la recuperación, con una formulación prudente y ajustada a la evidencia contemporánea. Desde esta perspectiva, el trabajo clínico puede orientarse a identificar cómo determinadas respuestas familiares, motivadas por el cuidado y la preocupación, participan en el mantenimiento del problema. Esta distinción permite implicar a la familia desde una alianza terapéutica sólida, compatible con una práctica clínica rigurosa y alejada de lecturas culpabilizadoras.

5.5. Propuesta de integración teórica

La integración de los distintos modelos sistémicos aplicados a los TCA puede articularse en torno a una formulación clínica por niveles. En un primer nivel, el enfoque estructural permite analizar la organización familiar actual, prestando atención a límites, jerarquías y alianzas; en un segundo nivel, el enfoque estratégico permite identificar las secuencias de interacción que mantienen el problema y las soluciones intentadas que lo refuerzan; en un tercer nivel, el modelo intergeneracional aporta una lectura temporal más amplia sobre los patrones familiares de autonomía, dependencia, control y regulación emocional; en un cuarto nivel, el enfoque narrativo permite trabajar la dimensión identitaria del trastorno y los significados asociados al cuerpo, la comida y el valor personal. Esta integración utiliza los modelos como lentes complementarias dentro de una formulación clínica flexible, en continuidad con la tradición sistémica española que ha defendido una práctica atenta a la complejidad del caso y a la articulación entre niveles de análisis (Feixas et al., 2016; Moreno Fernández, 2014; Ríos González, 2009).

El síntoma alimentario puede comprenderse como un fenómeno situado en la intersección entre conducta, relación, historia familiar e identidad. Esta formulación permite seleccionar las intervenciones en función del caso: cuando predomina la desorganización familiar, puede resultar prioritario un trabajo estructural; cuando el problema se mantiene por ciclos de control y resistencia, puede ser más útil una intervención estratégica; cuando la historia familiar muestra patrones rígidos de diferenciación o dependencia, puede resultar pertinente una lectura intergeneracional; cuando el trastorno se encuentra profundamente fusionado con la identidad del paciente, el enfoque narrativo puede aportar herramientas especialmente valiosas. La propuesta integradora que defiende consiste en utilizar los modelos sistémicos como dimensiones complementarias de análisis, articuladas con la evidencia clínica actual y con otros enfoques terapéuticos necesarios para el tratamiento de los TCA.

6. Discusión

6.1. Interpretación de los resultados

El análisis comparativo desarrollado sitúa los modelos sistémicos como marcos teóricos que convergen en una comprensión relacional de los trastornos de la conducta alimentaria, aun partiendo de supuestos diferenciados. Esta convergencia amplía las aproximaciones centradas exclusivamente en el individuo y permite reconocer que el síntoma alimentario se articula en sistemas de interacción que pueden participar en su mantenimiento, intensificación o transformación. Los resultados muestran que cada escuela sistémica aporta una lente clínica específica: el enfoque estructural permite analizar la organización familiar y sus límites; el estratégico, las secuencias de interacción y las soluciones intentadas; el intergeneracional, los procesos de diferenciación y transmisión familiar; y el narrativo, la construcción de significados en torno al cuerpo, la alimentación y la identidad. En conjunto, estas perspectivas permiten comprender el TCA como un fenómeno situado en la intersección entre conducta, relación, historia familiar y significado subjetivo, en coherencia con la tradición sistémica desarrollada en el ámbito hispanohablante (Feixas et al., 2016; Ríos González, 2009).

Esta interpretación adquiere especial importancia en la psicología clínica contemporánea, donde la literatura reciente insiste en la naturaleza multifactorial de los TCA y en la necesidad de integrar variables biológicas, psicológicas, sociales y relacionales (Treasure et al., 2020). El valor principal de los modelos sistémicos reside en proporcionar un nivel de análisis que otros enfoques desarrollan con menor profundidad. La familia y los sistemas relacionales se configuran como contextos clínicamente relevantes en los que el síntoma puede adquirir funciones específicas, generar reorganizaciones relacionales y condicionar el curso del tratamiento. Esta distinción conserva la potencia explicativa del enfoque sistémico y permite formular la intervención desde una posición prudente, alejada de lecturas culpabilizadoras de la familia. En este punto, la literatura española sobre intervención familiar en TCA aporta un matiz fundamental al concebir la familia como recurso clínico y contexto de cambio (Espina & Ortego, 2003).

6.2. Implicaciones clínicas

Las implicaciones clínicas derivadas del análisis apuntan hacia la incorporación de la dimensión relacional en el tratamiento de los TCA, especialmente en aquellos casos en los que las dinámicas familiares o interpersonales participan de forma clara en el mantenimiento del síntoma. La evidencia disponible respalda la eficacia de intervenciones basadas en la familia

en población adolescente con anorexia nerviosa, particularmente en modelos como el tratamiento basado en la familia (Lock & Le Grange, 2013; Gorrell et al., 2019). Esta orientación se integra dentro de un abordaje multimodal que incluya estabilización médica, recuperación nutricional, trabajo cognitivo, regulación emocional y reconstrucción progresiva de la identidad. La terapia sistémica aporta aquí una contribución específica: permite intervenir sobre el paciente identificado y sobre los patrones de relación que pueden facilitar u obstaculizar la recuperación.

Desde un punto de vista clínico, los modelos revisados sugieren que la elección de estrategias terapéuticas debe realizarse a partir de una formulación individualizada del caso. En situaciones donde la familia se encuentra organizada rígidamente alrededor del síntoma, el enfoque estructural puede resultar especialmente útil; cuando predominan ciclos de control, vigilancia y resistencia, el enfoque estratégico ofrece herramientas para interrumpir secuencias de mantenimiento; cuando aparecen patrones familiares de ansiedad, dependencia o baja diferenciación, el modelo intergeneracional permite ampliar la comprensión del problema; cuando el trastorno se ha fusionado intensamente con la identidad del paciente, la terapia narrativa aporta recursos para separar a la persona del síntoma y abrir relatos alternativos. Esta lectura orienta la intervención hacia una integración flexible, ajustada al momento clínico y a las necesidades del paciente y su familia. Los manuales sistémicos en español han destacado precisamente esta necesidad de adaptar la posición terapéutica y las técnicas al funcionamiento concreto del sistema, a sus recursos disponibles y a las condiciones del contexto clínico (Moreno Fernández, 2014; Navarro Góngora, 1992).

6.3. Relación con la literatura actual

Los resultados del presente estudio se sitúan en consonancia con la literatura contemporánea sobre trastornos de la conducta alimentaria, que destaca la necesidad de articular distintos niveles explicativos para abordar la complejidad del fenómeno clínico. Las guías clínicas actuales incluyen intervenciones familiares como opción relevante, especialmente en la anorexia nerviosa en adolescentes, lo que confirma la vigencia clínica de la dimensión relacional dentro del tratamiento (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Al mismo tiempo, la literatura reciente tiende a privilegiar intervenciones manualizadas y estudios de eficacia, lo que ha favorecido una mayor precisión empírica y ha desplazado en algunos casos la atención hacia los resultados, dejando menos espacio al análisis de los marcos conceptuales que sostienen dichas intervenciones.

La revisión realizada recupera el valor teórico de las escuelas sistémicas y lo vincula con la evidencia contemporánea. Las formulaciones clásicas de Minuchin, Haley, Bowen o White requieren una lectura contextualizada, especialmente por proceder de marcos clínicos y epistemológicos anteriores a los modelos actuales de psicopatología. Su valor se mantiene cuando se las sitúa en su función genealógica y se las pone en diálogo con revisiones recientes, guías clínicas y modelos integradores. Es por esto que el trabajo busca clarificar la vigencia clínica de los enfoques sistémicos dentro de una comprensión multifactorial de los TCA, donde la familia aparece como sistema relacional que puede participar en el mantenimiento, la reorganización y la resolución del problema. Esta lectura coincide con aportaciones españolas que han defendido una intervención familiar sistémica orientada a comprender el síntoma dentro de una red de relaciones y a activar recursos terapéuticos del propio sistema (Espina & Ortego, 2003; Feixas et al., 2016).

6.4. Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados. En primer lugar, su diseño como revisión teórica implica que el análisis se basa en la interpretación y comparación de textos, y carece de una síntesis cuantitativa de datos empíricos, por lo que sus conclusiones se orientan a la organización conceptual del campo y a la formulación de implicaciones clínicas generales. En segundo lugar, el proceso de búsqueda, selección y análisis fue realizado por una única revisora, lo que puede introducir sesgos en la identificación de documentos relevantes y en la valoración de su calidad conceptual. Esta limitación se ha abordado mediante la explicitación de criterios de elegibilidad, categorías de análisis y procedimientos de síntesis, reforzando la transparencia del proceso.

Otra limitación relevante deriva de la heterogeneidad de las fuentes incluidas, ya que el corpus combina textos fundacionales, manuales clínicos, revisiones conceptuales y literatura contemporánea. Esta diversidad resulta necesaria para reconstruir la evolución del campo, aunque dificulta la comparación directa entre modelos, dado que cada escuela surge en un contexto histórico, teórico y clínico diferente. Además, algunos enfoques sistémicos aplicados a los TCA cuentan con menos desarrollos actuales específicos que otros, lo que exige recurrir a textos clásicos en determinados apartados. Esta circunstancia se ha gestionado diferenciando entre uso genealógico de las fuentes fundacionales y uso clínico de la literatura contemporánea, preservando el valor histórico de las primeras y dando mayor peso interpretativo a las segundas.

6.5. Líneas futuras de investigación

Las líneas futuras de investigación deberían orientarse a profundizar en la integración entre modelos sistémicos y enfoques basados en la evidencia empírica, especialmente mediante estudios que analicen con mayor precisión el papel de las variables relacionales en el mantenimiento y tratamiento de los TCA. Sería especialmente útil desarrollar investigaciones que permitan identificar qué perfiles de pacientes y familias se benefician más de determinadas intervenciones sistémicas, así como estudiar qué componentes específicos de estas terapias contribuyen de manera más clara a la mejoría clínica. Esta línea permitiría avanzar hacia tratamientos más personalizados, en los que la elección del enfoque se fundamente en una formulación clínica basada en variables relevantes del caso.

También sería pertinente ampliar la investigación sistémica en población adulta, en presentaciones clínicas complejas y en contextos culturales diversos, ya que gran parte de la evidencia disponible se ha concentrado en adolescentes con anorexia nerviosa. Asimismo, convendría explorar con mayor profundidad la articulación entre dimensión narrativa, identidad corporal, regulación emocional y relaciones familiares, dado que estos elementos aparecen de forma recurrente en la clínica de los TCA y podrían contribuir a modelos integradores más sólidos. En conjunto, el desarrollo futuro del campo debería orientarse hacia una terapia sistémica capaz de dialogar con la investigación empírica actual, conservar su sensibilidad relacional y participar en tratamientos multimodales ajustados a la complejidad real de estos trastornos.

7. Conclusiones

El recorrido desarrollado a lo largo de este trabajo me lleva a considerar que los trastornos de la conducta alimentaria exigen una comprensión clínica capaz de integrar distintos niveles de análisis sin reducir el problema a una única dimensión explicativa. La experiencia acumulada en el campo de los TCA muestra con claridad que la conducta alimentaria disfuncional no puede entenderse únicamente desde variables individuales, del mismo modo que tampoco resulta suficiente una lectura exclusivamente familiar o relacional. El síntoma se configura en un punto de intersección entre factores biológicos, emocionales, cognitivos, históricos y vinculares que se influyen mutuamente y que adquieren formas diferentes según la trayectoria vital y el contexto de cada paciente. Para este propósito, la terapia sistémica aporta una vía especialmente útil que incorpora el análisis de las relaciones y de los contextos de interacción dentro de la formulación clínica del trastorno.

El análisis comparativo de las principales escuelas sistémicas me ha permitido observar que, pese a sus diferencias teóricas y técnicas, todas comparten una idea central: el síntoma alimentario mantiene una relación estrecha con los sistemas de interacción en los que aparece y se desarrolla. El modelo estructural sitúa el foco en la organización familiar, en los límites y en las jerarquías; el estratégico atiende a las secuencias de interacción que perpetúan el problema; el intergeneracional introduce la historia familiar y los procesos de diferenciación; el enfoque narrativo incorpora la dimensión del significado y de la identidad. Estas diferencias muestran distintos modos de aproximarse a un fenómeno clínico especialmente complejo, sin hacer que se invaliden entre sí los modelos. A lo largo del trabajo he podido comprobar que cada enfoque ilumina aspectos del trastorno que otros modelos dejan en segundo plano, lo que refuerza la utilidad de una lectura integradora y flexible.

A partir de esta revisión, considero que una de las principales aportaciones de la terapia sistémica consiste en desplazar el centro de la intervención desde la aplicación rígida de técnicas hacia la formulación clínica del caso. La organización familiar, las respuestas del entorno, las dinámicas de control, los procesos de autonomía y las narrativas identitarias no aparecen con la misma intensidad en todos los pacientes, por lo que la intervención necesita ajustarse a la configuración concreta del problema. Esta orientación resulta especialmente importante en los TCA, donde el síntoma puede cumplir funciones muy distintas según el momento evolutivo, el grado de gravedad clínica y las características del sistema familiar. Desde este punto de vista, entiendo que el valor clínico de los modelos sistémicos reside menos en su aplicación aislada que en su capacidad para ofrecer herramientas de lectura complementarias dentro de una formulación multimodal.

El trabajo también me ha llevado a revisar críticamente algunas formulaciones clásicas de la terapia sistémica aplicadas a los TCA. Las primeras conceptualizaciones familiares de la anorexia nerviosa tuvieron un papel importante en la construcción histórica del campo, pero ciertas interpretaciones establecieron relaciones demasiado directas entre organización familiar y origen del trastorno. La literatura contemporánea y la investigación clínica actual permiten sostener una posición más matizada, en la que la familia se entiende como contexto relacional implicado en el mantenimiento, la evolución y la recuperación del problema, sin convertirla en causa única del cuadro. Esta reformulación me parece especialmente relevante porque permite integrar a la familia en el tratamiento desde una posición colaborativa y terapéuticamente útil, evitando dinámicas culpabilizadoras que podrían deteriorar la alianza clínica.

Otra cuestión que considero central es la relevancia de la dimensión identitaria en muchos trastornos de la conducta alimentaria. A lo largo del análisis he podido observar que

determinados pacientes llegan a organizar su experiencia personal alrededor del síntoma, hasta el punto de que la restricción, el control corporal o las conductas compensatorias terminan funcionando como formas de autodefinición. En este nivel, las aportaciones del enfoque narrativo adquieren una importancia particular, ya que permiten intervenir sobre la relación entre la persona y el trastorno, favoreciendo la aparición de relatos menos fusionados con el síntoma. Esta dimensión complementa las lecturas centradas en la interacción familiar y amplía la comprensión clínica del TCA hacia aspectos relacionados con la identidad, el valor personal y la construcción de significado.

En el plano terapéutico, el análisis realizado refuerza la necesidad de situar la intervención sistémica dentro de modelos de tratamiento integrados. La evidencia disponible respalda especialmente el trabajo familiar en adolescentes con anorexia nerviosa, aunque la complejidad de los TCA exige articular esta dimensión con intervenciones médicas, nutricionales, cognitivas y emocionales. A mi juicio, la terapia sistémica mantiene hoy su vigencia precisamente por su capacidad para dialogar con otros enfoques y para introducir una lectura relacional del síntoma dentro de dispositivos clínicos más amplios. Esta capacidad de integración constituye una de sus aportaciones más valiosas en la práctica contemporánea.

La elaboración de este trabajo me ha llevado finalmente a considerar que el principal reto clínico en el abordaje de los TCA consiste en construir modelos capaces de organizar la complejidad sin simplificarla. En este contexto, la terapia sistémica ofrece una estructura conceptual útil para pensar cómo el síntoma se inserta en redes de relación, historias familiares y configuraciones de significado que participan en su persistencia y transformación. Entiendo que esta visión continúa aportando herramientas relevantes para la psicología clínica actual, especialmente cuando se integra de manera crítica y flexible con la evidencia empírica y con otros niveles de intervención necesarios en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Espina, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas*. Desclée de Brouwer.
- Espina, A., & Ortego, M. A. (2003). Intervención familiar en los trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 19(2), 263–278.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universitat de Barcelona.
- Gorrell, S., Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment of eating disorders: A narrative review. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. Jossey-Bass.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2022). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119536604>
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2012). Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(3), 244–254. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.12.008>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). Guilford Press.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Moreno Fernández, A. (Ed.). (2014). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Desclée de Brouwer.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment (NG69)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós.
- Nichols, M. P., & Davis, S. D. (2020). *Family therapy: Concepts and methods* (12th ed.). Pearson.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Ríos González, J. A. (2009). Reflexiones sobre la evolución y desarrollo de la terapia familiar en España. *Apuntes de Psicología*, 27(2–3), 175–196.
- Rodríguez Morejón, A., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido & J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241–290). Promolibro.
- Selvini Palazzoli, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Vázquez, C., & Nieto, M. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria: Evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. W. W. Norton & Company.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton & Company.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

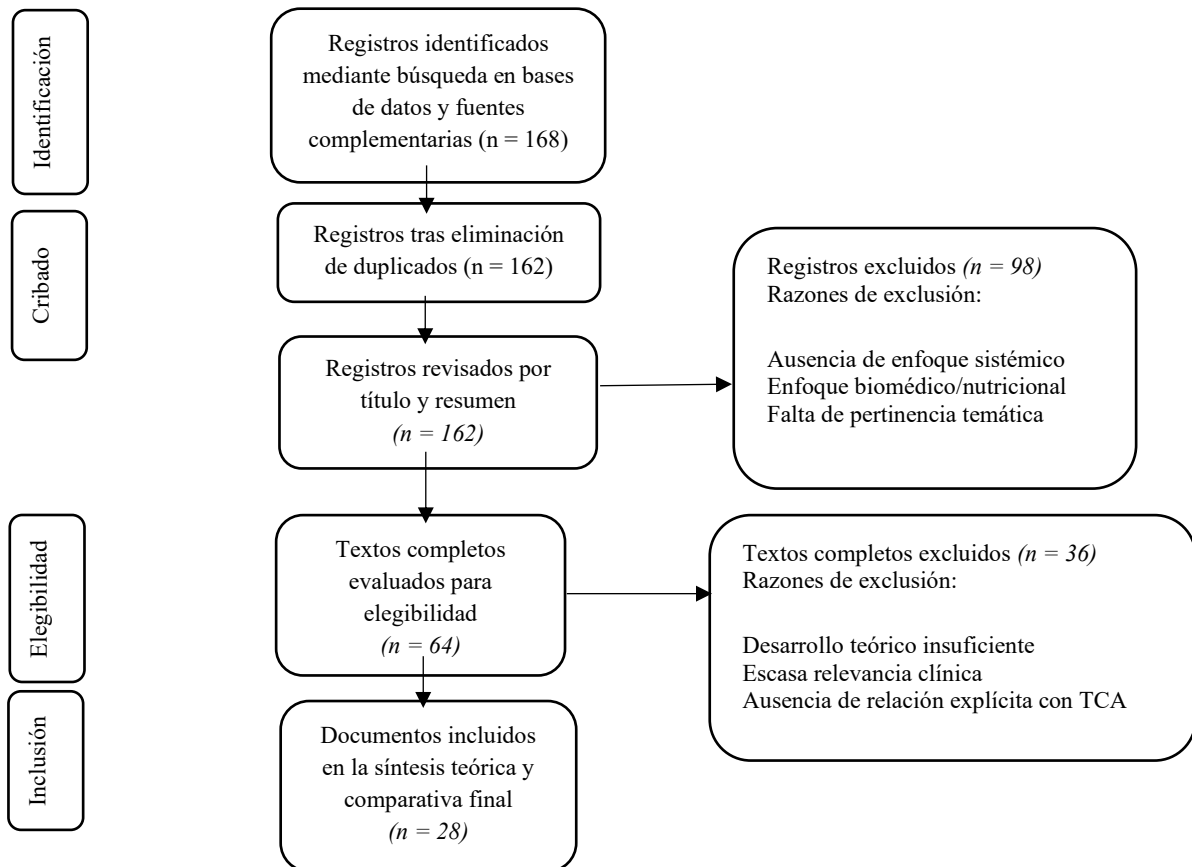
9. Anexos

ANEXO I

Proceso de selección documental

Figura A1

Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección documental



Nota. Adaptado de Page et al. (2021).

ANEXO II

Tabla A1

Criterios de valoración empleados en la matriz conceptual y documental

| Categoría | Criterios de valoración |
|--------------|--|
| Alta | El documento presenta una formulación conceptual clara y consistente, elevada relevancia clínica para el abordaje de los TCA y una contribución significativa al desarrollo histórico o contemporáneo de la terapia sistémica. |
| Media | El documento presenta relevancia teórica o histórica parcial, aplicabilidad clínica indirecta o menor especificidad respecto a los TCA, aunque mantiene valor conceptual dentro del campo sistémico. |
| Baja | El documento presenta escasa relación con los objetivos específicos de la revisión o limitada aplicabilidad al abordaje sistémico de los TCA. |

Nota. Elaboración propia

** Criterio específico para la categoría “Impacto clínico y relevancia histórica”*

Esta categoría valora tanto la influencia histórica del documento dentro del desarrollo de la terapia sistémica como su impacto clínico actual en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria. En el caso de los textos clásicos, se consideró especialmente su relevancia genealógica y su influencia en la evolución posterior de los modelos sistémicos. Para los textos contemporáneos, se priorizó la actualidad clínica y el respaldo empírico disponible.

Tabla A2

Matriz de evaluación conceptual y documental de las fuentes incluidas

Con el objetivo de aumentar la transparencia metodológica de la presente revisión, se elaboró una matriz de evaluación conceptual y documental de las principales fuentes incluidas en la síntesis narrativa. Dicha evaluación se realizó atendiendo a criterios de claridad conceptual, coherencia teórica, relevancia clínica, aplicabilidad al abordaje sistémico de los trastornos de la conducta alimentaria y actualidad, impacto o valor genealógico de los textos seleccionados.

| Referencia | Claridad conceptual | Coherencia interna | Relevancia clínica | Aplicabilidad a TCA | Impacto clínico y relevancia histórica | Valoración global |
|--|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|---|--------------------------|
| Minuchin, Rosman y Baker (1978) | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta |
| Bowen (1978) | Alta | Alta | Media | Media | Alta | Alta |
| Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) | Alta | Alta | Media | Media | Alta | Alta |
| Haley (1976) | Media | Alta | Media | Media | Alta | Media |
| Selvini Palazzoli (1988) | Media | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta |
| White y Epston (1990) | Alta | Alta | Alta | Media | Alta | Alta |
| Maisel, Epston y Borden (2004) | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta |
| Lock y Le Grange (2013) | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta |
| McGoldrick, Gerson y Petry (2008) | Alta | Alta | Media | Media | Alta | Alta |
| Gorrell et al. (2019) | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta | Alta |

Nota. Elaboración propia

ANEXO III

Matriz comparativa de textos principales incluidos en la síntesis narrativa

Aunque la revisión incluyó un total de 28 documentos tras el proceso de selección, la matriz comparativa incorporó únicamente aquellos textos considerados nucleares para el desarrollo analítico de los distintos modelos sistémicos. Esta selección respondió a criterios de relevancia teórica, representatividad clínica y capacidad de articulación comparativa entre enfoques, mientras que el resto de los documentos se integró de forma transversal en la contextualización teórica, metodológica y clínica del trabajo.

Tabla A3

Síntesis comparativa de los principales enfoques sistémicos aplicados a los TCA

| Título | Referencia APA | Autor y Año | Escuela sistémica | Conceptualización del TCA y función del síntoma | Intervenciones |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--|---|
| Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context | Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). <i>Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context</i> . Harvard University Press. | Salvador Minuchin, 1978. | Estructural | Síntoma como expresión del sistema familiar. Mantener equilibrio familiar | Reestructuración de límites familiares Fortalecimiento del subsistema parental Escenificación (hacer que interactúen en sesión) Alineamiento del terapeuta con subsistemas Reorganización de jerarquías familiares Clarificación de roles familiares |
| Family therapy in clinical practice. | Bowen, M. (1978). <i>Family therapy in clinical practice</i> . Jason Aronson | Murray Bowen (1978) | Intergeneracional | Problema relacionado con baja diferenciación del self. Expresión de tensiones emocionales familiares | Elaboración de genograma Análisis de patrones transgeneracionales Trabajo sobre diferenciación del self Reducción de triangulación Fomento de autonomía emocional Trabajo con historia familiar |

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|------------------|--|---|
| Change: Principles of problem formation and problem resolution | Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). <i>Change: Principles of problem formation and problem resolution</i> . Norton. | Paul Watzlawick (1974) | Estratégica | Problema mantenido por patrones de interacción. Mantener el sistema comunicacional. | Prescripción de tareas Intervenciones paradójicas Prescripción del síntoma Reformulación del problema Interrupción de secuencias de interacción Redefinición de la conducta problemática |
| Problem solving therapy. | Haley, J. (1976). <i>Problem-solving therapy</i> . Jossey-Bass. | Jay Haley (1976) | Estratégica | Problema como secuencia de interacción. Mantener dinámica familiar. | Prescripción de tareas Intervenciones paradójicas Prescripción del síntoma Reformulación del problema Interrupción de secuencias de interacción Redefinición de la conducta problemática |
| The anorectic family: A system in self-starvation | Selvini Palazzoli, M. (1988). <i>The anorectic family: A system in self-starvation</i> . Jason Aronson. | Selvini Palazzoli (1988) | Escuela de Milán | La anorexia como resultado de un sistema familiar rígido con patrones relacionales repetitivos. Mantener el equilibrio familiar y regular tensiones relacionales encubiertas | Preguntas circulares Hipotetización Neutralidad terapéutica Reformulación sistémica Prescripción invariable Observación del sistema familiar Intervenciones indirectas |
| Narrative means to therapeutic ends. | White, M., & Epston, D. (1990). <i>Narrative means to therapeutic ends</i> . Norton. | White & Epston (1990) | Narrativa | Problema como construcción narrativa. Mantener identidad problemática. | Externalización del problema Reescritura de la narrativa personal Identificación de excepciones Construcción de relatos alternativos Preguntas circulares Despatologización del síntoma Separación persona-problema Trabajo con identidad |
| Biting the hand that starves you | Maisel, R., Epston, D., & Borden, A. (2004). <i>Biting the hand that starves you</i> . Norton. | Maisel et al., 2004 | Narrativa | El TCA se conceptualiza como una entidad externa que influye en la identidad del individuo. Mantener una narrativa dominante problemática que define al sujeto | Externalización del TCA (separación persona-problema) Identificación de momentos de resistencia al síntoma Reconstrucción de la narrativa personal alternativa Fortalecimiento de la identidad no dominada por el trastorno Uso de lenguaje terapéutico despatologizador Exploración de valores y metas personales frente al TCA |

| | | | | | |
|--|---|-------------------------|-------------------------------|--|---|
| Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach | Lock, J., & Le Grange, D. (2013). <i>Treatment manual for anorexia nervosa</i> (2nd ed.). Guilford Press. | Lock & Le Grange, 2013 | Sistémica contemporánea (FBT) | El TCA se entiende como un trastorno que puede abordarse eficazmente con implicación familiar. Mantener dinámicas familiares que dificultan la recuperación. | Implicación activa de los padres en la restauración del peso Externalización del trastorno para reducir la culpa familiar Supervisión estructurada de la alimentación por parte de los padres Reorganización progresiva del control hacia el paciente Intervención en dinámicas familiares que interfieren en la recuperación Trabajo por fases (restauración, devolución del control, desarrollo adolescente) |
| Genograms: Assessment and intervention | McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). <i>Genograms</i> . Norton. | McGoldrick et al., 2008 | Intergeneracional | El TCA puede entenderse como expresión de patrones familiares transgeneracionales. Expresión de dinámicas familiares heredadas | Elaboración y análisis del genograma familiar Identificación de patrones heredados Exploración de eventos críticos (duelos, rupturas, conflictos) Análisis de lealtades invisibles Potenciar diferenciación emocional del paciente Revisión de roles familiares y expectativas implícitas |
| Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights | Gorrell, S., Murray, S. B., et al. (2019). Family-based treatment of eating disorders in adolescents. <i>Journal/Review</i> . | Gorrell et al., 2019 | Sistémica contemporánea | El TCA se conceptualiza como un problema abordable desde la familia en población adolescente. Mantener dinámicas familiares disfuncionales en adolescencia. | Implementación estructurada del modelo Family-Based Treatment Apoyo a los padres como agentes de cambio Intervención centrada en la restauración del peso en fases iniciales Reestructuración de dinámicas familiares disfuncionales |

Nota. Elaboración propia a partir de la literatura revisada.

ANEXO IV

Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

Título del trabajo: Trastornos de la conducta alimentaria desde la terapia sistémica: revisión sistemática teórica e integrativa de modelos e intervenciones

Autor/a: Olga Alonso Martínez

DNI/Alumno/a: 54216286L

Nombre del Director/a de TFM: Alba Moreno Encinas

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Uso de ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la organización de apartados, estructuración del índice y elaboración de tablas comparativas y anexos metodológicos.

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Uso de ChatGPT (OpenAI) para revisión lingüística, mejora de cohesión textual y reformulación académica de algunos fragmentos.

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Uso puntual de ChatGPT (OpenAI) para generar borradores preliminares de algunos apartados metodológicos y comparativos, posteriormente revisados, editados y adaptados manualmente.

Otros (especificar): Apoyo en la elaboración de matrices de síntesis narrativa y organización de información bibliográfica.

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

La información obtenida mediante herramientas de IA fue contrastada a través de la consulta directa de artículos científicos, manuales académicos y fuentes bibliográficas incluidas en el trabajo. Además, se revisó manualmente la correspondencia entre las referencias citadas y el contenido desarrollado, realizando modificaciones y reformulaciones para garantizar la coherencia académica y conceptual del TFM.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:



Fecha: 13/05/2026