



**Revisión sistemática de Eficacia de la terapia
familiar sistémica en Trastornos de la Conducta
Alimentaria en adolescentes**

Elena Pardo Rubio

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Universidad Pontificia de Comillas

Alba Moreno Encinas

Madrid

2023/2024

RESUMEN

En la actualidad son muchos los estudios que se han centrado en la eficacia de las distintas intervenciones para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los adolescentes. Esta revisión sistemática se plantea una revisión literaria de diversos estudios que versan sobre la eficacia de la intervención familiar sistémica, los diferentes tipos que podemos encontrar y modalidades, en el tratamiento de esta patología en la población adolescente. Por otra parte, se realiza una comparación con otro tipo de intervenciones hasta ahora puestas en prácticas en clínica. Teniendo en cuenta las limitaciones encontradas, los resultados han seguido la línea de revisiones anteriores, demostrándose la eficacia de la terapia familiar sistémica, con la posibilidad de ampliar la investigación futura.

Palabra clave: Trastorno de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Family-Based Therapy, Psicoterapia, Tratamiento psicológico, Terapia sistémica.

ABSTRACT

Currently, many studies have focused on the effectiveness of various interventions for the treatment of eating disorders (ED) in adolescents. This systematic review aims to conduct a literature review of various studies that address the effectiveness of systemic family intervention, the different types and modalities we can find, in the treatment of this pathology in the adolescent population. Additionally, it compares this approach with other types of interventions that have been implemented in clinical practice so far. Taking into account the limitations found, the results are consistent with previous reviews, demonstrating the effectiveness of systemic family therapy, with the possibility of expanding future research.

Key words: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Family-Based Therapy, Psychotherapy, Psychological Treatment, Familiar Therapy.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MÉTODO	17
Estrategias de búsqueda.....	17
Análisis de datos.....	21
3. RESULTADOS	25
Características metodológicas	25
Características de la muestra	28
Impacto de las intervenciones aplicadas.....	29
Impacto de las intervenciones en las variables aplicadas en el sistema familiar.....	35
Impacto de las intervenciones en las medidas de seguimiento.....	36
4. DISCUSIÓN.....	41
5. REFERENCIAS	46

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define la adolescencia como “el periodo de desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, desde los 11-13 años hasta los 19-21 años”. La noción de adolescencia ha experimentado transformaciones para ajustarse a los cambios en la sociedad. Investigaciones recientes han redefinido la adolescencia, considerándola como un lapso que abarca desde los 11 hasta los 25 años (Sawyer et al., 2018).

En la adolescencia tienen lugar cambios a nivel físico, psicosocial y cognitivos, muchos de ellos vividos como factores estresantes y de riesgo para el propio sujeto. Del mismo modo, se produce el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el crecimiento, que afectarán en gran medida al bienestar emocional y mental (Casas y Ceñal, 2005) Se comienza a poner en práctica habilidades como la toma de decisiones, la resolución de problemas y la gestión emocional, que pueden verse afectados por aprendizajes aprehendidos a lo largo de su desarrollo evolutivo o bien por el contexto en el que se desenvuelve. Estos factores contribuirán en mayor o menor medida a la adaptación con su entorno social, la forma de exponerse a las diferentes situaciones características de este periodo, y a la exploración y proceso de forjar su identidad de manera más autónoma e individual (OMS, 2021). Esta etapa de transición puede estar caracterizada por nuevos procesos de adaptación en un corto periodo de tiempo, que pueden verse ejemplificados en traslados de colegios y migración a etapas académicas superiores, introducción en el mercado laboral o mayor grado de conciencia en las nuevas responsabilidades a las que se enfrentan (Sawyer et al., 2018).

Atendiendo a lo anteriormente mencionado, la salud mental en la adolescencia es planteada desde una visión holística, en la que se incluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales que abarcan tanto influencias individuales como familiares y sociales (OMS, 2004b). La salud mental no solo se vería influida por atributos individuales, sino que se tendrían en consideración factores ambientales y las circunstancias económicas y sociales que forman parte de la realidad del sujeto.

La aparición de síntomas psicopatológicos en la adolescencia se origina a partir de interacciones complejas entre diversas variables, como condiciones de salud previas,

el nivel de ajuste que presente el adolescente o la vulnerabilidad personal. Asimismo, la existencia de situaciones de riesgo y el posible acceso a elementos protectores pueden influir en la presencia de recursos disponibles, como la percepción de situaciones estresantes, un estilo de apego seguro y su nivel de autoestima (Leadbeater, et al., 1999). La presencia de estos factores va a influir proporcionalmente en el número de factores de riesgo a considerar a los que se encuentran expuestos. La influencia de los medios de comunicación, imposición de normas de género, u otros determinantes cruciales como la calidad de su entorno doméstico y relaciones con iguales, pueden ampliar la discrepancia entre la realidad que experimentan los adolescentes y sus percepciones o metas futuras (Moreno et al. 2019).

La OMS (2021) señala que, a nivel global, aproximadamente uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años experimenta algún trastorno mental, constituyendo este tipo de trastornos el 13% de la carga de morbilidad en este grupo de edad. Por otra parte, la depresión, ansiedad y los trastornos de comportamiento figuran entre las causas fundamentales de enfermedad entre la población adolescente y juvenil. La falta de atención sobre los trastornos de salud mental en estas edades o etapas evolutivas puede repercutir en la edad adulta, trayendo consecuencias negativas tanto en la salud física como en la mental, así como limitando las oportunidades para una vida plena en el futuro (OMS, 2021).

Las principales causas de enfermedad y fallecimiento durante la adolescencia están estrechamente vinculadas a factores ambientales y conductuales, y vinculados a la salud mental, como es el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estos trastornos suelen manifestarse entre los 12 y 25 años, y afectan predominantemente al 90-95% de mujeres. Estas adoptan actitudes y comportamientos orientados al control del peso, la figura y la alimentación, con el propósito de alcanzar el “ideal de belleza” que se impone desde la cultura occidental. La presión social ejerce una influencia significativa en los adolescentes, suponiendo una aceptación o rechazo de su cuerpo, con la respectiva adopción de dietas restrictivas sin supervisión adecuada, que puede desencadenar en este tipo de trastornos (Lozano, 2012).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), denominados Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos en la última versión del Manual Diagnóstico

y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5), se tratan de una de las patologías cuyas tasas de morbilidad y mortalidad han ido aumentando en los últimos tiempos, especialmente en población joven y adolescente. Estos trastornos son definidos por una alteración constante en la alimentación o en el comportamiento asociado con la alimentación, generando cambios en el consumo o absorción de los alimentos y resultando en un notable deterioro de la salud física o del funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2014). La resolución de estos trastornos está influenciada por la búsqueda y/o mantenimiento de un estado de delgadez (Maor et al., 2006).

Según la American Psychiatric Association (2014), los TCA se sitúan en el grupo de los trastornos mentales conductuales, abarcando diversos tipos como la “Pica”, el “Trastorno de rumiación”, el “Trastorno de evitación/restricción de alimentos”, la “Anorexia Nerviosa”, la “Bulimia Nerviosa”, “Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado” y el “Trastorno por atracones”. Dado que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los trastornos de alimentación más investigados, y con mayor prevalencia en la población infanto-juvenil, se han encontrado muchos estudios y artículos enfocados en el tratamiento y en la intervención de este tipo de patologías de forma concreta.

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), la anorexia nerviosa se clasifica como un trastorno específico, caracterizado por un temor irracional a ganar peso, una distorsión de la imagen corporal y, en el caso de las mujeres, la aparición de la amenorrea. Este trastorno se manifiesta principalmente a través del deseo de perder peso y el miedo a aumentarlo. La persona que lo padece cuenta con diferentes estrategias para lograr este objetivo, como la restricción en exceso de la alimentación, intenso ejercicio físico, prácticas purgativas y el uso de medicamentos adelgazantes. Los pacientes presentan distorsiones cognitivas que refuerzan y perpetúan estas conductas compensatorias, las cuales en casos extremos pueden tener consecuencias graves, incluso mortales. En la actualidad se ha observado un aumento en la prevalencia de casos a nivel global, hecho que se relaciona con la apariencia física como la presentación del individuo a la sociedad (Moreno et al., 2019).

Para poder determinar la gravedad actual, se tiene en cuenta como criterio principal el IMC en adultos, y en niños y adolescentes en el percentil del IMC. Se considera una patología “Grave” cuando el IMC es de 15-15.99 kg/m, y “Extremo” cuando se sitúe en puntuaciones inferiores a 15 kg/m. Los criterios diagnósticos incluidos por el DSM-V se exponen en la tabla a continuación (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según el DSM-5

Criterios actuales de la anorexia nerviosa según el DSM-5

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento, de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Algunas de las características que apoyan el diagnóstico serían las siguientes: afecciones médicas, relacionadas con la purga y la restricción alimenticia; sintomatología depresiva como aislamiento social, insomnio ánimo deprimido y disminución del interés por el sexo; los síntomas obsesivo-compulsivos son remarcables, sin embargo es importante corroborar que estén asociados con la alimentación, pues en caso contrario podría estar asociado con un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo; se presentan también excesivos niveles de actividad física en muchos casos, lo que puede ser una variable difícil de controlar y suponer un riesgo añadido en la recuperación de la persona.

La bulimia nerviosa es definida como un trastorno de la conducta alimentaria en la que la persona experimenta episodios de ingesta excesiva de alimentos en un laxo de tiempo breve, seguidos por la inmediata adopción de distintas medidas para eliminar las calorías que ha consumido, como el uso de laxantes, diuréticos y la autoinducción del vómito. Se caracteriza por la experimentación de una sensación de pérdida de control. La

bulimia nerviosa se asocia con síntomas psicológicos como pérdida de autocontrol, impulsividad (conducta que lleva a los atracones), cambios drásticos de humor, baja autoestima, episodios depresivos, ansiedad y una fuerte distorsión cognitiva en relación con la apariencia física y la conducta alimentaria en general (Rava y Silber, 2004).

Los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-5 (APA, 2014) se incluyen en la tabla descrita a continuación. Para poder determinar la gravedad de la patología, se tiene en cuenta la frecuencia de actitudes compensatorias, determinando como “Grave” la presencia de 8-13 episodios de comportamiento compensatorios inapropiados, y “Extremo” la aparición de 14 o más.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según el DSM-5

Criterios actuales de la bulimia nerviosa según el DSM-5
A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los hechos siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión en un periodo determinado de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
C. Los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Dentro de las características asociadas que apoyan el diagnóstico incluidas en el -5 (APA, 2014) se incluyen las siguientes: las personas que padecen bulimia nerviosa suelen presentar un rango de peso normal o tener sobrepeso, a pesar de que se suele controlar el consumo total de calorías diarias y elegir alimentos menos calóricos; a menudo la bulimia nerviosa se asocia con irregularidades menstruales (amenorrea), y otro tipo de alteraciones fisiológicas.

El trastorno por atracón fue incluido dentro del DSM-5 (APA, 2014) en la categoría de “Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos”, reconociéndose en la actualidad como un trastorno de la conducta alimentaria independiente y específico. El atracón es definido como la ingesta de alimentos en grandes cantidades, en un periodo determinado de tiempo, superando la cantidad que otra persona podría comer en una situación parecida, acompañada de la sensación de falta de control (APA, 2014). Se pueden incluir como criterios adicionales la ingesta rápida de alimentos, con sensación de vergüenza, de saciedad desagradable, e incluso comer sin sensación de hambre. Suele ser habitual que estos episodios de atracones tengan lugar en solitario, mientras que cuando la persona se encuentre en situaciones sociales pueda realizar ingestas normales similares a las de sus acompañantes, o incluso evitar el acto de comer (Escandón y Garrido-Rubilar, 2021). Para poder determinar el diagnóstico de trastorno por atracón es necesario que se de al menos un atracón a la semana durante tres meses, con ausencia de comportamientos compensatorios recurrentes, tal y como se establece en el DSM-5 (APA, 2014)

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, podemos encontrar “Pica”. La pica se distingue por tratarse de un trastorno que implica la ingesta de sustancias no alimenticias (Byard, 2014), de forma compulsiva y durante un periodo de tiempo considerable. Se presenta, principalmente, en población infantil. Entre las sustancias dañinas que se ingieren se pueden incluir las siguientes: cera, basura, piedras (litofagia), tierra (geofagia), o incluso pelo (tricofagia). Tal y como se recoge en el DSM-5 (APA, 2014), en algunos casos el seguimiento de este tipo de patología se lleva a cabo por las afecciones médicas que implica (obstrucción intestinal, infecciones como la toxoplasmosis, envenenamiento). Puede situarse en el contexto de otro trastorno mental (trastorno del desarrollo intelectual, trastorno del espectro autista, esquizofrenia), pero se considera una patología en sí cuando es considerada la gravedad para la atención clínica adicional (Sturmey y Williams, 2016).

El trastorno de rumiación es considerado como una patología en la tiene lugar la regurgitación repetida de alimentos, que han sido parcialmente digeridos, y seguidamente vuelven a ser masticados, para después ser deglutido o bien escupirse de la boca (Medina-Tepal et al., 2021). Este trastorno no es explicado por otra afección médica, como el reflujo gastroesofágico, o durante el curso de otros trastornos de la conducta alimentaria

(anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón o trastorno de evitación/restricción) (APA, 2014).

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, por otra parte, se considera un patrón maladaptativo en el que tiene lugar la evitación de manera continuada o restricción de alimentos. Los criterios diagnósticos con los que conduce pueden tener relación con un retraso en el crecimiento o bajo peso, carencia a nivel nutricional, necesidad de depender de suplementos nutricionales para alcanzar los objetivos nutricionales y/o una interferencia considerable en el funcionamiento psicosocial (Saravia et al., 2022). Por lo tanto, el diagnóstico se realizará en caso de que el niño presente dificultades en la ganancia de peso o un retraso en el crecimiento, mientras que en un adolescente se diagnosticará cuando exista una insatisfacción de necesidades nutricionales, que lleven a la pérdida de peso de forma persistente (Thomas et al., 2017).

En relación con el Trastorno Evitativo/Restrictivo de la Ingesta de Alimentos (TERIA), Fisher et al. (2014) descubrieron que los niños y adolescentes que padecen este trastorno. Presentan diferencias clínicas significativas en comparación con aquellos que tienen anorexia o bulimia nerviosas. Se observó que muestran niveles más altos de ansiedad y experimentan más síntomas gastrointestinales. Nicely et al. (2014) añaden que la causa de la evitación de los alimentos se debe al temor a desarrollar enfermedades como hipercolesterolemia, obesidad o diabetes, así como que las personas que lo presentan muestran mayor deterioro cognitivo y enfrentan más problemas de índole social.

En este nuevo diagnóstico, se incluyen ahora tanto pacientes previamente diagnosticados con trastornos de la alimentación en la primera infancia como aquellos con neofobia alimentaria. En estos últimos se distinguían porque el síntoma principal era el miedo a probar alimentos desconocidos, lo que resultaba en una falta de diversidad en la dieta, acompañada de ansiedad manifiesta, una actitud defensiva específica hacia los nuevos alimentos y comportamientos problemáticos durante las comidas. Estas conductas pueden estar relacionadas con la evitación de situaciones sociales asociadas con la alimentación, como la negativa a asistir a la escuela o a su puesto de trabajo (Cruz y Serrano, 2020).

En los Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificado se encuentra una sintomatología similar a los trastornos de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, pero configurando un cuadro incompleto. Dentro de esta patología se incluyen conductas compensatorias inapropiadas e ingesta compulsiva, pero sin conductas compensatorias. Se trata de un diagnóstico que se utiliza en ocasiones en las que el profesional sanitario no cuenta con la suficiente información para realizar un diagnóstico más específico o bien no se especifica el motivo del incumplimiento de los criterios propios de un trastorno de la conducta alimentaria específico (APA, 2014).

Aunque los TCA suelen iniciarse típicamente en la adolescencia, en los últimos tiempos se ha detectado un aumento en edades más tempranas, a partir de los 5 años. La Anorexia Nerviosa (AN) tiene su inicio en la adolescencia temprana, con una mayor incidencia entre los 15 y los 19 años en mujeres. Por otra parte, la Bulimia Nerviosa (BN) tiende a comenzar en la adolescencia tardía. En cuanto al Trastorno por Atracón (AT), los estudios han encontrado un pico de aparición entre los 13,9 años, mientras que otro estudio lo sitúa entre los 18 y 20 años (no se incluyeron varones, a pesar de que la mayor prevalencia se encuentra en ellos) (Smink et al., 2014). La Asociación Americana de Psiquiatría señala que en esta última patología la edad media de prevalencia serían los 23,3 años (APA, 2015). El aumento en el diagnóstico de TCA en hombres también se ha visto aumentado en las décadas más recientes, aunque continúa siendo un diagnóstico más característico en mujeres, con una proporción que varían en diferentes estudios, entre 3:1 y 18:1 (Gaete y López, 2020).

Los principales factores de riesgo vinculados al desarrollo y diagnóstico de las diferentes patologías hasta ahora definidas radican en factores relacionados con la idealización de la delgadez desde una perspectiva sociocultural (Gismero, 2020). Entre los factores predisponentes para el establecimiento de un posible TCA se encuentra la insatisfacción corporal y preocupaciones por el cuerpo, que puede ir acompañada de síntomas depresivos (David, Miller, & Marti, 2008). La realización de dietas moderadas y severas sin seguimiento/prescripción médica fue otro de los factores considerados de riesgo, pues pueden ir acompañadas de pérdidas extremas de peso, así como el uso indebido de sustancias como laxantes, componentes adelgazantes, e incluso la inducción del vómito o purga.

La estructura familiar y las relaciones establecidas entre los miembros de la familia o cuidadores juegan un rol significativo en el desarrollo de la patología. Atendiendo al entorno social del joven, las explicaciones socioculturales señalan la repercusión que las relaciones disfuncionales pueden tener a nivel de autoestima e insatisfacción con el cuerpo, propagándose por medio del aprendizaje social o las normas grupales establecidas entre los iguales (Ergüney y Deveci, 2019; Keski-Rahkonen et al., 2019). La manifestación de los síntomas de esta patología perpetúan los problemas que tienen lugar en el sistema familiar, como los conflictos, fracasos, rigidez percibida en la familia o incluso patrones de sobreprotección detectados por parte los cuidadores. Para tratar de abordar los desafíos familiares, se han ido desarrollando una serie de técnicas e intervenciones, focalizadas en el tratamiento del menor en consonancia con el resto de los miembros de la familia nuclear, o extensa en otros casos (Losada y Bidau, 2017)

Según han propuesto Leung, Schwartzam y Steigen (1996), su modelo diferencia dos vías que pueden llegar a explicar la influencia de la familia en el desarrollo y perpetuación de un TCA (Ruíz et al., 2013):

- a) La preocupación por el peso y la figura de los miembros de la familia pueden contribuir a la génesis de la insatisfacción corporal, y desencadenar en la sintomatología característica de la patología.
- b) La presencia de una disfunción familiar puede tener un efecto indirecto, adicional a la baja autoestima y la insatisfacción corporal ya presente; o puede actuar de forma directa sobre los síntomas.

En la actualidad, la mayor exposición a los medios de comunicación se relaciona de manera prospectiva con el desarrollo de TCA en adolescentes y jóvenes, principalmente (Gismero, 2020). La exposición a imágenes con cuerpos considerados “ideales” suponen un riesgo, especialmente para aquellos que internalizan el ideal de belleza o mantienen dietas desordenadas (Brown y Tiggemann, 2016). Cada vez son más las evidencias que sugieren que el uso de diferentes redes sociales (especialmente aquellas en las que se propicia mayor comparación física o la implantación de comportamientos alimentarios restrictivos) pone al alcance de manera rápida y sencilla contenidos que pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo de estas patologías y mayor

afectación a la autoestima desde edades muy tempranas (Burnette, Kwitowski y Mazzeo, 2017).

Las complicaciones médicas asociadas a los TCA pueden traducirse en afecciones a diversos órganos del cuerpo. Su aparición se relaciona con la duración y severidad de la patología, presentándose en la AN complicaciones de índole cardiovascular y gastrointestinal, deterioro del sistema inmunitario, complicaciones musculoesqueléticas y disfunciones cognitivas y cerebrales; en la Bulimia Nerviosa, por otra parte, suelen cursarse trastornos electrolíticos, problemas gastrointestinales y del sistema reproductivo, inflamación de las glándulas parótidas y daño dental (principalmente debido a las conductas purgativas).

A nivel psicológico, los pacientes diagnosticados con alguna patología relativa a las conductas alimentarias suelen presentar comorbilidad con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y, de forma particular, obsesivo-compulsivos. Se puede encontrar una vinculación añadida con una dificultad en el control de impulsos, excesiva rigidez, perfeccionismo y trastornos de la personalidad. Estas dificultades se verán reflejadas en un impacto a nivel social, viéndose afectada las relaciones intra e interpersonales en los distintas áreas que componen la realidad del adolescente (sistema familia, grupo de iguales y ámbito académico) (Delgado y Jáuregui-Lobrega, 2016)

En el tratamiento en pacientes adolescentes que presentan un TCA resulta importante tener en cuenta tanto la complejidad a nivel psicosocial y biológico, como la etapa evolutiva en la que se encuentran, con las complejidades particulares de la misma. Esta intervención debe impartirse de forma conjunta con un equipo inter y multidisciplinar (médico especialista en el desarrollo del adolescente, psiquiatra, psicólogo, médicos y especialistas en nutrición, terapeutas ocupacionales), desde una visión integral y especializada (Golden et al., 2003). Se deben contemplar diferentes niveles de atención, que pueden incluir desde el tratamiento ambulatorio básico hasta formas más intensivas como el tratamiento ambulatorio intensivo, la hospitalización parcial/diurna, y la hospitalización completa (Gaete, López y Matamala, 2012).

La intervención de esta patología en los adolescentes comprende tratamiento farmacológico, prescripción de pautas alimentarias y manejo nutricional, y tratamiento

psicológico, así como el abordaje de las posibles complicaciones médicas y las comorbilidades psiquiátricas (Gowers y Green, 2009). La prescripción de psicofármacos en la adolescencia para el abordaje de los TCA tiene una evidencia limitada, a pesar de que se ha probado su eficacia para el tratamiento de las comorbilidades relacionadas con estos (Gaete y López, 2020).

Entre las principales complicaciones que pueden surgir al intervenir con adolescentes que padecen esta patología se encuentra la reducida motivación al cambio, la negación de la problemática y falta de conciencia de enfermedad, infiriendo todo ello en la adhesión al tratamiento y la falta de compromiso con el profesional/les involucrados en el caso (Lázaro, 2022). Adicionalmente, se pueden ver incrementadas estas dificultades cuando la evolución y el curso del trastorno se ha prolongado en el tiempo, o cuando la red personal del paciente no es lo suficientemente sólida, y se encuentran resistencias externas que afectan a la intervención. Teniendo en consideración lo anteriormente mencionado, se ha probado la eficacia de diversas intervenciones psicosociales para el tratamiento de TCA, desde el enfoque psicoterapéutico:

En primer lugar, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha logrado reconocimiento como intervención de primera línea en el abordaje terapéutico de los TCA, siendo una de las más utilizadas y prescritas a la hora de intervenir sobre esta patología. Su objetivo principal se centra en comprender la función de la problemática alimentaria y los mecanismos utilizados, y de esta forma conseguir llegar a patrones establecidos que deben ser modificados a nivel comportamental y cognitivo. La ventaja más reconocida de este tipo de intervención es su enfoque transdiagnóstico, consiguiendo así la focalización en el mecanismo de mantenimiento que persisten en los trastornos alimentarios (Ergüney y Deveci, 2019; Fairburn et al., 2003; Lázaro, 2022). Este tipo de terapias combinan técnicas conductuales y la reestructuración cognitiva, para conseguir la modificación de esquemas que hasta el momento han resultado disfuncionales y la percepción de la realidad del paciente.

Las terapias conductuales presentan un gran apoyo empírico en la actualidad en el abordaje de patologías relacionadas con la conducta alimentaria. Al tratarse de intervenciones conductuales, muchas de ellas comparten elementos y bases comunes, sobre las que se sustentan, siendo tres los conceptos principales sobre los que inciden:

esquemas, creencias y pensamientos automáticos. La Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) es una terapia de tercera generación para la intervención en TCA, que no aborda únicamente elementos cognitivo-conductuales, sino que tiene en consideración técnicas de validación y mindfulness de manera adicional (Vásquez-Dextre, 2016). Su principal objetivo es la aceptación psicológica de la problemática y la validación emocional, además de incidir sobre el problema claramente definido (Moreno, 2012).

Una de las modalidades terapéuticas que ha demostrado eficacia en la intervención de los TCA es la terapia grupal. Al tratarse de tratamientos de larga duración y alto coste, además de la falta de motivación en ocasiones por parte del paciente, las terapias de grupo surgen para tratar de paliar estas desventajas. A pesar de que en la práctica clínica no difiere la intervención conductual en un plano individualizado de la impartida en formato grupal (a lo que contenido y objetivos terapéuticos se refiere), el impacto que causa sobre los adolescentes y la población en general supone un mayor cambio en variables como la socialización, la comunicación y el establecimiento de relaciones y habilidades sociales (Ergüney y Deveci, 2019). Estos espacios comunes pueden fomentar el cambio, por medio del modelado y la sensación de comprensión por parte del resto, así como la sensación de soporte y acompañamiento durante el proceso. Se ha probado su eficacia a la hora de trabajar sobre conflictos emocionales, imagen corporal, perfeccionismo, expresión de sentimientos y relaciones interpersonales, apoyando la externalización de los pensamientos y expresión emocional en un grupo terapéutico (Linerós-Linero y Martínez Nuñez, 2018).

La intervención familiar sistémica se ha situado como una terapia de primera generación para el tratamiento del TCA. Este tipo de intervención se puede presentar en diferentes modalidades: un tratamiento centrado en el familiar o cuidador, intervenciones en las que se trabaja tanto con el paciente como con sus familiares o cuidadores de forma conjunta, o la conocida como Terapia Multifamiliar, en la que participan varias familias que comparten un paciente con este trastorno. El Modelo de Milán, del cual fue precursora Selvini Palazzoli (Campreciós et al., 2014), propuso en sus inicios la participación de todos los miembros del sistema familiar, pero en la actualidad se ha propulsado la participación de aquellos miembros que así lo deseen. La principal característica que la diferencia del resto de intervenciones es tratar el síntoma como parte de una trama y funcionamiento familiar (Le Grange, Lock y Dymek, 2003).

Le Grange, Lock y Dymek (2003) han señalado como principales objetivos de esta intervención la movilización del sistema familiar como un agente de cambio y participe en el proceso terapéutico, la recuperación de habilidades y competencias, fomentar la confianza y empatía, y hacer frente a las necesidades y dimensiones de la realidad familiar.

Los resultados positivos del tratamiento enfocado en la familia pueden ser explicados por la incidencia sobre las principales problemáticas que se encuentran las familias con pacientes con TCA: la tendencia a la evitación del conflicto y la fusión entre sus miembros. En familias en los que los funcionamientos son disfuncionales, se puede ver aumentada la cronicidad de la patología; una de las metas principales terapéuticamente es alcanzar el funcionamiento óptimo, construido a través del desarrollo de la empatía, confianza, y emocionalidad expresada.

A pesar de existir diversas corrientes de terapia familiar, el Tratamiento Basado en la Familia o Family-Based Treatment (FBT, por sus siglas en inglés) se trata de una modalidad específica de tratamiento, desarrollada por Christopher Dare e Iván Eisler (Loeb y Le Grange, 2009). Se trata de una terapia que enfatiza el rol de los padres como un recurso, dotándoles de empoderamiento en su proceso por lograr la recuperación del adolescente con trastorno de alimentación. Se trata de un tratamiento de corta duración cuyo principal objetivo es movilizar a los familiares en la remisión de la sintomatología del TCA, recuperando una trayectoria de desarrollo normal en el momento vital en el que se encuentra el adolescente. En un primer momento, fue diseñado para la intervención específica sobre la AN, pero posteriormente se generalizó y se adaptó al tratamiento de otro tipo patologías en la misma línea, como la BN. Uno de los principios fundamentales sobre los que se sustenta este tipo de terapia es sobre la superación de la autoacusación que puede ser percibida en las familias en las que se desarrolla esta patología, reduciendo la culpa y externalizando los sentimientos y pensamientos acerca del trastorno; de esta forma, se puede conseguir la corrección de las percepciones erróneas que a menudo puede tener el sistema, y se atribuye un papel característico a cada uno de los miembros (Le Grange, Binford y Loeb, 2005).

Objetivos del trabajo

El objetivo principal de esta revisión sistemática es estudiar la eficacia a medio-largo plazo de la terapia sistémica en la mejora de la sintomatología propia de la patología alimentaria en adolescentes que presentan TCA. De manera más específica se pueden señalar los siguientes:

1. Detectar las distintas variables en las que se puede observar un cambio tras la intervención sistémica con el adolescente.
2. Determinar qué tipo de intervención sistémica es aquella que presenta mayor apoyo empírico, en caso de que exista una con mejores resultados y más extendida en el área de los TCA en población adolescente.
3. Evaluar las variables enfocadas en los familiares de los participantes con TCA y su evolución tras la intervención familiar sistémica.
4. Estudiar la posible diferencia entre una intervención individual y la intervención basada en la familia, así como analizar la eficacia de otro tipo de intervenciones concretas (como la Terapia Cognitivo-Conductual, o la Terapia de Aceptación y Compromiso) con respecto a la que es nuestro objeto de estudio.
5. Valorar los efectos a corto y largo plazo, y comprobar si se mantienen los cambios observados en las distintas variables analizadas en la etapa de seguimiento.
6. Observar posibles áreas de investigación e intervención basada en la familia para la aplicación en Trastornos de la Conducta Alimentaria, en población adolescente y juvenil.

2. MÉTODO

Estrategias de búsqueda

Se realizó la búsqueda bibliográfica entre los meses de diciembre y enero de año 2023 y 2024, consecuentemente, en las siguientes bases de datos: PsycInfo, Cochrane Library, Scopus y PBSC (buscar el nombre completo). Los términos utilizados de búsqueda, a través del lenguaje documental, son los presentados a continuación: *Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, Binge Eating Disorder, Bulimia, Purging (Eating Disorder), Binge Eating, Family Therapy, Strategic*

Family Therapy, Structural Family Therapy, Family Intervention, Multisystemic Therapy, Randomized Controlled Trials, Randomized Clinical Trials, Treatment Effectiveness Evaluation. Los operadores booleanos con los que se conectaron fueron AND y OR. Se pueden encontrar los términos concretos en función a las diferentes bases de datos a continuación (Tabla 3).

Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda en función de las diferentes bases de datos

Bases de datos	Términos de búsqueda	Ecuación de búsqueda	Resultados
PsycInfo	DE "Eating Disorders" DE "Anorexia Nervosa" DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" DE "Binge Eating Disorder" DE "Bulimia" DE "Purging (Eating Disorders)" DE "Binge Eating" DE "Family Therapy" DE "Strategic Family Therapy" DE "Structural Family Therapy" DE "Family Intervention" DE "Multisystemic Therapy" DE "Randomized Controlled Trials" DE "Randomized Clinical Trials" DE "Treatment Effectiveness Evaluation"	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR DE "Purging (Eating Disorders)" OR DE "Binge Eating" OR "eating disorder" OR "eating disorders" OR "anorexia" OR "bulimia" OR "purg*" OR "binge") AND (DE "Family Therapy" OR DE "Strategic Family Therapy" OR DE "Structural Family Therapy" OR DE "Family Intervention" OR DE "Multisystemic Therapy" OR "family" OR "systemic" OR "multisystemic") AND (DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Randomized Clinical Trials" OR DE "Treatment Effectiveness Evaluation" OR "efficacy"	125
Scopus	DE: "Eating Disorder" DE: "Feeding Disorder" DE: "Family Therapy" DE "Family Intervention" DE "Systemic Therapy" DE "Multi-family Therapy" DE: "Randomized Controlled trials" DE: "Randomized Controlled trials"	ALL("Eating disorders") AND ("Family Therapy" OR "Family Intervention") AND ("Randomized Controlled Trials") AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE,"final")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA,"PSYC")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE,"ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English")	221

P&BSC	DE "EATING disorders" DE "APPETITE disorders" DE "ANOREXIA nervosa" DE "BINGE-eating disorder" DE "BULIMIA" DE "FAMILY psychotherapy" DE "STRATEGIC family psychotherapy" DE "STRUCTURAL family psychotherapy" DE "STRUCTURAL family therapy" DE "SYSTEMIC family therapy" DE "RANDOMIZED controlled trials"	DE "EATING disorders" OR DE "APPETITE disorders" OR DE "ANOREXIA nervosa" OR DE "BINGE-eating disorder" OR DE "BULIMIA") AND (DE "FAMILY psychotherapy" OR DE "STRATEGIC family psychotherapy" OR DE "STRUCTURAL family psychotherapy" OR DE "STRUCTURAL family therapy" OR DE "SYSTEMIC family therapy") AND (DE "RANDOMIZED controlled trials" OR DE "CLINICAL trials"	14
Cochrane Library	#1 MeSH "Eating and Feeding Disorders" MeSH "Feeding Disorders" MeSH "Appetite Disorders" MeSH "Eating Disorders" MeSH "Binge-Eating disorders" MeSH "Bulimia Nervosa" MeSH "Anorexia Nervosa" #2 MeSH "Food Addiction" MeSH "Family Therapies" MeSH "Therapy, Family"	#3 AND #2 AND #1	88

Entre los criterios de elegibilidad se tuvieron en consideración para la selección de artículos: (a) estudios experimentales, teniendo más consideración en ensayos clínicos aleatorizados, (b) artículos publicados en inglés o en español, (c) centrados en población adolescente y juvenil, de entre 11 y 23 años, (d) enfocados en la eficacia de la terapia

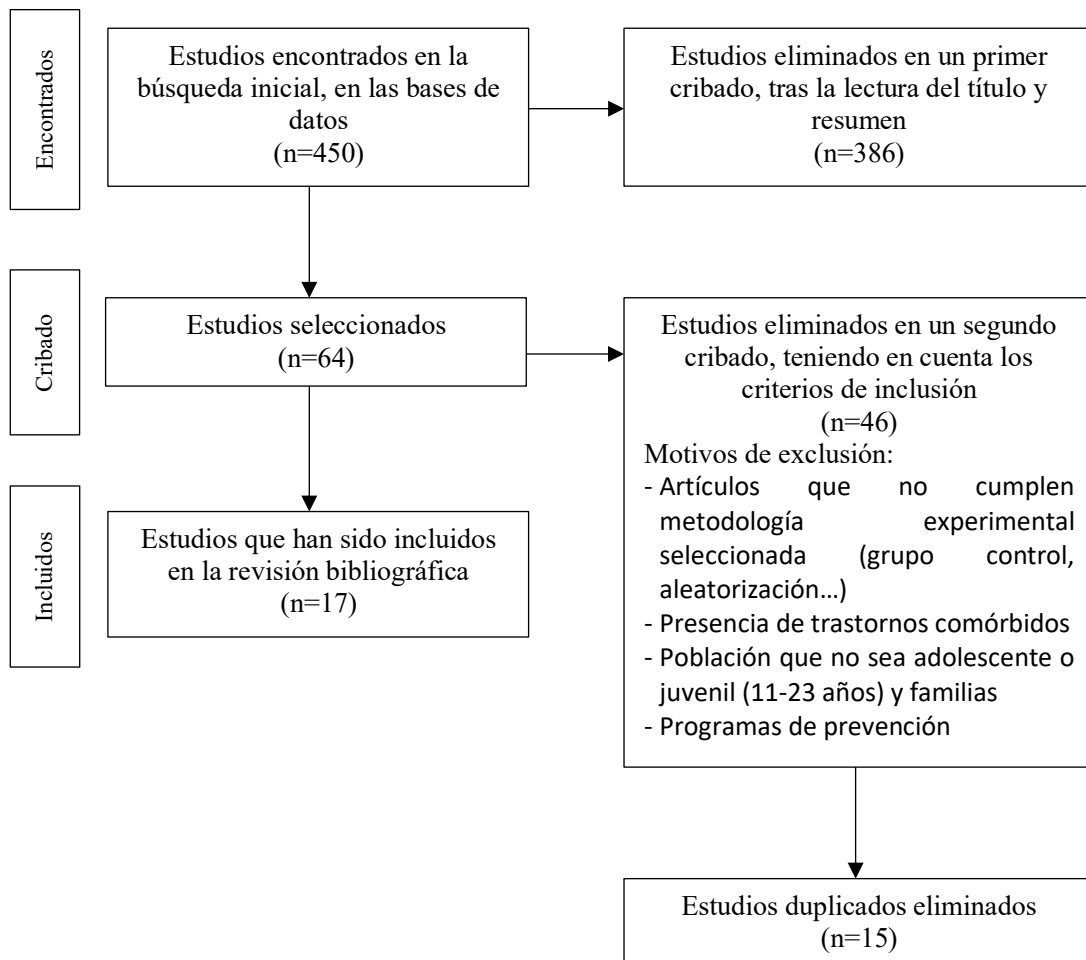
sistémica, (e) con la posibilidad de participación de familiares de los sujetos seleccionados en la muestra.

Una vez aplicadas las ecuaciones de búsqueda en las diferentes bases de datos, se obtuvieron un total de 450 artículos. Se llevó a cabo un cribado inicial en el que se tuvieron en cuenta tanto el título como el resumen. Se descartaron artículos que tuviesen (1) muestra de población adulta (sin tener en cuenta a los familiares de los sujetos), (2) no se estudiase la eficacia de la intervención/terapia sistémica familiar, (3) no se hubiesen realizado con una metodología experimental, (4) artículos duplicados.

La aplicación de estos criterios de exclusión resultó en la reducción del total de artículos encontrados inicialmente a 64 artículos. Se realizó un segundo cribado, en el que se tuvo en cuenta la lectura total de los artículos restantes, para comprobar de manera exhaustiva si se cumplían los criterios de inclusión seleccionados para la revisión, entre los que se encontraron (a) la metodología experimental necesaria (por ejemplo, la existencia de grupo control dentro de la muestra, así como la aleatorización de los grupos control y experimental), (b) estudios que no versasen sobre la temática seleccionada para la revisión, (c) artículos en los que se consideraba comorbilidad con otros trastornos. Una vez aplicados los criterios mencionados, resultaron 19 artículos válidos, siendo este el número final de artículos seleccionados (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo incluyendo el proceso de selección de artículos



Análisis de datos

Con la finalidad de evaluar la validez de los artículos primarios, se realizó un análisis de las variables metodológicas de los estudios seleccionados. Se han evaluado el tipo de diseño utilizado, el tamaño de la muestra, características de los participantes que conforman la muestra, las variables outcome seleccionadas en el estudio, así como el tipo de medidas utilizadas para obtener los resultados, y el seguimiento temporal de los mismos.

Las variables que se tienen en consideración en el análisis de los estudios seleccionados, así como la medida de estas, se encuentran recogidas en la tabla 4 de variables metodológicas, expuesta a continuación.

Tabla 4. Variables metodológicas

Estudio	Muestra	Metodología	Medidas de resultado	Seguimiento de resultado
Agras et al. (2014)	N= 164 (adolescentes 12-18 años)	Experimental Grupo control (Intervención familiar e individual) vs. Grupo experimental (FBT)	IMC: índice de masa corporal (altura y peso) Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva State-Trait Anxiety Inventory: síntomas ansiosos Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptoms (CY-BOCS): severidad de los síntomas obsesivos compulsivos Quality of Life Enjoyment; Satisfaction Questionnaire: satisfacción con el tratamiento	12 meses
Ciao et al. (2014)	N= 121 (adolescentes 12-18 años) y familiares	Experimental Grupo control (AFT - terapia individual) vs. Grupo experimental (FBT)	IMC: índice de masa corporal Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE): autoestima The Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale (YBC-ED): síntomas obsesivos-compulsivos General Self-Efficacy Scale (GSES): autoeficacia percibida Work and Social Adjustment Scale (WSAS): ajuste social Family Assessment Device (FAD): funcionamiento familiar	6 y 12 meses
Eisler et al. (2003)	N= 40 (adolescentes) y familias	Experimental Grupo control (SFT-familias separadas) vs. Grupo experimental (CFT- familia unida)	Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ): estado de ánimo IMC: índice de masa corporal Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE): autoestima Maudsley Obsessional Compulsive Index (MOCI): síntomas obsesivos Eating Attitude Test (EAT): distorsión alimenticia Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI): sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria ABW: percepción de rigidez en la familia FACES III Standardized Clinical Family Interview (SCFI): emoción expresada por la familia	No
Eisler et al. (2016)	N=169 (adolescentes 13-20 años) y familiares	Experimental Grupo control (SFT) vs. Grupo experimental (MFT)	Morgan/Russell outcome scale; sintomatología asociada a la bulimia nerviosa IMC: índice de masa corporal Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE): autoestima Experience of Caregiving Inventory: evaluación de cuidado Client Satisfaction Questionnaire: satisfacción con el tratamiento	6 meses
Godart et al. (2012)	N= 60 (adolescentes 13-19 años)	Experimental Grupo control (TAU) vs. Grupo experimental (TAU + FBT)	Morgan/Russell outcome scale; gravedad de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria Global Outcome Assessment Scale (GOAS): Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI): sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria Weissman's Social Adjustment (SAS): ajuste social IMC: índice de masa corpora	18 meses

Le Grange et al. (2007)	N= 80 (adolescentes 12-19 años)	Experimental Grupo control (Psicoterapia de apoyo) vs. Grupo experimental (FBT)	Cuestionario EDE: síntomas de abstinencia por episodios de atracón-purga; psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE): autoestima Frecuencia de los episodios de atracón-purga	6 meses
Le Grange et al. (2012)	N= 121 (adolescentes 12-18 años)	Experimental Grupo control (AFT - terapia individual) vs. Grupo experimental (FBT)	IMC: índice de masa corporal Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria	6 y 12 meses
Le Grange et al. (2015)	N= 145 (adolescentes de 12-18 años)	Experimental Grupo control (CBT) vs. Grupo experimental (FBT)	Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva Family Environment Scale (FES): ambiente familiar Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptoms (CY-BOCS): severidad de los síntomas obsesivos compulsivos The Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale (YBC-ED): síntomas obsesivos-compulsivos Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES): autoestima	6 y 12 meses
Le Grange et al. (2016)	N= 107 (adolescente 12-18 años) y familiares	Experimental Grupo control (PFT – terapia enfocada exclusivamente a los cuidadores) vs. Grupo experimental (FBT)	IMC: índice de masa corporal Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria Children's Depression Inventory (CDI): síntomas depresivos Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES): autoestima Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptoms (CY-BOCS): severidad de los síntomas obsesivos compulsivos The Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale (YBC-ED): síntomas obsesivos-compulsivos Therapy Suitability and Patient Expectancy (TSPE): expectativas de la terapia Helping relationship questionnaire (HQR): aspectos más importantes de la relación terapéutica Family Environment Scale (FES): ambiente familiar Escala de Padres versus Anorexia (PvA): autoeficacia parental percibida	6 y 12 meses
Lock et al. (2005)	N=86 (adolescentes 12-18 años)	Experimental Grupo control (FBT short-term) vs. Grupo experimental (FBT long-term)	Cuestionario EDE: peso, estatura y psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria The Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale (YBC-ED): síntomas obsesivos-compulsivos Cuestionario CBCL: funcionamiento interpersonal Family Environment Scale: funcionamiento familiar	6 y 12 meses
Lock et al. (2015)	N= 45 (adolescentes 12-18 años) y familias (medidas ciertas variables)	Experimental Grupo control (FBT) vs. Grupo experimental (FBT + intervención específica para cuidadores)	Therapy Suitability and Patient Expectancy (TSPE): expectativas ajustadas a la terapia (tanto adolescentes como familiares) IMC: índice de masa corporal Cuestionario EDE: peso, estatura y psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria The Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale (YBC-ED): síntomas obsesivos-compulsivos Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptoms (CY-BOCS): severidad de los síntomas obsesivos compulsivos Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE): autoestima Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva Helping Relationship Questionnaire (HQR): aspectos más importantes de la relación terapéutica	No

Loeb et al. (2019)	N= 77 (adolescentes 13-17 años) y al menos un familiar	Experimental Grupo control (Counselling de educación nutricional) vs. Grupo experimental (FBT)	IMC: índice de masa corporal (altura y peso)	6 y 12 meses
Nyman-Carlsson et al. (2012)	N=78 (jóvenes entre 17-24 años)	Experimental Grupo control (CBT) vs. Grupo experimental (FBT)	IMC: índice de masa corporal Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI): sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva Treatment Satisfaction Scale (TSS): satisfacción con el tratamiento	18 meses
Reilly et al. (2014)	N= 110 (adolescentes 12-18 años)	Experimental Grupo control (CBT) vs. Grupo experimental (FBT)	Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptoms (CY-BOCS): severidad de los síntomas obsesivos compulsivos	6 y 12 meses
Robin et al. (1999)	N= 37 (adolescentes 11-20 años) y familiares	Experimental Grupo control (EOIT9 vs. Grupo experimental (FBST)	IMC: índice de masa corporal Eating Assessment Tool (EAT): actitudes alimenticias Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI): sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria (falta de efectividad, sensibilidad, desconfianza interpersonal) Inventario de depresión de Beck (BDI): sintomatología depresiva PARQ: conflicto familiar	12 meses
Robinson et al. (2012)	N= 49 (adolescentes 12-18 años) y familiares.	Experimental Grupo control (FBT en tratamiento diario) vs. Grupo experimental (FBT en tratamiento ambulatorio)	Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI): sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria Escala de Ansiedad Multidimensional Infantil (MASC): sintomatología ansiosa Inventario de Depresión Infantil (CDI): sintomatología depresiva Escala de Padres versus Anorexia (PvA): autoeficacia parental percibida	3 y 6 meses
Weich et al (2015) *tiene solo 3 autores	N= 158 (adolescentes 12-18 años) y familiares		Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS): perfeccionismo (estándares personales, expectativas familiares, crítica parental, organización, dudas en relación a acciones) Cuestionario EDE: psicopatología característica del trastorno de conducta alimentaria The Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale (YBC-ED): síntomas obsesivos-compulsivos	6 y 12 meses

Los artículos incluidos son ensayos clínicos aleatorizados, cuyo objetivo principal es analizar la eficacia de la terapia sistémica en Trastornos de la Conducta Alimentaria. No se ha tenido en cuenta un trastorno particular de los que enmarcan los Trastornos de la Conducta Alimentaria, sin embargo en la mayoría de estudios seleccionados se analiza la eficacia en adolescentes que presentan anorexia nerviosa (Lock et al., 2005; Robin et al., 1999; Eisler et al., 2016; Godart et al., 2012; Lock et al., 2015; Agras et al., 2014; Ciao et al., 2014; Eisler et al., 2003; Nyman-Carlsson et al., 2018; Le Grange et al., 2012; Welch et al., 2020; Le Grange et al., 2016). En tres de los estudios primarios analizan la eficacia de la intervención en pacientes con bulimia nerviosa (Le Grange et al., 2007; Reilly et al., 2022; Le Grange et al., 2015), y tan solo uno de ellos no tiene en cuenta el tipo de patología particular que presenta la muestra, teniendo en cuenta varias de ellas (Robinson et al., 2012).

3. RESULTADOS

Características metodológicas

Todos los artículos seleccionados para la revisión presentan un diseño experimental aleatorizado. Además, en todos los artículos se encuentran dos grupos diferenciados: el grupo control y el grupo experimental. Ambos grupos (experimental y control) reciben algún tipo de intervención, con excepción del artículo de Robin et al. (1999) en el que el grupo control no recibe tratamiento. Atendiendo al grupo experimental ocho de los artículos seleccionados han recibido un tipo de intervención sistémica diferente a la utilizada en el grupo control respectivamente, o bien se ha aplicado en una modalidad distinta a la del grupo experimental, entre las que encontramos: Family-Based Therapy (FBT), Multifamiliar-Based Therapy (MFBT); Family-Based Therapy de larga y corta duración; Family-Based Therapy en modalidad ambulatoria y diaria; Parental Focusing Therapy (PFT); Association for Family Therapy (AFT) (Robinson et al., 2012; Lock et al., 2005; Eisler et al. 2016; Lock et al., 2015; Agras et al., 2014; Eisler et al., 2003; Weich et al., 2015; Le Grange et al., 2016). En tres de los artículos se realiza la intervención del grupo control utilizando la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) (Reilly et al., 2014; Norman-Carlsson et al., 2012; Le Grange et al., 2015), mientras que en los demás artículos restantes o bien el grupo control no recibe ningún tipo de intervención

(Robin et al., 1999) o son otro tipo de intervenciones como el Counselling (Loeb et al., 2019), la psicoterapia de apoyo (Le Grange et al., 2007) y la Terapia individual sin definir algún tipo de intervención de carácter más específico (TAU) (Godart et al., 2012; Ciao et al., 2014).

Las medidas de resultados se llevan a cabo en diversos momentos temporales, a lo largo de los estudios. En la totalidad de los estudios seleccionados se lleva a cabo una medida pre-tratamiento y post-tratamiento. La medida de seguimiento tras la intervención se recoge en la mayoría de los estudios, con excepción de los estudios de Lock et al. (2005), Eisler et al. (2003) y Lock et al. (2015). El seguimiento se hizo en los 6 meses posteriores al tratamiento en algunos estudios (Eisler et al., 2003; Le Grange et al., 2008; Robinson et al., 2012), a los 12 meses tras la intervención (Agras et al., 2014; Robin et al., 1999), y a los 18 post-tratamiento (Godart et al., 2012; Nyman-Carlsson et al., 2012). En el resto de los artículos seleccionados, se realizaron dos medidas de seguimiento, la primera a los 6 meses y la segunda a los 12 meses tras la intervención (Ciao et al., 2014; Le Grange et al., 2012; Le Grange et al., 2015; Le Grange et al., 2016; Loeb et al., 2019; Reilly et al., 2014; Weich et al., 2015).

Entre las variables registradas en los artículos seleccionados se puede encontrar de manera más generalizada la severidad de la sintomatología y psicopatología característica del TCA, el Índice de Masa Corporal (IMC) o los valores relativos al peso y altura de los diferentes participantes, la sintomatología ansiosa y depresiva, funcionamiento interpersonal, la puntuación en autoestima, síntomas obsesivos-compulsivos. En algunos de ellos se han tenido en cuenta las expectativas asociadas a la terapia y la satisfacción con el tratamiento (Le Grange et al., 2016; Nyman-Carlsson et al., 2012; Agras et al., 2014; Lock et al., 2015; Eisler et al., 2016). En relación a las variables que implican a familiares, o que tienen en consideración el ámbito familiar, se encuentran la autoeficacia parental percibida (Robinson et al., 2012; Lock et al., 2015; L'Insalata et al., 2020; Le Grange et al., 2016), el funcionamiento y los conflictos familiares (Robinson et al., 2012; Lock et al., 2005; Robin et al., 1999; Ciao et al., 2014; Eisler et al., 2003; Le Grange et al., 2016).

En lo que respecta a la evaluación realizada en los distintos estudios, para evaluar la psicopatología característica de TCA y los síntomas asociados al mismo se han

utilizado diversos instrumentos, atendiendo a si el estudio recoge un tipo de TCA concreto (por ejemplo, bulimia nerviosa o anorexia nerviosa de manera específica), o si abarca diversos tipos de TCA y se tiene en cuenta la patología de manera generalizada. Entre ellos, se destacan el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI) (Robinson et al., 2012; Robin et al., 1999; Godart et al., 2012; Eisler et al., 2012; Nyman-Carlsson et al., 2012.) y el cuestionario Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE), en el que se tiene tanto los síntomas que describen la patología, como el peso y la altura a la hora de evaluar (Lock et al., 2005; Eisler et al., 2016; Le Grange et al., 2007; Lock et al., 2015; Weich et al., 2015; Reilly et al., 2014; Agras et al., 2014; Ciao et al., 2014; Le Grange et al., 2012; Weich et al., 2015; Le Grange et al., 2015; Le Grange et al., 2016). A pesar de ser los dos anteriores los instrumentos más utilizados en la mayoría de los artículos, también se ha utilizado la escala Morgan/Russell Outcome Scale para medir la sintomatología asociada a la bulimia nerviosa (Eisler et al., 2016; Godart et al., 2012).

La sintomatología depresiva se ha medido a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en la mayoría de los artículos en los que se ha evaluado (Robin et al., 1999; Eisler et al., 2016; Lock et al., 2015; Le Grange et al., 2007; Agras et al., 2014; Ciao et al., 2014; Nyman-Carlsson et al., 2012; Le Grange et al., 2015). También se ha utilizado el Children's Depression Inventory (CDI) (Le Grange et al., 2016; Robinson et al., 2012).

En la medición de los síntomas obsesivo-compulsivos característicos de los TCA, de manera generalizada se han utilizado The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale (YBC-ED) en los estudios en los que se ha incluido esta variable (Lock et al., 2005; Lock et al., 2015; Ciao et al., 2014; Weich et al., 2015; Le Grange et al., 2015; Le Grange et al., 2016) y Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptoms (CY-BOCS) (Lock et al., 2015; Reilly et al., 2014; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Le Grange et al., 2016); en varios estudios se han utilizado ambas escalas para la evaluación y valoración de la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos. En el estudio de Eisler et al. (2023) la sintomatología obsesiva se ha evaluado a través de Maudsley Obsessional Compulsive Index (MOCI). Para medir la ansiedad, se ha utilizado el inventario State-Trait Inventory en el estudio de Agras et al. (2014), mientras que en el estudio de L'Insalata et al. (2020) se mide a través del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

En los seis estudios en los que se tiene en cuenta la variable autoestima del adolescente, esta se mide a través de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (Eisler et al., 2016; Lock et al., 2015; Ciao et al., 2014; Le Grange et al., 2007; Le Grange et al., 2016; Le Grange et al., 2015). El ajuste social, medido en el estudio de Godart et al. (2012) se utiliza la escala Weissman's Social Adjustment (SAS).

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una variable que se recoge en la mitad de los estudios seleccionados (Le Grange et al., 2016; Le Grange et al., 2012; Nyman-Carlsson et al., 2012; Ciao et al., 2014; Agras et al., 2014; Loeb et al., 2019; Eisler et al., 2016; Robin et al., 1999) por tratarse de uno de los índices más significativos a la hora de tener en cuenta una posible recuperación en las personas que presentan esta patología.

Con respecto a las variables que afectan al sistema familiar, tanto en la perspectiva de la manera de relacionarse del adolescente con este, como la perspectiva que tienen los propios familiares, se han utilizado diversos cuestionarios y escalas para medir las variables tenidas en consideración. En primer lugar, la autoeficacia parental percibida se ha evaluado a través de la Escala de Padres versus Anorexia (PvA) en varios de los estudios seleccionados (Robinson et al., 2012; Lock et al., 2015; Le Grange et al., 2016). Para analizar ambiente familiar y la calidad de las relaciones establecidas entre el sistema se ha utilizado la escala Family Environment Scale (FES) en el artículo de Le Grange et al. (2015) y en el de Lock et al. (2005) y, por otra parte, el Family Assessment Device (FAD) (Ciao et al., 2014); para reflejar la emoción expresada en la familia, en uno de los estudios se emplea la Standardized Clinical Family Interview (SCFI) (Eisler et al., 2003).

Características de la muestra

Atendiendo a las características de la muestra, se considera la edad de los participantes, comprendida entre los 11 y los 24 años. Se pueden encontrar señaladas las franjas de edad de la muestra recogida en cada uno de los artículos en la tabla 4, con excepción del estudio de Eisler et al. (1999) en el que no se especifica (aunque si se presenta la edad media de la población que conforma la muestra). Con respecto al sexo de los participantes que conforman la muestra, la mayoría son mujeres, incluso en dos de los estudios la muestra la compone exclusivamente mujeres (Eisler et al., 2016; Godart et al., 2012).

La muestra ha oscilado entre 1756 y 3250 participantes, entre los que se incluyen tanto la población adolescente como los familiares o cuidadores que participan en algunos de los estudios. En el 59% de los artículos, se incluyen variables que atañen a los familiares, por lo que la muestra en estos estudios tiene en consideración al menos un familiar o cuidador del adolescente (Robinson et al., 2012; Robin et al., 1999; Eisler et al., 2016; Loeb et al., 2019; Lock et al., 2015; Ciao et al., 2014; Eisler et al., 2003; Weich et al., 2015; La Grange et al., 2016).

Impacto de las intervenciones aplicadas

Al analizar el impacto de las distintas intervenciones recogidas en los artículos, se deben diferenciar los estudios seleccionados en dos porciones: aquellos que comparan los resultados del grupo control y experimental utilizando diferentes intervenciones sistémicas en ambas condiciones (Tabla 5) (Agras et al., 2014; Eisler et al., 2003; Eisler et al., 2016; Le Grange et al., 2012; Le Grange et al., 2016; Lock et al., 2005; Lock et al., 2015; Robinson et al., 2012; Weich et al., 2015) y aquellos artículos en los que se aplican diferente tipo de intervención al grupo experimental y control (terapia sistémica y otro tipo de terapia no sistémica respectivamente) (Tabla 6) (Ciao et al., 2014; Godart et al., 2007; le Grange et al., 2007; Le Grange et al., 2015; Loeb et al., 2019; Nyman-Carlsson et al., 2012; Reilly et al., 2014, Robin et al., 1999).

El estadístico utilizado para medir las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a las variables analizadas es la d de Cohen. El tamaño de la muestra se ha sustraído a partir de la diferencia de medias entre las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento de ambos grupos, atendiendo a las diferentes intervenciones que se han utilizado para los mismos. En uno de los estudios, el tamaño del efecto se ha tenido en consideración únicamente con la diferencia de medias en las medidas post-tratamiento (Le Grange et al., 2016). En otros estudios no ha resultado posible conseguir datos suficientes para poder analizar las diferencias significativas de los grupos a partir del estadístico propuesto, por lo que se ha analizado la eficacia de las terapias de forma narrativa (en función de los expuesto en el artículo en cuestión) (Robinson et al., 2012, Ciao et al., 2014).

Si se tienen en cuenta la aplicación de diferentes intervenciones sistémicas tanto en el grupo control como en el experimental (Tabla 5), se observa que en ambos grupos (grupo control y experimental) los pacientes experimentaron una mejora tanto en la sintomatología asociada al TCA como en el resto de las variables objeto de estudio (sintomatología depresiva, síntomas obsesivos compulsivos, IMC, ansiedad, autoestima, y variables que atañen de manera directa al sistema familiar y las relaciones establecidas). Se muestra así la eficacia de la Terapia Familiar Sistémica, en los distintos tipos y modalidades (de larga o de corta duración, y en una modalidad diaria o ambulatoria) (Lock et al., 2005; Robinson et al., 2015) que se han considerado en los distintos estudios para el tratamiento del TCA en adolescentes. Sin embargo, se ha encontrado que existen diferencias significativas entre el grupo control y el experimental en algunas de las variables seleccionadas, fenómeno que se detallará a continuación.

Tabla 5. Resultados de intervenciones en artículos en los que se compara diferentes tipos de terapia familiar sistémica o en diferentes modalidades

Estudio	Tratamiento*	Variables	d de Cohen	Interpretación
Agras et al. (2014)	SFT vs FBT	Sintomatología TCA	0.18	Bajo
		Síntomas obsesivos-compulsivos	-0.11	Bajo
		Síntomas depresivos	0.075	Bajo
		Ansiedad	0.21	Bajo
		Autoestima	-0.52	Alto
		IMC	0.13	Bajo
Eisler et al. (2003)	SFT vs FBT	Sintomatología TCA	1.0	Alto
		Síntomas obsesivo-compulsivos	0.6	Alto
		Autoestima	0.5	Medio
		IMC	1.2	Alto
		Emoción expresada en la familia	0.8	Alto
Eisler et al. (2016)	FBT vs MFBT	Sintomatología TCA	0.087	Bajo
		Síntomas depresivos	0.20	Bajo
		Autoestima	-0.16	Bajo
		IMC	0.37	Bajo
		Evaluación de cuidado	0,08	Bajo
Le Grange et al. (2012)	AFT vs FBT	Sintomatología TCA	0,087	Bajo
		IMC	0,2	Bajo
Le Grange et al. (2016)**	PFT vs FBT	Sintomatología TCA	0.26	Bajo
		Síntomas depresivos	0.33	Bajo
		Autoestima	-0,42	Medio
		IMC	-0.97	Alto

Lock et al. (2005)	FBT short vs FBT long	Sintomatología TCA	0.19	Bajo
		Síntomas obsesivos-compulsivos	-0.09	Bajo
		IMC	-0.40	Medio
		Funcionamiento interpersonal	-0,21	Bajo
		Funcionamiento familiar	-0.05	Bajo
Lock et al. (2015)	FBT vs FBT+PFT	Sintomatología TCA	-2	Alto
		Síntomas obsesivos-compulsivos	-0.011	Bajo
		Síntomas depresivos	0.007	Bajo
		Autoestima	-0.051	Bajo
		IMC	-0.083	Bajo
		Autoeficacia parental percibida*	0.165	Bajo
Weich et al. (2015)	SFT vs FBT	Sintomatología TCA	0.613	Medio
		Síntomas obsesivo-compulsivos	0.121	Bajo
		Perfeccionismo	-0.21	Bajo

*Notas: AFT: Association for Family Therapy; FBT: *Family-Based Therapy*; MFBT: *Multiple Family-Based Therapy*; PFT: *Parental Focusing Therapy*; SyFT: *Systemic Family Therapy*; IMC: *Indice de masa corporal*

**En el estudio Le Grange et al. (2016) se ha encontrado el tamaño del efecto entre el grupo control y el grupo experimental teniendo en consideración únicamente la medida post-tratamiento.

En primer lugar, se puede observar que no existe una diferencia significativa entre el grupo control y el grupo experimental en la variable “Sintomatología relacionada con el TCA”. A pesar de haber tenido resultados positivos en ambos grupos, el tamaño del efecto entre el grupo experimental y el control tras la intervención es bajo-medio en la mayoría de los estudios (Agras et al., 2014; Eisler et al., 2016; Le Grange et al., 2012; Le Grange et al., 2016; Lock et al., 2005; Robin et al., 2005; Weich et al., 2015). La excepción son los estudios de Eisler et al. (2016) y Lock et al. (2015), en los que existe una diferencia significativa entre el grupo control y el grupo experimental, probándose en estos estudios una mayor eficacia de MFBT y de la FBT+PFT respectivamente. En estos dos estudios se comparan la FBT (asignada en el grupo control) con la MFBT (Eisler et al., 2016) y la FBT+PFT (Lock et al., 2015), dos intervenciones basadas en la FBT pero con el componente adicional de una intervención multifamiliar y una específicamente centrada en los familiares; de ahí que pueda añadir un grado mayor de eficacia el incorporar este elemento a la FBT.

En relación con la variable “Índice de Masa Corporal”, se encuentran dos estudios en los que se describe una diferencia entre los resultados del grupo experimental y el grupo control (Eisler et al., 2003; Robin et al., 1999), resultando más beneficioso la FBT.

En el resto de los estudios seleccionados, los tamaños del efecto son bajo-medio (Agras et al., 2014; Eisler et al., 2016; Le Grange et al., 2012; Lock et al., 2005; Lock et al., 2015). El estudio de Le Grange et al. (2016), teniendo en consideración que solo se tienen en cuenta las medias de las medidas post-tratamiento, refleja un tamaño del efecto alto, estableciendo como más beneficioso la intervención PFT (centrada en los progenitores o cuidadores) frente a la FBT. En el resto de los estudios seleccionados (Agras et al., 2014; Eisler et al., 2015; Lock et al., 2005; Lock et al., 2015), el tamaño del efecto vuelve a ser bajo-medio entre las dos condiciones.

Los “síntomas obsesivo-compulsivos”, por otra parte, son una variable que ha mostrado un tamaño del efecto bajo-medio, de igual forma, entre las condiciones control y experimental (Agras et al., 2014; Eisler et al., 2016; Lock et al., 2005; Lock et al., 2015; Weich et al., 2015), demostrando que no existe una diferencia significativa entre los tipos de intervenciones que se han llevado a cabo en ambos grupos. El caso en el que observamos un tamaño del efecto más elevado es el estudio de Eisler et al. (2003) ($d=0.6$).

Las variables “Síntomas depresivos” (Agras et al., 2014; Eisler et al., 2016; Lock et al., 2015; Robin et al., 1999; Robinson et al., 2012), “Ansiedad” (Agras et al., 2014; Robinson et al., 2012) y “Autoestima” (Eisler et al., 2003; Eisler et al., 2016; Lock et al., 2015) reflejan un tamaño del efecto bajo-medio, en línea a la mayoría de las demás variables, que determinan que no se encuentran diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental. Se observa una diferencia significativa en “Autoestima” en el grupo control con respecto al grupo experimental en el estudio de Agras et al. (2014), viéndose favorecida en el grupo control; se observa, por tanto, una mayor eficacia de la SFT con respecto a la FBT en la mejora de la autoestima en adolescentes en este estudio de manera particular.

En el estudio de Robinson et al. (2012), tal y como se ha reflejado con anterioridad, no ha sido posible sustraer el tamaño del efecto de la muestra control y experimental, por lo que no se han podido reflejar diferencias de manera más exhaustiva entre ambos grupos, con respecto a las variables que se recogen en el artículo. Sin embargo, se muestran diferencias significativas en la muestra total, con respecto a las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento tanto en la variable “Síntomatología

característica del TCA”, “Síntomas depresivos” y “Ansiedad”. Es posible determinar la eficacia de la FBT, tanto en modalidad ambulatoria como en la intervención diaria.

Atendiendo a los estudios en los que se considera otro tipo de intervención (Terapia Cognitivo Conductual, Tratamiento usual utilizado, Counselling y psicoeducación alimentaria, Psicoterapia de apoyo y Ego-Oriented Individual Therapy) en el grupo control y la intervención familiar sistémica en la muestra del grupo experimental, se han podido encontrar diferencias significativas entre las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento de la muestra total que conforma los diferentes estudios (con independencia del grupo al que ha sido asignada). Tanto el grupo control como el grupo experimental reflejan una mejoría significativa tras haber recibido intervención psicoterapéutica, independientemente del tipo de terapia que ha sido seleccionada. A pesar de ello, se han encontrado diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en algunas de las variables que se han tenido en consideración, hecho que se verá detallado a continuación (Tabla 6).

Tabla 6. Resultados de intervenciones en artículos en los que se comparan terapia familiar sistémica y otro tipo de terapia

Estudio	Tratamientos*	Variables	d de Cohen	Interpretación
Godart et al. (2007)	TAU vs TAU+FBT	Sintomatología TCA	0.3	Bajo
		Ajuste social	0.28	Bajo
		IMC	0	NE
		Funcionamiento global	0.23	Bajo
Le Grange et al. (2007)	Psicoterapia apoyo vs FBT	Sintomatología TCA	0.09	Bajo
		Síntomas obsesivo-compulsivos	-0.04	Bajo
		Autoestima	-0.17	Bajo
Le Grange et al. (2015)	CBT vs FBT	Sintomatología TCA	0.223	Bajo
		Síntomas depresivos	0.361	Bajo
		Síntomas obsesivo-compulsivos	0.191	Bajo
		IMC	0.166	Bajo
		Funcionamiento familiar	0.291	Bajo
Loeb et al. (2019)	Counselling vs FBT	IMC	0.011	Bajo
Nyman-Carlsson et al. (2012)	CBT vs FBT	Sintomatología TCA	2.30	Alto
		Síntomas depresivos	1.0	Alto
		IMC	3.97	Alto
Reilly et al. (2014)	CBT vs FBT	Síntomatología TCA	0.26	Bajo
		Síntomas obsesivo-compulsivos	0.71	Medio-Alto

Robin et al. (1999)	EOIT vs FBST	Sintomatología TCA	-0.37	Bajo
		Síntomas depresivos	-0.32	Bajo
		IMC	1,46	Alto
		Conflicto familiar	0.78	Alto

*Notas: CBT: *Cognitive-Behavioral Therapy*; EOIT: *Ego-Oriented Individual Therapy*; FBT: *Family-Based Therapy*; TAU: *Treatment as usual*

La “Sintomatología asociada al TCA” presenta un tamaño del efecto bajo-medio en la mayoría de los estudios recogidos en la Tabla 6, demostrando que las diferencias observadas entre el grupo control y el experimental, aunque observables, son pequeñas. La única excepción es el estudio de Nyman-Carlsson et al. (2012), en el que se puede observar un tamaño del efecto muy alto con respecto a esta variable, indicando unas medidas antes y después del tratamiento más favorables en el grupo experimental; se probaría en este caso particular una mayor eficacia de la FBT frente a la CBT.

La variable “síntomas obsesivos-compulsivos” se tienen en cuenta en tres de los estudios reflejados a continuación, y se puede observar un tamaño del efecto bajo en dos de ellos. (Le Grange et al., 2007; Le Grange et al., 2015). En el estudio de Reilly et al. (2014) el tamaño del efecto es medio-alto, por lo que se podría sustraer que para el tratamiento de esta sintomatología es más eficaz la FBT. Los “síntomas depresivos”, por otra parte, solo han sido estudiados en el artículo de Le Grange et al. (2015), demostrando un tamaño del efecto bajo, y por tanto la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos en las medias pre y post-tratamiento.

Si se toma de referencia el valor del tamaño del efecto de “IMC”, se observa una gran diferencia entre los estudios que lo recogen (Godart et al., 2007; Le Grange et al., 2015; Loeb et al., 2019; Nyman-Carlsson et al., 2014). En el caso del estudio de Godart et al. (2007) el valor del tamaño del efecto que se puede identificar en la tabla (Tabla 6) es igual a 0, lo que supone que no existe diferencia significativa entre los dos tipos de intervención (TAU y TAU+FBT) que se están comparando, o que es insignificante; en Le Grange et al. (2015) y Loeb et al. (2019) el tamaño del efecto es bajo, definiéndose así una diferencia entre la CBT y Counselling, respectivamente, con la FBT mínima. Sin embargo, en los estudios de Nyman-Carlsson et al. (2014) y Robin et al. (1999), la diferencia es apreciable, mostrando un tamaño del efecto muy elevado; se demostraría de

esta forma una gran diferencia en las puntuaciones de IMC obtenidas entre el grupo control y el experimental, siendo más favorable la terapia FBT.

En Godart et al. (2007) se puede identificar una variable que no se recoge en otros estudios seleccionados: “ajuste social”. El tamaño del efecto es bajo, y no se muestran diferencias significativas elevadas entre los dos grupos que se comparan; sin embargo, se ha demostrado que existe una mejoría en las relaciones sociales de la muestra total del estudio, con independencia del tratamiento utilizado en uno y otro grupo.

Como se ha mencionado con anterioridad, en el estudio de Ciao et al. (2014) no se han encontrado datos suficientes para poder extraer el tamaño del efecto entre el grupo control y el experimental en las medidas que se sustrajeron antes y después del tratamiento. Los resultados reflejan una mejoría en “Síntomatología asociada al TCA”, “Síntomas depresivos”, “Síntomas obsesivos-compulsivos”, tanto en la muestra asignada a la FBT como AFT (terapia individual). No se realiza una distinción entre los resultados obtenidos en uno u otro grupo, y por tanto no se muestra una eficacia superior de una terapia con respecto a la otra.

Impacto de las intervenciones en las variables aplicadas en el sistema familiar

Si se atienden a las variables que involucran al sistema familiar, como parte participativa en el registro de las diferencias a lo largo de tratamiento y al final de este, nos encontramos algunos estudios en los que se han tenido en consideración a los familiares como parte de la evaluación (Ciao et al., 2014; Eisler et al., 2003; Le Grange et al., 2015; Le Grange et al., 2016; Lock et al., 2005; Lock et al., 2015; Robin et al., 1999; Robinson et al., 2012; Weich et al., 2015).

En primer lugar, uno de los outcomes que se han registrado es “Autoeficacia parental percibida” en el proceso de recuperación de los adolescentes que conforman la muestra (Lock et al., 2015; Robinson et al., 2012). Durante el tratamiento, se encontraron diferencias entre los familiares de aquellos pacientes con una respuesta al tratamiento más rápida, con respecto a aquellos que estaban respondiendo de manera más ralentizada (Lock et al., 2015); sin embargo, estas diferencias se disiparon al final del tratamiento, encontrándose mejoría en la percepción de autoeficacia de los familiares con respecto a

los adolescentes y su manera de abordar la patología del TCA. No se reflejaron diferencias significativas entre los familiares del grupo control y del grupo experimental. Las puntuaciones que reflejan mejoría superaron en las mediciones de seguimiento, tras la finalización del tratamiento (Robinson et al., 2012).

La variable “Funcionamiento familiar” se ha recogido en los estudios Ciao et al. (2014), Lock et al. (2005) y Weich et al. (2015). Mientras en dos de estos estudios se muestran diferencias significativas, mostrándose resultados positivos reportados por los familiares en las medidas postratamiento (Lock et al., 2005; Weich et al., 2015), en el estudio de Ciao et al. (2014) los resultados parecen no ir en la misma línea. Ciao et al. (2014) refleja resultados positivos en algunas de las escalas que se usaron para evaluar el funcionamiento familiar de cada uno de los miembros, pero las diferencias no son significativas entre los grupos, y no son generalizables a todas las escalas que se han tenido en cuenta.

Volviendo sobre los resultados obtenidos con anterioridad (Tabla 5), se ha observado un tamaño del efecto elevado en la variable “Emoción expresada en la familia” (Eisler et al., 2003). Existen, por tanto, diferencias significativas entre el grupo control y experimental, lo que supondría una mayor eficacia de la FBT en la expresión emocional en el sistema familiar (según los datos reportados por los familiares). De igual modo, “Conflicto familiar” muestra un tamaño del efecto elevado al analizar las medidas pre y post-tratamiento, resultando más eficaz la FBT en la gestión de los conflictos familiares y la creación de dinámicas familiares más funcionales.

El “Ambiente familiar” se analiza en el estudio de Le Grange et al. (2015). La diferencia entre el grupo control (terapia CBT) y el grupo experimental (terapia FBT) al final del tratamiento es pequeña, reflejándose en un tamaño del efecto bajo.

Impacto de las intervenciones en las medidas de seguimiento

Uno de los objetivos de la revisión es analizar el impacto que tienen las diferentes intervenciones utilizadas a lo largo de los estudios, en los meses posteriores a la finalización de la intervención. Para ello, se sintetizó en la tabla expuesta a continuación, que recoge los porcentajes de remisión observados en las diferentes medidas temporales

de la mayor parte de los estudios seleccionados, con excepción de alguno de ellos (Tabla 7). En dos de los estudios no se tienen en consideración una medida de “follow-up”, sino que simplemente se analiza la eficacia de la intervención comparando las medidas pre y post-tratamiento (Eisler et al., 2003; Lock et al., 2015). En otros estudios, los resultados no son claros a la hora de probar la eficacia en base a la remisión de los participantes que conforman la muestra, por lo que no se han tenido en consideración (Ciao et al., 2014; Loeb et al., 2019; Reilly et al., 2014; Robinson et al., 2012).

Los estudios de Godart et al. (2007), Le Grange et al. (2007), Le Grange et al. (2012) y Robin et al. (1999), muestran un porcentaje mayor de remisión en el grupo experimental que en el grupo control, tanto al finalizar el tratamiento, como en los meses posteriores en los que se realizó la medición. Se muestra así la eficacia de la intervención sobre las variables de estudio en los posteriores 6 meses (Le Grange et al., 2007; Le Grange et al., 2012), 12 meses (Le Grange et al., 2012; Robin et al., 1999) y a los 18 meses (Godart et al., 2007).

En tres de los estudios se puede observar como el porcentaje de remisión es superior en el grupo control al final del tratamiento; sin embargo, al analizar como los pacientes han evolucionado a lo largo de los meses consecutivos, no se encuentran diferencias significativas entre el grupo control y el experimental. Si bien es cierto, y es necesario tener en cuenta, que continúa existiendo un porcentaje de remisión entre la población que compone la muestra en ambos grupos (Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Nyman-Carlsson et al., 2012).

En el caso del estudio de Eisler et al. (2016) el porcentaje de remisión en el que se pueden observar diferencias significativas entre los dos grupos en los se segrega la muestra es a los 6 meses tras las intervenciones; no se observan diferencias significativas entre el grupo control y el experimental en la medición tomada al final del tratamiento. Por otra parte, en el estudio de Weich et al. (2015), no se observan diferencias significativas en ningún momento temporal de los que han sido medidas.

Si analizamos los dos estudios restantes, el de Le Grange et al. (2016) y el de Lock et al. (2005), observamos que el mayor porcentaje de remisión se encuentra en el grupo control con respecto al experimental, en la medida post-tratamiento y a los 6 meses por

una parte (Le Grange et al., 2016) y a los 12 meses también (Lock et al., 2005). En el estudio de Le Grange et al. (2016), el grupo control presenta un porcentaje de remisión significativamente superior al final del tratamiento y a los 6 meses tras la intervención, mientras que a los 12 meses no se encuentran diferencias entre ambos grupos en dicho porcentaje. En el caso de Lock et al. (2005), ocurre un proceso inverso: en la medida recogida al finalizar el tratamiento y a los 6 meses tras la intervención no se encuentran diferencias apreciables en la remisión de los participantes de ambos grupos, mientras que al evaluar los resultados tras 12 meses de la intervención se encuentra un mayor porcentaje de remisión en el grupo control frente al experimental.

Tabla 7. Resultados de las emisiones en función de las diferentes intervenciones, en las diferentes medidas temporales

Estudio	Tipo de intervención*	Duración	Evaluación del resultado**				
			EOT*	3 meses	6 meses	12 meses	18 meses
Agras et al. (2014)	SyFT vs FBT	9 meses	+			-	
Eisler et al.(2016)	FBT vs MFBT	12 meses	-		+		
Godart et al. (2007)	TAU vs TAU+FBT	2 años	+				+
Le Grange et al. (2007)	Psicoterapia apoyo vs FBT		+		+		
Le Grange et al. (2012)	AFT vs FBT	1 mes	+		+	+	
Le Grange et al. (2015)	CFT vs FBT	6 meses	+		+	-	
Le Grange et al. (2016)	PFT vs FBT	6 meses	- ^e		- ^e	-	
Lock et al. (2005)	FBT short vs FBT long	6 meses	-		-	- ^e	
Nyman-Carlsson et al. (2012)	CBT vs FBT	18 meses	+				-
Robin et al. (1999)	EOIT vs BFST	16 meses	+			+	
Weich et al. (2015)		9 meses	-		-	-	

*Notas: AFT: *Ajunctive Family Therapy*; CBT: *Cognitive-Behavioural Therapy*; CFT: *Conjoint Family Therapy*; EOIT: *Ego-Oriented Individual Therapy*; FBT: *Family-Based Therapy*; BFST: *Behavioral Family Systems Therapy*; MFBT: *Multiple Family-Based Therapy*; PFT: *Parental Focusing Therapy*; SyFT: *Systemic Family Therapy*; TAU: *Treatment as Usual Following*; EOT: *End of Trial Period*.

**Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta un mayor porcentaje de remisión que el grupo control tras la aplicación de la intervención correspondiente. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta mayor porcentaje de remisión que el grupo control tras la aplicación de la intervención correspondiente.

° Se obtienen mejores porcentajes de remisión en el grupo control que en el grupo experimental.

4. DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha investigado la eficacia de la Terapia Familiar Sistémica en el tratamiento del TCA en adolescentes, teniendo en cuenta la literatura existente. Respondiendo el objetivo principal planteado, se ha probado la eficacia de la Terapia Familiar Sistémica para el tratamiento de la patología de TCA en adolescentes. De igual modo, otro tipo de terapias como la Terapia Cognitivo-Conductual, el Counselling, la Terapia utilizada de forma usual (individual), y la Psicoterapia de apoyo han demostrado su eficacia. En todos los estudios se observan unas mejores puntuaciones en las variables de estudio tras la intervención, lo que se refleja en una mejoría de la muestra seleccionada en la sintomatología asociada al TCA y otras variables que repercuten en el sistema familiar.

Atendiendo a aquellos estudios en los que tanto el grupo control como el experimental han recibido terapia familiar sistémica, se ha observado mejoría tras la finalización del tratamiento probándose así la eficacia de la terapia sistémica en el tratamiento del TCA. La FBT es un tipo de intervención sistémica que se ha utilizado en todos los estudios seleccionados; atendiendo a los estudios de manera particular, se ha comparado esta intervención con otro tipo o bien con la FBT en otro tipo de modalidades. Se ha observado una eficacia superior de la FBT (intervención centrada en el individuo, pero haciendo partícipes a los miembros del sistema familiar) frente a la SFT (intervención centrada en las relaciones establecidas en el sistema familiar, no en el individuo particular) en el tratamiento sobre la sintomatología característica del TCA (Eisler et al. 2016). Del mismo modo se ha probado una mayor eficacia de la FBT con un componente adicional del tratamiento, en el que se considera la intervención específica para los cuidadores (PFT) (Lock et al., 2015). A pesar de estos estudios mencionados previamente, se puede observar que las diferencias entre los diferentes tipos de intervenciones sistémicas que se recogen en los estudios son poco significativas. Esto se debe a que la terapia sistémica, y de forma específica la FBT, se ha probado como una de las terapias más eficaces y es la recomendada en las guías de tratamiento por la American Psychiatric Association (APA, 2014). Se prueba de esta manera la importancia que el papel de la familia y el tratamiento en el que se implican tanto a los cuidadores como las áreas en las que intervienen sobre el desarrollo del adolescente, y la repercusión que

tienen sobre la recuperación de los pacientes con la patología del TCA (Whittingslow, 2013).

La duración de la intervención también juega un papel fundamental a la hora de explicar la eficacia de la terapia sistémica en el tratamiento de esta patología. En el estudio de Lock et al. (2005) se comparan la FBT en una modalidad de corta duración frente a una de larga duración. Los resultados, a pesar de demostrar la eficacia de la intervención de corta duración como de larga, si se pueden identificar diferencias en el IMC en aquel grupo sobre el que se llevó a cabo una intervención de larga duración. Se ha probado que en aquellos pacientes en los que los patrones familiares son disfuncionales, o bien se presentan síntomas obsesivo-compulsivos más fuertes, la terapia de larga duración sería la indicada y tendría un mayor efecto a largo plazo (Couturier et al., 2013).

Abordando los estudios en los que se ha comparado la eficacia de la terapia sistémica y otro tipo de intervenciones, se ha observado en la muestra total un porcentaje de remisión significativo, con independencia del tipo de psicoterapia utilizada. Tanto el Counselling (Loeb et al., 2019), la Psicoterapia de apoyo (Le Grange et al., 2007), la EOIT (Robint et al., 1999), la terapia individual aplicada usualmente (TAU) (Godart et al., 2007) y la CBT (Le Grange et al., 2015; Nyman-Carlsson et al., 2012; Reilly et al., 2014) se han mostrado eficaces en el tratamiento del TCA en población adolescente. Según análisis recientes de investigación científica sobre los tratamientos para el Trastorno de la Conducta Alimentaria, se puede inferir que no hay un acuerdo generalizado acerca de cuál terapia es la óptima o la más efectiva (Tena y De la Fuente, 2015).

Si bien el tratamiento psicoterapéutico utilizado tradicionalmente ha sido la CBT, la recomendación de la guía NICE en la actualidad para la población infanto-juvenil es la FBT (Mulken y Wallen, 2021). A pesar de que la muestra en general ha presentado un porcentaje de remisión significativo, pues se ha ofrecido intervención psicoterapéutica en todos los casos, se han observado ciertas diferencias entre estas dos terapias. Especialmente se ha encontrado una mayor evidencia de la eficacia de la FBT para el tratamiento y remisión de la sintomatología obsesivo-compulsiva en aquellos casos más severos, frente a la CBT (La Grange et al., 2015). Son apreciables mejores resultados en aquellos pacientes en los que se utilizó la FBT con síntomas más graves, especialmente

de carácter obsesivo-compulsivo, aunque también se ha observado una mejor recuperación de IMC en menor tiempo desde el inicio de la intervención. La CBT se ha mostrado más eficaz en aquellos casos en los que o bien la familiar no es colaborativa con el tratamiento, o se prefiere una intervención individual y más prolongada en el tiempo.

El análisis realizado sobre las variables que afectan al sistema familiar, y en las que se han visto implicadas los cuidadores durante las mediciones de resultados, ha permitido determinar cómo la mejoría de estos pacientes es percibida también por los mismos. Los cambios observados se reflejan en los patrones relacionales familiares, tanto en lo que atañe a la patología como a la relación interpersonal entre los miembros. Esto parece responder no solo al trabajo terapéutico que conlleva la intervención en sí misma, si no que las familias pueden no tener previamente al tratamiento un funcionamiento psicosocial adecuado o su nivel de implicación puede no ser suficiente para patologías con una severidad como el TCA (Ciao et al. 2014). Puesto que en la población infanto-juvenil el papel de los cuidadores es esencial, tanto funcionando como factores de protección como siendo partícipes en la recuperación de los adolescentes, resulta interesante trabajar desde una perspectiva que los involucren en el tratamiento (Emanuelli et al., 2004).

Respondiendo al objetivo planteado acerca de los efectos de la intervención a medio-largo plazo, las medidas de seguimiento recogidas anteriormente han permitido sustraer varias conclusiones. En primer lugar, la mitad de los artículos seleccionados que incluyen esta medida señalan que el porcentaje de remisión de la sintomatología continúa siendo superior en la FBT, aún transcurridos 6, 12 y 18 meses tras la finalización del tratamiento (Eisler et al., 2016; Godart et al., 2007; Le Grange et al., 2007; Le Grange et al., 2012; Robin et al., 1999). Estos estudios reflejan que la eficacia de la FBT es demostrable en el tiempo, aumentado con el paso de los meses el número de casos en los que se produce mejoría desde que se ha recibido la terapia. En contraposición, algunos estudios señalan que, a pesar de presentarse resultados a favor de la terapia sistémica en función de la recuperación de los pacientes de la muestra, la diferencia no es significativa entre la FBT y la SyFT, CBT y CFT (Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Nyman-Carlsson et al., 2012). Los resultados siguen la línea de estudios anteriores, en los que se refleja que aquellos en los que se produce una ganancia de peso en estadios tempranos,

van a reflejar resultados superiores al final del tratamiento en las consecuentes medidas que se realicen (Lock et al., 2006; Doyle et al., 2009); una mejora progresiva desde el inicio de la intervención estaría asociado a la recuperación del TCA y la estabilización de este estado de recuperación a lo largo del tiempo. Aquellos casos más resistentes y con una evolución ralentizada a lo largo del tratamiento, muestran una tasa de mejoría más lenta, que se reflejaría en datos menos notables y consistentes a lo largo de tiempo. Aunque tras la finalización del tratamiento se puede observar una diferencia significativa entre las diferentes terapias, y la FBT muestre mayores porcentajes de remisión, es importante destacar que la progresión de la recuperación tiende a estancarse al analizar las variables a lo largo del tiempo. Esto sugiere que, si bien puede haber mejoras puntuales, la sostenibilidad y la continuidad de dichas mejoras puede ser limitada en casos de mayor gravedad (Madden et al., 2015).

A pesar de los resultados hallados, y la información que estos pueden proporcionar acerca de la eficacia de las intervenciones hasta ahora utilizadas para el tratamiento del TCA, resulta necesario continuar investigando. Una de las novedades a nivel de tratamiento desde la perspectiva sistémica ha sido la propuesta por el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Este hospital ha sido uno de los pioneros en diseñar un programa de intervención basado en el ingreso tanto de la familia como del paciente en aquellos casos que presentan mayor gravedad, como segunda fase tras una hospitalización anterior. Se tratan de apartamentos cercanos al centro, en los que conviven la familia y en los que la supervisión profesional incrementa. El objetivo principal que se persigue en los casos más resistentes es la reducción del periodo de hospitalización, al mismo tiempo que se trabaja sobre el papel de la familia en la recuperación de los pacientes. De esta manera, se aboga por una mayor autonomía de aquellos pacientes que no han obtenido los resultados esperados tras la hospitalización, y se fomenta la convivencia con los familiares y su implicación de manera cercana y acompañados en el proceso de empoderamiento y adquisición de herramientas necesarias, previamente al ingreso domiciliario y la respectiva supervisión (Hospital Sant Joan De Déu Barcelona, 2024).

Como futuras líneas de investigación, adicionalmente, se ha propuesto la exposición a través de la realidad virtual cómo una vía de tratamiento futuro, que todavía necesita desarrollarse con mayor profundidad teórica y metodológicamente (Vilalta et al., 2015). La idea principal se sustenta en que el aprendizaje y la adquisición de conductas

patológicas características del TCA pueden tener su base en el condicionamiento clásico. Puesto que una de las técnicas que mayor eficacia tienen en los pacientes es la exposición, tanto de sus propios como a alimentos que son considerados aversivos para ellos, se ha presentado la realidad virtual como una alternativa para superar los problemas que se pueden encontrar en la exposición en vivo en determinadas ocasiones. Se vería incrementada la validez ecológica y la generalización de lo aprendido durante los tratamientos, pues esta herramienta permite tanto la exposición a estímulos concretos de la realidad de la persona, como a diferentes contextos de la vida cotidiana que pueden pasar por alto. Se trataría de una intervención más individualizada y adaptada al paciente concreto, pues se podrían flexibilizar los parámetros y superar las limitaciones, además de poder llevar a cabo estrategias de afrontamiento y permitir recibir un feedback directo al terapeuta (Fleming et al., 2009).

Se han encontrado algunas limitaciones a la hora de realizar la presente revisión. La población que compone la muestra global es en su mayoría mujeres, siendo escasa la población de representativa de hombres; los datos, por tanto, solo podrían ser generalizables a las mujeres. Otra de las dificultades encontradas en los que respecta a la búsqueda ha sido reunir artículos con mayor diversidad de tratamientos con enfoque sistémico. En su mayoría los artículos versan sobre un tipo concreto de intervención familiar sistémica, la FBT, por ser la más utilizada y la recomendada por la guía NICE hasta el momento, lo que limita la eficacia de la intervención sistémica en su totalidad a un tipo de intervención característica. A pesar de tener un tamaño de la muestra considerable, una de las limitaciones que se pueden encontrar en los estudios centrados en este tipo de patología es el requerimiento de hospitalización tanto previo a la intervención como durante la misma en los casos más graves; en algunos casos se ha visto que un pequeño porcentaje de la muestra ha necesitado abandonar el tratamiento por necesidad de ingreso hospitalario. Por último, algunos estudios ofrecen datos limitados en relación con la forma en la que implementan, la duración o los elementos teórico-prácticos que incorporan.

Esta revisión demuestra la necesidad de ampliar el campo de investigación en la intervención de TCA, especialmente en población infanto-juvenil. En los últimos años se ha ido abriendo un amplio abanico de nuevas dianas sobre las que incidir para un tratamiento más individualizado, sostenido en el tiempo y que abarque el contexto

personal del paciente en su totalidad. También resulta interesante la labor preventiva desde edades tempranas acerca de las consecuencias a nivel psicosocial que esta patología tiene en la vida diaria de la persona desde los distintos ámbitos en los que se desenvuelven los menores.

5. REFERENCIAS

Agras, W.S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S.W., Dodge, E., Halmi, K.A., Jo, B., Johnson, C., Kaye, W., Wilfley, D., y Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent Anorexia Nervosa. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1279-1286.

[doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1025](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1025)

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (5ª. ed.)

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Brown, Z. y Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body image*, 19, 37-43.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.007>

Burnette, C.B., Kwitowski, M.A. y Mazzeo, S.E. (2017). 'I don't need people to tell me I'm pretty on social media: a qualitative study of social media and body image in early adolescent girls. *Body image*, 23, 114-125.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.001>

Byard, R.W. (2014). A Review of the Forensic Implications of Pica. *Journal of Forensic Sciences*, 59(5), 1413-1416

<https://doi.org/10.1111/1556-4029.12520>

Casas, J.J.R., y Ceñal, M.J.G. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pedriatria Integral*, 9(1), 20-24.

- Campreciós, M.O., Vilaregut, A.P., Virgili, C.T., y Marcadal, L.S. (2014). Relaciones familiares basadas en la familia con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *The UB Journal of Psychology*, 44(3), 311-326.
<http://hdl.handle.net/20.500.14342/2203>
- Ciao, A.C., Accurso, E.C., Fitzsimmons-Craft, E.E., Lock, J., y Le Grange, D. (2014). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 81-90.
<https://doi.org/10.1002/eat.22314>
- Couturier, J., Kimber, M., y Szatmari, P. (2013). Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.
- Cruz, Y.S., y Serrano, S.O. (2020). Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos en Pediatría: un diagnóstico novedoso para una entidad frecuente en la práctica clínica. *Pediatría Integral*, 24(4), 234.e1-234e7.
- Diez, I. (2005). La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar. *Zainak*, 27, 141-147.
- Doyle, P.M., Le Grange, D., Loeb, K., Doyle, A.C., y Crosby, R.D. (2009). Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 659-662.
<https://doi.org/10.1002/eat.20764>
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., y Le Grange, D. (2003). Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4(6), 727-736.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00660>
- Eisler, I., Simic, M., Hodsoll, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Ellis, G., Hugo, P., Schmidt, U., Treasure, J., Yi, J., y Landau, S. (2016). A pragmatic randomized multi-

centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 16, 422.

<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>

Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B., y Walker, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions. *Eating and Weight Disorders*, 9, 1-6.

<https://doi.org/10.1007/BF03325038>

Ergüney, F.E.O, y Dšveci, E. (2019). Group Psychotherapies in Eating Disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 338-350.

Escandón, N.N., y Garrido-Rubilar, G. (2021). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(4).

<https://doi.org/10.12873/404escandon>

Fairburn, C.G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive-behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.

Fernández-Delgado, A., y Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative & No Positive Results*, 1(2), 71-80.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.2.1011>

Fisher, M.M., Rosen, D.S., Ornstein, R.M., Mammel, K.A., Katzman, D.K., Rome, E.S., Callahan, S.T., Malizio, J., Kearnet, S., y Walsh, B.T. (2014). Characteristics of avoidance restrictive food intake disorder in children and adolescents: A “New Disorder” in DSM-V. *Journal of Adolescent Health*, 55, 49-52.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>

- Fleming, M., Olsen, D., Stathes, H., Boteler, L., Grossberg, P., Pfeifer, J., y Skochelak, S. (2009). Virtual reality skills training for health care professionals in alcohol screening and brief interventions. *The Journal of American Board of Family Medicine*, 22(4), 387-398.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.04.080208>
- Gaete, M.V., López, C.C., y Matamala, M.B. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Revista Médica Clínica*, 23(5), 579-591.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70352-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70352-8)
- Gaete, V.P., y López, C.C. (2020) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista Chilena de Pedriatría*, 91(5), 789-793.
<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Gismero, E.G. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J., Horreard, A.S., Kaganski, I., Lucet, R., Atger, F., Corcos, M., Fermanian, J., Falissard, B., Flament, M., Eisler, I., y Jeammet, P. (2012). A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE*, 7(1): e28249.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028249>
- Golden, N., Kazman, D., Kreipe R., Stevens, S., y Rees, J. (2003). Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society. For Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 496-503.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.08.004>

Gowers, S., y Green, I. (2009). *Eating Disorders and their management en Gowers, S., y Green, I, Eating Disorders: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People*. Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9780203876718>

Hospital Sant Joan De Déu Barcelona (2024, Febrero). *El nuevo modelo de atención de los trastornos de la conducta alimentaria graves permite el ingreso de toda la familia*.

<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/noticias/nuevo-modelo-atencion-trastornos-conducta-alimentaria-graves-permite-ingreso-toda-familia>

Keski-Rahkonen, A., y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion Psychiatry*, 29(6), 340-345.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>

Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Haro, J.M., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, y M.C., Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>

Le Grange, D., Hughes, E., Court, A., Yeo, M., Crosby, R.D., y Sawyer, S.M. (2016). Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 683-692.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.007>

- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W.S., Bryson, S.W., y Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-based Treatment and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886-894.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W.S., Moye, A., Bryson, S.W., Jo, B., y Kraemer, H.C. (2012). Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 50(2), 85-92.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.11.003>
- Le Grange, D., Lock, J., y Dymek, M. (2003). Family based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 57(2), 237-251.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2003.57.2.237>
- Le Grange, M., Binford, R., y Loeb, K.L. (2005). Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(1), 41-46.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000145373.68863.85>
- Le Grange, D., Crosby, R.D., Rathouz, P.J., y Leventhal, B.L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049-1056.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.9.1049>
- Leadbeater, B.J., Kuperminc, G.P., Blatt, S.J., y Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268-1282.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1268>

- Lineros-Linero, R., y Martínez-Núñez, B. (2018). Revisión sobre la terapia de grupo en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 297-301.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a1>
- Lock, J., Agras, W.S., Bryson, S., y Kraemer, H.C. (2005). A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 632-639.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161647.82775.0a>
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., y Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 639-647
<https://doi.org/10.1002/eat.20328>
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Fitzpatrick, K.K., Jo, B., Accurso, E., Forsberg, S., Anderson, K., Arnow, K., y Stainer, M. (2015). Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 90-95.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.015>
- Loeb, K.L., y Le Grange, D. (2009). Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Current Status, New Applications and Future Directions. *International Journal Children and Adolescent Health*, 2(2), 243-254.
- Loeb., K.L., Le Grange, D., Doyle, A.C., Crosby, R.D., Glunz, C., Lareque-Arena, D., Hildebrandt, T., Bacow, T., Vangepuram, y N., Gauld, A. (2019). Adapting family-based treatment for paediatric obesity: A randomized controlled pilot trial. *European Eating Disorder Review*, 27(5), 521-530.

<https://doi.org/10.1002/erv.2699>

Losada, A.V., y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 16, 30-39

<http://doi.org/10.24215/2422572Xe004>

Lozano, Z.B.S. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *Revista In Crescendo*, 3(2), 299-311.

[10.21895/incres.2012.v3n2.11](https://doi.org/10.21895/incres.2012.v3n2.11)

Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., MFamTher, A.W., Kohn, M., Hay, P., y Touyz, S. (2015). Early weight gain in family-based treatment predicts greater weight gain and remission at the end of treatment and remission at 12-month follow-up in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 919-922

<https://doi.org/10.1002/eat.22414>

Maor, N.R., Sayag, S., Dahan, R., y Hermoni, D. (2006). Eating attitudes among adolescents. *Israel Medical Association Journal*, 8(9), 627-629.

Medina-Tepal, K.A., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., y Mancilla-Díaz, J.M. (2021). Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes. *Psicología y Salud*, 31(2), 203-214.

<https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2689>

Moreno, A.C. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1,18.

Moreno, F.J.R., Benítez, N.B., Pinto, B.R., Ramallo, Y.F., y Díaz, C.F. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revisión Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 130-131.

Mulkens, S., y Waller, G. (2021). New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED). *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 576-583.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000745>

Nicely, T.A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C.S., y Ornstein, R.M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(21), 2-8.

<https://doi.org/10.1186/s40337-014-0021-3>

Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S.A., Lindberg, K., Paulson-Karlsson, G., y Nevonen, L. (2018). Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia Nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 30(8), 1011-1025.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1686190>

Organización Mundial de la Salud (2004b). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas.*

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente.*

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/

Organización Mundial de la Salud (2021, noviembre). *Salud mental del adolescente.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Rava, M.F. y Silber, T.J. (2004). Bulimia nerviosa. Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivo argentino pediátrico*, 102(5).

Reilly, E.E., Gorrell, S., Brosof, L., Lock, J., y Le Grange, D. (2022). Characterizing changes in obsessive-compulsive symptoms over the course of treatment for adolescent bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 55(10), 1342-1351.

<https://doi.org/10.1002/eat.23782>

Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W., Gilroy, M., Dennis, A.B., y Sikand, A. (1999). A Controlled Comparison of Family Versus Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482-1489.

<https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00008>

Robinson, A.F., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A., y Boachier, A. (2012). "I Know I Can Help You": Parental Self-Efficacy Predicts Adolescent Outcomes in Family-based Therapy for Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 108-114.

<https://doi.org/10.1002/erv.2180>

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

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es&tlng=es)

Saravia, S., Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C., Lizana-Calderón, P., Gómez, D., y Corona, F. (2022). Estrategias parentales de alimentación en niños con un Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID). Asociación con la conducta de rechazo de los alimentos. *Andes Pediatrica*, 93(6), 851-859.

<http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i6.3903>

Sawyer, S.M., Azzopardi, P.S., Wickremarathne, D., y Patton, G.C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet: Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.

[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

Smink, F., Van Hoeken, D., y Rohde, P. Prevalence and severity of DSM-V in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.

<https://doi.org/10.1002/eat.22316>

Tena A.S., y De la Fuente, A.Z. (2015) Eficacia de los tratamientos psicológicos en el manejo de pacientes con TCA. Cuaderno de Psicoanálisis XLVIII.

Thomas, J.J., Lawson, E.A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., y Eddy, K.T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(54).

<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>

Vásquez-Dextre, E.R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiátrica*, 79(1), 42-51.

Welch, H.A., Agras, W.S., Lock, J., y Halmi, K.A. (2020). Perfectionism, anorexia nervosa, and family treatment: How perfectionism changes throughout and predicts outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2055-2060.

<https://doi.org/10.1002/eat.23396>

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