



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**TRATAMIENTO FAMILIAR DE LA ANOREXIA Y LA
BULIMIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES: UNA
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Autor: Félix Vallejo Plaza

Tutor profesional: Tatiana

Madrid

Mayo de 2023

Félix

Vallejo

Plaza

**TRATAMIENTO FAMILIAR DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA
NERVIOSA EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**



Índice

1. Introducción
 - 1.1 Datos Sociodemográficos
 - 1.2 Diagnóstico y Comorbilidad
 - 1.3 Génesis, Mantenimiento y Familia
 - 1.4 Principales Terapias
2. Método
 - 2.1 Estrategias de Búsqueda y Variables
 - 2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión
3. Resultados
 - 3.1 Resultados de la Búsqueda
 - 3.2 Características de los Estudios y sus Muestras
 - 3.2.1 Características Metodológicas
 - 3.2.2 Instrumentos de Medida Utilizados
 - 3.2.3 Características de la Muestra
 - 3.3 Resultados de los Estudios
 - 3.3.1 Terapia Basada en la Familia (FBT)
 - 3.3.2 Terapia Multi-Familiar (MFT)
4. Discusión
5. Conclusión

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria suponen un gran desafío para la práctica clínica. La etiología de estos trastornos es múltiple, siendo el sistema familiar es uno de los principales factores que intervienen. Es por ello por lo que, a través de esta revisión sistemática, se ha tratado de sintetizar y evaluar la efectividad de distintas terapias familiares a la hora de tratar Trastornos de la Conducta Alimentaria como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nervosa en población adolescente. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos llamadas Pubmed, Medline Complete y APA Psycinfo, obteniendo finalmente 12 estudios. En dichos estudios se ha evaluado o comparado la eficacia de principalmente tres terapias familiares: la Terapia Basada en la Familia (FBT), la Terapia Multi-familiar (MFT) y la Terapia Sistémica Familiar. A pesar de la heterogeneidad encontrada en dicha búsqueda, los resultados han resultado ser favorables a las distintas terapias familiares. El trabajo con una (FBT y Terapia Sistémica) o varias familias (MFT), parece ser beneficioso pudiendo ver una remisión y mejora significativa en los síntomas físicos y psicológicos de los adolescentes con Anorexia o Bulimia Nerviosa.

Palabras clave: Terapia Familiar, Terapia Basada en la Familia, Terapia Multi-Familiar, Terapia Sistémica, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Abstract

Eating disorders pose a great challenge to clinical practice. The aetiology of these disorders is multiple, with the family system being one of the main factors involved. For this reason, the following systematic review has attempted to synthesise and evaluate the effectiveness of different family therapies in the treatment of eating disorders such as Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in the adolescent population. To this end, a systematic search was carried out in the databases Pubmed, Medline Complete and APA Psycinfo. A total of 12 studies were obtained. These studies evaluated or compared the efficacy of three main family therapies: Family-Based Therapy (FBT), Multi-Family Therapy (MFT) and Systemic Family Therapy. Despite the heterogeneity found in this search, the outcomes have been encouraging, providing evidence of great interest for clinical practice. Working with one (FBT and Systemic Therapy) or several families (MFT) shows a significant remission and improvement on the physical and psychological symptoms of adolescents with Anorexia and Bulimia Nervosa.

Keywords: Family Therapy, Family Based Therapy, Multi-Family Therapy, Systemic Therapy, Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa.

1. Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) generan continuos desafíos para los pacientes, las familias, los clínicos y los investigadores (Steinhausen, 2002). Hay diversos estudios que tratan de aportar nuevas evidencias e información sobre esta problemática en particular. Los síntomas existentes en dichos trastornos son específicos y particulares, lo que permite que el reconocimiento y diagnóstico sea confiable y sencillo (Whittingslow, 2013).

1.1 Datos Sociodemográficos.

Un dato para tener en cuenta es que, comúnmente, estos ocurren primeramente en la adolescencia (Swanson et al, 2011). La adolescencia es un momento clave en el desarrollo psicológico, social y biológico de las personas. Esta es una etapa en la que los individuos consolidarán su identidad y lograrán una mayor autonomía. Actualmente, los adolescentes están expuestos a una gran presión social relacionada con los estándares de delgadez. Esto supone un factor de riesgo a la hora de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en la población adolescente. La exigencia por un cuerpo delgado puede favorecer la aparición de la insatisfacción corporal, lo que, junto con otros factores, puede desencadenar el uso de conductas inapropiadas relacionadas con la ingesta (Marmo, 2014). Además, cabe destacar que, la lipofobia y la búsqueda de un modelo estético excesivamente delgado tiene una gran influencia especialmente en el género femenino, pudiendo ser esta una de las razones por las que las diferencias en prevalencia son tan amplias entre hombres y mujeres (Ruíz-Lázaro et al., 2016).

A pesar de que los TCA no son exclusivos del género femenino, sí que están mucho más presentes en este colectivo. La prevalencia en mujeres es mucho mayor que en hombres. Se estima una prevalencia es del 1,3% en mujeres, mientras que en hombres esta es tan solo es del 0,1% (Ruíz-Lázaro et al., 2016).

1.2 Diagnóstico y Comorbilidad.

Según el DSM-5, los Trastornos de Conducta Alimentaria se pueden clasificar según los diferentes criterios y características que presentan cada uno. Uno de los principales es la Anorexia Nerviosa (AN), que se caracteriza por una restricción de la ingesta que conduce a un peso inferior al mínimo normal. Además, otro factor relevante de la AN es el miedo a engordar o a ganar peso, lo que dificulta el aumento de peso en la persona, a pesar de que este sea significativamente bajo. Por último, se caracteriza también por una alteración en la forma en la que uno se percibe su constitución y su peso, sin poder reconocer la gravedad del bajo peso corporal en el que se puedan encontrar. (APA, 2013).

La AN puede ser de dos tipos: de tipo purgativo, en el cual la persona recurre a atracones y a purgas, es decir, a conductas compensatorias inapropiadas. En cambio, en la AN de tipo restrictivo, el paciente no recurre a ninguna de estas conductas. Es decir, no hay ni atracones ni purgas. Algunas características comunes en los pacientes que presentan AN suelen ser el alto nivel de autoexigencia y los altos niveles de perfeccionismo (Whittingslow, 2013).

Otro de los principales TCA que existen es la Bulimia Nerviosa (BN). Esta se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones. Estos están caracterizados por la ingesta de una gran cantidad de alimentos en un periodo determinado y la sensación de falta de control de lo que se consume en ese periodo de tiempo. En adición, otro criterio de la BN son los comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso como, por ejemplo, los vómitos autoprovocados o el uso incorrecto de laxantes. La autoevaluación se ve muy influida tanto por la constitución como por el peso corporal (APA, 2013).

La comorbilidad es habitual en los TCA, teniendo lugar en más del 70% de los casos. Las comorbilidades más comunes están relacionadas con el estado de ánimo, la ansiedad,

alcohol y el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad y los trastornos del neurodesarrollo (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016).

1.3 Génesis, Mantenimiento y Familia.

Comentando ahora la génesis del trastorno, cabe destacar que, además del factor sociocultural ya comentado, el cual está mediado por la gran influencia que tiene la sociedad en el peso y la figura corporal como requisito para la obtención del éxito, existen otros factores que entran en juego a la hora de desarrollarse un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por un lado, centrándonos en los factores psicológicos, con frecuencia se asocian los TCA a una baja autoestima. La capacidad de sentir confianza, respeto por uno mismo y amor están alteradas. Esto se debe a que tienen una imagen distorsionada de su persona, no aceptándose tal y como son, lo que haría referencia al auto concepto. Tampoco establecen juicios valorativos sobre sus propios actos y se sienten indeseables y devaluadas, existiendo una falta de auto evaluación. Todo esto genera una autocrítica llena de prejuicios y muy ligada a las valoraciones externas, a la constante comparación con el resto y a la aparición de sentimientos de inferioridad. Como resultado de todo ello, aparece una falta de identidad del yo que les conduce a copiar y comparar modelos (Borrego, 2010).

Por otro lado, dentro de este abanico de factores nos encontramos también con la familia, siendo esta un pilar fundamental. Para comenzar, la familia supone un gran foco de presión a la hora de mantener la imagen o apariencia, sobre todo en mujeres (Borrego, 2010). Además, la bibliografía existente muestra que en las familias con TCA existe un mayor deterioro en el funcionamiento familiar, el cual se ve traducido en un mayor conflicto y una menor cohesión, expresividad, adaptabilidad, independencia, respuesta afectiva, control conductual. También hay una escasez de actividades que fomenten el desarrollo de cada uno de los miembros (Martínez et al., 2013).

En cuanto a la estructura familiar en estos trastornos, suele ser disfuncional, siendo comunes los eventos estresantes como los divorcios, las nuevas parejas de los padres y las discusiones familiares (Borrego, 2010). Estas situaciones conducen a la familia a la necesidad de desarrollar nuevas estrategias, surgiendo las dificultades cuando no se han podido adaptar a las nuevas necesidades (Whittingslow, 2013). La consecuencia es que, las personas con TCA, presentan mayores niveles de estrés acumulado (Behar y Valdés, 2009).

Asimismo, otro elemento familiar estudiado que se debe considerar es la presencia de antecedentes patológicos en las madres. Tal y como pueden ser valoraciones positivas relacionadas con un bajo peso, hábitos dietéticos e incluso cierta hiperactividad. En estos casos se podría hablar de vulnerabilidad genética o disposición a la hora de desarrollar este tipo de trastorno (Borrego, 2010). Además, ha quedado demostrado que los trastornos afectivos en padres de personas con AN son más frecuentes que en población normal. Por último, en cuanto a los estilos de crianza, las comparaciones entre hermanos y la exigencia suele estar presente en las familias con pacientes con bulimia. Existiendo un déficit a la hora de regular y tolerar la tensión que los estados emocionales negativos generan (Espina, 2005).

Como podemos observar, el sistema familiar juega un papel de gran importancia en la génesis y mantenimiento de los TCA (Martínez et al., 2013 y Whittingslow, 2013). Es por ello por lo que, con el paso del tiempo, fue considerándose como un factor a tener en cuenta en el tratamiento (Treasure et al., 2020).

1.4 Principales Terapias.

Poniendo ahora la mirada en las principales terapias utilizadas y remontándonos a los años 60, es relevante comentar que, no se incluía a la familia en el tratamiento de los mismos. Estos eran considerados como enfermedades psicosomáticas. Más adelante, el abordaje cambió a raíz del surgimiento de las terapias sistémicas. Se comenzó a vincular el síntoma con el

entorno, dando entrada a la familia a la hora de participar en el proceso de solución del conflicto (Whittingslow, 2013). Por ello, el modelo de terapia sistémica familiar, a diferencia de otras maneras de conceptualizar los trastornos de alimentación, no sitúa el problema en el individuo que lo padece, sino en las relaciones interpersonales que este tiene. Es decir, en las interacciones narrativas y sociales que se tienen sobre el problema (Treasure et al., 2020). Un concepto interesante que se planteó es el de “*familia psicósomática*” (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). Al evaluar familias con personas con AN se observó que, los síntomas alimentarios de las adolescentes servían para desviar la mirada de los verdaderos conflictos que pudiera haber en la familia, estableciéndose de esta manera un equilibrio (Martínez et al. 2013).

Otro argumento importante que jugó a favor de la incorporación de la familia en el tratamiento de los TCA es el hecho de que tienen una etiología múltiple. Tal y como se ha explicado anteriormente hay varios factores que interactúan de manera simultánea en la génesis de estos trastornos. Siguiendo por esta línea, al ser la familia uno de los principales factores que entran en juego, resulta fundamental analizar y estudiar al círculo familiar del individuo que padece el trastorno (Whittingslow, 2013).

Por ello, a la hora de tratar AN y BN, la Terapia Basada en la Familia (FBT) es una de las formas de tratamiento que más evidencia han ido ganando en cuanto a población infantojuvenil. Actualmente es recomendada en las guías de tratamiento por la *American Psychiatric Association* (APA, 2013). Este modelo fue desarrollado en el hospital Maudsley, situado en Inglaterra, específicamente en la ciudad de Londres. Esta determinada terapia, es conocida también por el nombre de “Terapia Familiar de Maudsley” (Lock et al., 2012). La Terapia Basada en la Familia es un tratamiento ambulatorio intensivo en el que la familia es vista como el principal recurso para la recuperación de los adolescentes. Para poder llevarse a cabo, requiere de un terapeuta y un médico para evaluar la salud física de los pacientes (Lock et al., 2012).

La FBT se ha empleado a lo largo de los últimos años en el tratamiento de TCA como la AN y la BN. El objetivo es trabajar con la familia más que tratar a la familia (Baudinet et al., 2021). Para comprender el funcionamiento de la FBT, es importante remarcar que esta cuenta con tres fases diferenciadas: en la primera fase el objetivo es movilizar a los padres para centrarse en el manejo de la recuperación de peso, adquiriendo los padres un rol central en la alimentación y cuidado de sus hijos. En la segunda fase, el objetivo cambia, buscando devolver el control sobre la comida al individuo, hasta llegar a un nivel apropiado para su edad (Treasure et al., 2020). Esto ocurre cuando las prácticas alimentarias son más saludables y la salud física de la persona ha mejorado (Baudinet et al., 2021). Por último, la tercera fase se centra en otros aspectos relacionados con el desarrollo típico de la adolescencia. Por lo tanto, el objetivo es que, poco a poco, según los síntomas remitan, los pacientes puedan ganar autonomía a la hora de alimentarse, llegando hasta un funcionamiento normal.

Esta conceptualización permite centrar la mirada en los ámbitos terapéuticos que han sido eclipsados por el trastorno (Lock y le Grange, 2012). A pesar de todos los avances conseguidos hasta la fecha, cabe destacar que se ha generado cierta confusión debido al surgimiento de modelos de terapia familiar muy similares y debido a las propias variaciones de la Terapia Basada en la Familia (Lock, 2018).

Además de la FBT, existen otros modelos utilizados para el tratamiento de la AN y BN dentro del abanico de las terapias familiares. Otra de las principales terapias utilizadas sería la terapia Multi-Familiar (MFT). Estos modelos surgieron en torno a los años 90, destinados sobre todo para niños y adolescentes (Dare y Eisler, 2000). Existen varias versiones que se pueden aplicar a la hora de tratar la AN en población infanto-juvenil. Normalmente, esta requiere de un grupo de hasta ocho familias trabajando al menos con dos profesionales sanitarios. Durante el tratamiento, el grupo realiza distintas actividades, incluyendo las discusiones grupales tanto en grupos pequeños como en grupos más amplios. Además, todo esto ocurre en distintas

combinaciones, por ejemplo, separando a las personas jóvenes, juntando a los hermanos, a los padres, dividiendo los grupos en parejas, creando grupos mixtos etc. (Baudinet et al., 2021). Dicha práctica ha mostrado resultados y, por lo tanto, es recomendada para el tratamiento de la AN en adolescentes (Couterier et al., 2020).

En cuanto a la BN, se ha desarrollado una versión específica de tratamiento Multi-Familiar para adolescentes en respuesta a los resultados modestos mostrados por la Terapia Familiar y la Terapia Cognitivo-Conductual (Stewart et al., 2019). La BN tiene un gran impacto tanto en los individuos afectados como en sus familiares, lo que genera altos niveles de estrés. Por ello, la terapia Multi-Familiar trata de atajar las barreras para el tratamiento como la poca motivación al cambio, la hostilidad, el afecto negativo y la desregulación emocional (Stewart et al., 2019). El objetivo del tratamiento por lo tanto es crear un ambiente familiar de validación en el que se desarrollen habilidades colaborativas de aprendizaje. Cabe indicar que, esta versión ha mostrado prometedores resultados, reduciendo tanto los síntomas de la bulimia, como la ansiedad, depresión y desregulación emocional (Stewart et al., 2019).

Para finalizar y, en adición al tratamiento, un elemento para tener en cuenta a la hora de intervenir es el momento en el que se produce la intervención, ya que ha demostrado ser muy determinante. Existen evidencias de que una intervención temprana influye de manera positiva en el tratamiento, mejorando los resultados de este (Treasure y Rusell, 2011).

Tal y como se ha visto recogido a lo largo de este apartado, en las últimas décadas, los TCA ha sido un foco de atención creciente tanto para las disciplinas médicas como para las no médicas. Una de las razones es el progresivo aumento de los casos (Borrego, 2010), pero esa no es la única razón relevante para profundizar en su estudio. Es imprescindible tener en cuenta que, este tipo de trastornos cuenta con un alto índice de riesgo. De no ser identificado, tratado y controlado a tiempo puede generar problemas psicológicos y deterioro tanto intelectual como

en el pensamiento y percepción (Martínez et al., 2003). Y es que, a nivel biológico, llaman la atención las alteraciones que se producen en el organismo debido a la desnutrición y a las conductas purgativas, en caso de que las haya (Espina, 2005). Estas pueden desencadenar enfermedades médicas severas, ya sean gastrointestinales, descalcificación o amenorrea, por ejemplo. La gravedad puede llegar a ser de tal magnitud que podría incluso causar la muerte del individuo. Todo este gran riesgo se suma al aislamiento y al escaso interés que tienen en relacionarse con los demás. Existiendo también una reducción en sus relaciones y afectando de esta manera al área social de los sujetos (Martínez et al., 2003).

Asimismo, la cronicidad es otro elemento muy presente en estos trastornos, afectando a la expectativa de los logros terapéuticos. El gran abanico de factores que influye en el desarrollo de un TCA contribuye de igual manera a que se mantengan y perpetúen los síntomas que sostienen el trastorno (Kirszman, 2020), dando lugar a intervenciones largas y complejas con repercusiones graves en los individuos (Whittingslow, 2013).

Por lo tanto, dejando clara la importancia que tienen los TCA en el momento actual y el importante rol que tiene la familia en dichos trastornos, es importante seguir investigando para poder establecer líneas de intervención eficaces. Por ello, a través de esta revisión se pretende sistematizar la información y evaluar la efectividad que tiene la terapia familiar, especialmente la FBT, la MFT y la Terapia Familiar Sistémica en la AN y BN.

2. Método

2.1 Estrategias de Búsqueda y Variables.

Para comenzar, a la hora de realizar esta revisión sistemática se ha hecho uso de la declaración PRISMA, siguiendo, por lo tanto, los ítems que han de incluirse en una publicación de revisión sistemática (Urrútia y Bonfill, 2010).

En cuanto a los criterios de elegibilidad, se elaboraron antes de la búsqueda, teniendo en cuenta las características específicas que debían cumplir los estudios seleccionados. Para desarrollar la pregunta de investigación, se hizo uso del sistema PICO.

Tabla 1

Sistema PICO empleado para desarrollar la pregunta de investigación.

P: Problema o paciente de interés	Adolescentes con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa
I: Intervención	Terapia Familiar, específicamente Terapia Basada en la Familia y Tratamiento Multi-Familiar, teniendo en cuenta también la terapia sistémica.
O: Medidas	Reducción de los síntomas físicos y psicológicos.
S: Diseño del estudio	Revisión Sistemática

Para la búsqueda de los artículos de interés para esta revisión se han empleado las bases de datos PubMed, Psycinfo y Medline Complete. La búsqueda comenzó el día 10 de enero y finalizó el día 31 de marzo. Se tuvieron en cuenta los artículos que han sido publicados en los

últimos diez años, es decir, desde el año 2012 hasta el año 2022 incluyendo también estos primeros meses del año 2023.

Previamente, antes de realizar la búsqueda, se establecieron términos en inglés, de manera que estos pudieran responder junto con el empleo de operadores (“OR” y “AND”) al objetivo que tiene la búsqueda. A continuación, se buscó la correspondencia del término libre en lenguaje documental en cada una de las bases de datos. Esto se adaptó a cada base de datos según fue necesario. En ocasiones se tuvo que hacer uso del lenguaje libre debido a que algunos términos no están disponibles en el lenguaje documental.

Tabla 2

Ecuaciones de búsqueda empleadas en las distintas bases de datos.

Base de datos	Términos y estrategia de búsqueda
Pubmed	Ecuación de búsqueda: (("Family Therapy"[Mesh]) OR "Multi-Family therapy" OR "Systemic therapy") AND (("Anorexia Nervosa"[Mesh]) OR ("Bulimia Nervosa"[Mesh]))
Medline Complete	Ecuación de búsqueda ((MH "Family Therapy") OR "systemic therapy" OR "multi-family therapy") AND ((MH "Anorexia Nervosa") OR (MH "Bulimia Nervosa")) AND (MH "Adolescent")
Psycinfo	Ecuación de búsqueda: ((DE "Family Therapy") OR ("Systemic Therapy") OR ("Multi Family Therapy"))

AND ((DE "Anorexia Nervosa") OR (DE "Bulimia")) AND ("Adolescent")

Una vez lanzadas las ecuaciones de búsqueda, se aplicaron tanto los criterios de inclusión como de exclusión siguiendo un cierto orden. Para comenzar, se excluyeron todos los artículos que no estuviesen en inglés o en español mediante un filtro automático perteneciente a las distintas bases de datos. A continuación, verificando que el cribado fuera adecuado, se empleó el filtro de la base de datos que reduce la búsqueda a los últimos diez años, junto con el filtro de “publicación académica”, para evitar otro material que no esté relacionado con ello. Además, en la base de datos de Pubmed no se incluyó el término de “Adolescent” en la ecuación de búsqueda. Esto se debe a que la base de datos de Pubmed, a diferencia de las otras dos, cuenta con un filtro de búsqueda por edad. Se comprobó aun así que dicho filtro no afectara a la búsqueda.

Posteriormente, se filtró el título y el abstract de los artículos, teniendo en cuenta de esta manera los criterios de inclusión y exclusión. Al descartar los artículos que no cumplían los criterios buscados, se revisaron los artículos restantes, pero esta vez a texto completo, aplicándose de nuevo los criterios de inclusión y exclusión.

A continuación, con el fin de analizar los resultados de los estudios primarios, se comprobó que las medidas cuantitativas fueran obtenidas mediante pruebas estandarizadas o sin estandarizar. Por lo tanto, nos aseguramos de que dichas medidas evalúen las variables de interés. En caso de existir una medida post tratamiento tanto a medio como largo plazo se tuvo en cuenta, El objetivo de este proceso por lo tanto es registrar si las intervenciones empleadas en los distintos estudios han influido en la mejora de la sintomatología de la AN y la BN.

En cuanto a las variables metodológicas se han recogido los distintos tipos de diseño utilizados, el uso o no de grupo control, si la asignación ha sido aleatoria o no, el cegamiento en caso de haberlo, el tamaño de la muestra y el seguimiento de los resultados y la duración de este.

Se han tenido en cuenta también características de la muestra que han podido influir en los resultados como el rango de edad, recordemos que en este trabajo de fin de grado se ha excluido todo lo que no pertenezca al rango de edad adolescente, el porcentaje de hombres y mujeres en cada estudio y el tipo de familia al que pertenecen. Además, también se ha registrado el diagnóstico, ya sea de BN o AN, la duración media del trastorno y el grado de comorbilidad existente.

Además, otras variables que se han tenido en consideración en la revisión son el tipo de terapia familiar empleada y la duración de esta, junto con el número de sesiones que se han proporcionado. Siguiendo por esta línea, también ha sido codificado el tipo de profesional que ha realizado la terapia.

2.2 Criterios de Inclusión y de Exclusión.

Tal y como se ha podido mencionar anteriormente, esta revisión sistemática trata de dilucidar si la terapia familiar, haciendo especial énfasis en la terapia basada en la familia (FBT) y la terapia multifamiliar (MFT), es efectiva en la mejora de síntomas físicos y psicológicos tanto en la AN como en la BN, en población adolescente. Por ello, se han incluido en la revisión aquellos estudios en los que se empleara la FBT, la MFT e incluso otras formas de terapia familiar como la terapia sistémica. Para cumplir dicho objetivo relacionado con la efectividad, se han incluido los estudios que miden la sintomatología física y psicológica en pacientes que padecen AN o BN. Cabe destacar que los criterios de elegibilidad vienen descritos de una manera más detallada en la tabla 3.

Tabla 3

Criterios de inclusión y exclusión

	Inclusión	Exclusión
Tipo de publicación	Estudios experimentales aleatorizados Estudios cuasiexperimentales Estudios ex post facto	Libros Revisiones Tesis doctorales Libros actas congresos Estudios de caso
Cronológico	Últimos 10 años	
Idioma	Inglés y español	
Zona de influencia	Europa y América	
Metodologías	Cuantitativa	Meta-análisis Cualitativa
Población de estudio	Adolescentes	
Intervención	Tratamiento FBT Terapia Multi-Familiar Terapia sistémica	

3. Resultados

3.1 Resultados de la Búsqueda.

Tras realizar la búsqueda inicial en APA Psycinfo se obtuvieron un total de 480 artículos, tras aplicarse los filtros de existentes en la base de datos relacionados con el tipo de publicación, el idioma y la fecha de publicación el total de artículos disminuyó hasta la cifra de 195. En Pubmed, los resultados fueron similares. El total de publicaciones encontradas en un primer momento fueron 455. Tras aplicar los filtros de la base de datos relacionados con la edad, la fecha de publicación y el idioma la búsqueda quedó en un total de 144 artículos. Por último, en la base de datos denominada Medline Complete se encontraron un total de 366 publicaciones en un primer momento. Una vez más, al aplicar los filtros de la base de datos relacionados con el idioma, las publicaciones académicas y la fecha de publicación la búsqueda disminuyó en un total de 143 artículos.

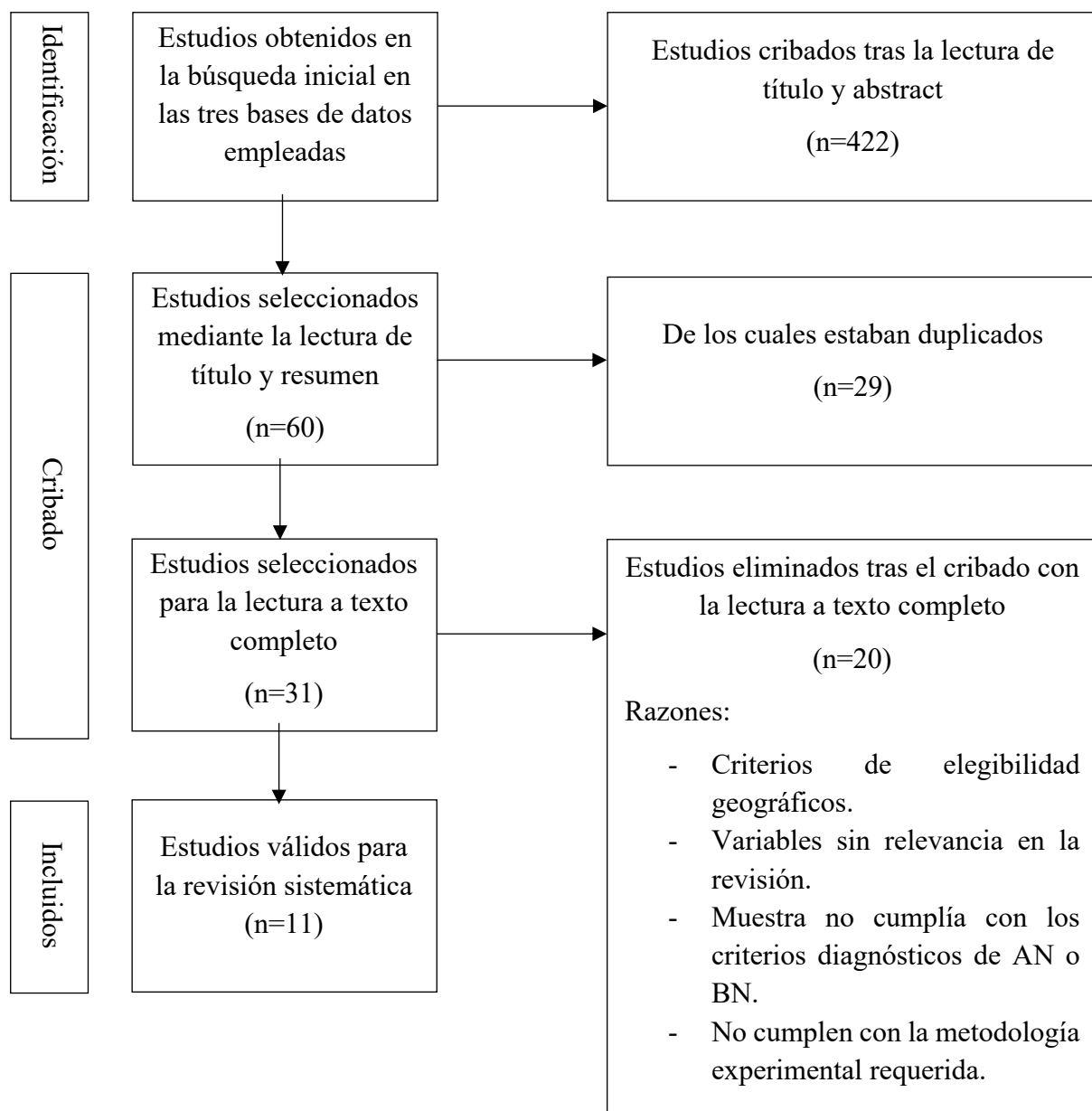
Por lo tanto, el total de publicaciones que pasaron a la siguiente fase de la revisión fueron 482. A continuación, se comenzó a cribar mediante el título y el abstract, excluyendo aquellos que no cumplieran con los criterios de elegibilidad. Al terminar este proceso, el número de artículos disminuyó de una manera considerable, quedando un total de 60, de los cuales 29 estaban duplicados. Es por ello por lo que, finalmente, 31 artículos fueron los que se leyeron a texto completo.

Finalmente, tras realizar la lectura, quedaron un total de 11 artículos válidos para la revisión. Entre ellos hay uno que contiene dos estudios en el mismo artículo. Ambos son aptos y han sido utilizados. De esta manera, el total de publicaciones excluidas en esta última lectura han sido 20. Esto se ha debido a varias razones. La primera razón de exclusión ha sido que algunos de ellos no cumplían con la metodología experimental requerida, encontrándonos con estudios de caso o con una revisión de protocolo. Además, en otras situaciones, la variable que

media el estudio no era de nuestro interés. Lo que buscamos en esta revisión es analizar la mejora en los síntomas de la persona que padece AN o BN, no el estudio de la motivación interna para el cambio, o el grado de mejora en el funcionamiento familiar tal y como se pretendía analizar en algunas de las publicaciones excluidas. Otra de las razones encontradas es que hay determinados estudios que no correspondían con la zona geográfica comprendida en nuestra revisión sistemática, es decir, se excluyeron los estudios que se realizaron fuera de Europa o América. Por último, se han tenido que excluir los estudios cuya muestra no cumplía los criterios diagnósticos para la AN o la BN.

Figura 2.

Diagrama de flujo de la búsqueda.



3.2 Características de los Estudios y sus Muestras.

3.2.1. Características Metodológicas.

En cuanto a las características metodológicas de la revisión esta revisión cuenta con 11 artículos, aunque como bien se ha podido especificar en el apartado anterior, uno de ellos contiene dos estudios. Es por ello por lo que, en total, la revisión valora un total de 12 estudios, los cuales son de distintos tipos. Todos los estudios valoran y/o comparan la efectividad de distintas terapias como la FBT y la MFT. Algunos valoran este impacto en la AN, otros en la BN y, finalmente, otros lo consideran tanto para la AN como para la BN, como bien se especificará más adelante.

Por un lado, la revisión cuenta con cinco estudios clínicos aleatorizados (ECA) (Eisler et al., 2016; Hugues, 2017; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015 y Godart et al., 2012). Esto supondría que, aproximadamente, un 42% de los estudios escogidos son ECA. En todos ellos se mide la sintomatología física y psicológica de manera previa al tratamiento, al terminar el tratamiento y, también, unos meses después del fin del tratamiento. Por lo tanto, todos tienen seguimiento. En tres de los estudios, la duración del seguimiento es de seis meses (Eisler et al., 2016; Hughes, 2017 y Godart et al., 2012). A diferencia de estos, en los dos restantes, además de tener medidas de seguimiento a los seis meses de terminar el tratamiento, también toman medidas a los 12 meses (Agras et al., 2014 y Le Grange et al., 2015). Un punto a tener en cuenta acerca de estos cinco estudios es que en todos ellos hay cegamiento en los evaluadores que tomaban las medidas a los participantes del estudio.

Asimismo, en todos los ECA hay una comparación entre dos terapias distintas. En ninguno de ellos hay un grupo control, sino que son estudios en los que los participantes se aleatorizan a uno de los dos tratamientos que se van a llevar a cabo. En dos de ellos se compara la FBT con la MFT (Eisler et al., 2016 y Hugues, 2017). En otro de los estudios se compara la

FBT con la terapia sistémica familiar (Agras et al., 2014). Cabe destacar que, a pesar de haber introducido el término “systemic therapy” en las ecuaciones de búsqueda de las tres bases de datos, este es el único artículo válido que se ha encontrado y que aporta información sobre la efectividad de esta terapia en la problemática que plantea la revisión. Siguiendo con el contenido de los ECA, el siguiente artículo también compara la FBT, aunque esta vez con la terapia Cognitivo-Conductual (Le Grange et al., 2015). Por último, el ECA restante compara un tratamiento usual con un tratamiento usual que contiene componentes de la FBT (Godart et al., 2012). Como podemos observar, los ECA que se manejan en la revisión se podrían agrupar, por un lado, en estudios que comparan la FBT con la MFT y, por otro lado, en estudios que comparan la FBT con otras terapias.

Pasando ahora al siguiente grupo de estudios incluidos en la revisión, hay seis estudios clínicos sin aleatorizar y sin cegamiento de ningún tipo (Matthews et al., 2018; Salaminiou et al., 2017; Gelin et al., 2015; Terache et al., 2022 y Stewart et al., 2019). Esto comprendería un 50% del total de los estudios seleccionados. Dentro de estos también hay diferencias, ya que no todos ellos comparan las mismas y terapias y no todos tienen seguimiento. Uno de ellos compara de manera retrospectiva un grupo de pacientes que han recibido un tratamiento usual con pacientes que reciben FBT. Este además contiene seguimiento (Matthews et al., 2018). Otro estudio que contiene seguimiento es el realizado por Salaminiou et al. (2017). A diferencia del anterior, este no compara dos tratamientos, sino que toma medidas pre-tratamiento y post-tratamiento de participantes que han recibido MFT. En ambos estudios, las medidas tomadas en el seguimiento ocurren a los tres y a los seis meses, aunque cabe destacar que en uno de ellos se toman también a las cuatro semanas de finalizar el tratamiento (Matthews et al., 2018). El último estudio de este grupo que contiene seguimiento trata de discernir si los efectos de la MFT se mantienen con el paso de los meses. Por lo tanto, las medidas de seguimiento se toman a los seis y a los 12 meses. Los pacientes completaron cuestionarios un total de cinco veces. Al

comenzar el tratamiento, al llegar al ecuador de este, al terminar el tratamiento y, finalmente, a los seis y 12 meses. (Terache et al., 2022). Continuando por los tres estudios restantes, ninguno de ellos contiene seguimiento. En dos de ellos se toman medidas pre y post de un tratamiento MFT (Gelin et al., 2015 y Stewart et al., 2019), mientras que en el restante se compara un grupo de participantes que recibieron MFT con otro grupo de participantes que no recibieron este tratamiento (Stewart et al., 2019). Un punto en común que tienen los estudios comentados en este párrafo es la ausencia de un grupo control. Solo en dos de ellos se compara un tratamiento con otro (Stewart, 2019 y Matthews et al., 2018), pero, aun así, estos no tienen un grupo control.

Por último, dentro de los artículos escogidos encontramos también un estudio longitudinal (Halvorsen et al., 2017), comprendiendo este el 8% restante del total de estudios seleccionados para la revisión. Para este estudio se contactó con pacientes que recibieron FBT entre mayo de 2008 y junio de 2014 con el objetivo de observar y tomar medidas de su estado. Este estudio presenta seguimiento. La duración media de este es de cuatro años y medio.

3.2.2 Instrumentos de Medida Utilizados.

A continuación, se comentarán los instrumentos de evaluación que se han podido registrar en los estudios que han sido seleccionados para la revisión. Para comenzar, a la hora de clasificar el resultado de las distintas terapias en los pacientes, principalmente se ha utilizado la escala global de “Morgan y Russell” (1995), en la cual se tiene en cuenta la media en porcentaje del “Índice de Masa Corporal” (%mBMI) y la presencia o no de amenorrea y síntomas bulímicos, clasificando estos datos en “buen resultado”, “resultado intermedio” o “mal resultado”. Se considera que hay un buen resultado cuando el %mBMI es igual o superior al 85% y, al mismo tiempo, no haya amenorrea ni presencia de síntomas bulímicos (Morgan y Russell, 1995). Además, a pesar de que haya estudios en los que no se ha utilizado la escala de Morgan y Russell, el “Índice de Masa Corporal” es una medida que se utiliza en la mayoría de

los estudios incluidos en la revisión (Eisler et al., 2016; Hughes, 2017; Godart et al., 2012; Halvorsen et al., 2017; y Salaminiou et al., 2017). Otras medidas similares que se utilizan en algunos de los estudios para valorar el peso son el “Expected Body Weight” (%EBW) (Gelin, 2015 y Terache, 2022), el “Ideal Body Weight” (IBW) (Agras et al., 2014 y Godart, 2012) o el “Treatment Goal Weight” (TGW), el cual solo fue utilizado en un estudio (Matthews et al., 2018).

Pasando ahora a los instrumentos utilizados para medir los síntomas alimentarios, un instrumento muy recurrente entre los estudios es el “Eating Disorder Examination” (EDE; Fairburn y Cooper, 1993) o el “Eating Disorder Examination Questionnaire” (EDE-Q; Fairburn y Cooper, 1994). Este consta de distintas subescalas en las que se evalúa la preocupación sobre ingesta, el cuerpo y el peso. Además, también cuenta con una subescala que evalúa la restricción (Eisler et al., 2016; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Stewart et al., 2019 y Halvorsen et al., 2017). Otro instrumento que mide los síntomas alimentarios es el “Eating Disorder Inventory-II (EDI-II; Garner, 1991), el cual fue utilizado en tres estudios (Gelin et al., 2015; Godart et al., 2012 y Terache et al., 2022). Este contiene varias subescalas: “deseos de delgadez”, “insatisfacción corporal”, “inefectividad”, “perfeccionismo”, “desconfianza interpersonal”, “conciencia interoceptiva”, “temores relacionados con la madurez”, “ascetismo”, “regulación de impulsos” y “regulación social”. En uno de los estudios también se empleó la “Rosenberg Self-Esteem Scale” (Rosenberg, 1979) con el objetivo de valorar la autoestima de los participantes.

Para finalizar, el “Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II; Beck et al., 1996), se utilizó en varios estudios para medir y valorar los síntomas depresivos (Salaminiou et al., 2017 y Eisler et al., 2016). Cabe aclarar que, en uno de los estudios (Le Grange et al., 2015) se utilizó la antigua versión de este instrumento, el “Inventario de Depresión de Beck” (BDI; Beck et al., 1988).

3.2.3 Características de la Muestra.

Tal y como se ha podido mencionar anteriormente, el 100% de los participantes de los 12 estudios pertenecen a un rango de edad adolescente. Este intervalo de edad está comprendido desde los 13 a los 20 años. La media de edad de todos los estudios se sitúa entre los 14 y los 16 años. Entre los estudios seleccionados, un 75% fueron realizados en Europa (Eisler et al., 2016; Hughes, 2017; Godart et al., 2012; Salaminiou et al., 2017; Gelin et al., 2015; Stewart et al., 2019; Halvorsen et al., 2017 y Terache et al., 2022). En cambio, el 25% restante tuvo lugar en América, específicamente en Estados Unidos y Canadá (Le Grange et al., 2015; Agras et al., 2014 y Matthews et al., 2018).

En cuanto al diagnóstico, un 58% de los estudios cuentan con una muestra con diagnóstico de AN (Eisler et al., 2016; Hughes, 2017; Agras et al., 2014; Godart et al., 2012; Matthews et al., 2018; Salaminiou et al., 2017 y Halvorsen et al., 2017). Otro 25% de los estudios contiene una muestra diagnosticada de BN (Le Grange et al., 2015 y Stewart et al., 2019), mientras que la revisión también cuenta con estudios cuya muestra mezcla participantes con BN o AN. Supondrían el 17% de los estudios (Gelin et al., 2015 y Terache et al., 2022).

Respecto a la proporción de hombres y mujeres en los estudios, tenemos datos sobre ello en el 91% de los estudios, siendo el porcentaje de mujeres muy superior al de hombres. Específicamente, este ronda en torno al 90% en múltiples estudios (Eisler et al., 2016; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Salaminiou et al., 2017; Stewart et al., 2019; Terache et al., 2022; Gelin et al., 2015 y Halvorsen et al., 2017). Las excepciones se encontrarían en el estudio realizado por Hughes (2017), en el cual no hay datos respecto al género de la muestra. El porcentaje más elevado de mujeres se encontraría en uno de los estudios en los que no hay ningún hombre en la muestra, siendo el porcentaje de mujeres de un 100% (Godart et al., 2012). En cambio, el porcentaje más bajo de mujeres lo encontramos en la rama FBT del estudio

realizado por Matthews et al. (2018), en el cual hay un 75,5% de mujeres. Esto dista mucho de la muestra que es sometida al tratamiento usual en este mismo estudio, ascendiendo el porcentaje de mujeres hasta un 97,7%.

Comentando ahora las tasas de comorbilidad, hay diferencias entre los distintos estudios. En un 33% de los estudios no datos sobre ello (Terache et al., 2022; Stewart et al., 2019; Matthews et al., 2018 y Salaminiou et al., 2015). Respecto al 77% restante, encontramos estudios que excluyen aquellos individuos que tienen alguna dependencia al alcohol u otra sustancia (Le Grange et al., 2015; Hugues, 2017 y Gelin et al., 2015) o una condición médica que pueda afectar al peso (Hugues, 2017 y Gelin et al., 2015). También aquellos que médicamente están en riesgo (Eisler et al., 2016; Hugues, 2017 y Le Grange et al., 2015). El estudio que registra mayor comorbilidad es el realizado por Le Grange et al. (2015), encontrando comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico en un 67% de los casos. En cambio, el ensayo clínico aleatorizado realizado por Eisler et al. (2016) registra el menor porcentaje de comorbilidad de la revisión. Un 12,2% de la muestra contiene depresión, un 3,7%, presenta trastornos obsesivos compulsivos y un 1,2% trastornos de ansiedad.

Siguiendo por la duración de la AN o la BN en la muestra, en un 42% de los estudios no contamos con información relacionada (Hugues, 2017; Stewart et al., 2019; Halvorsen et al., 2017 y Terache et al., 2022). En un 25% de los estudios la duración media del trastorno es superior a un año (Godart et al., 2012; Le Grange et al., 2015 y Agras et al., 2014). A diferencia de este dato, en el otro 42% de los estudios la duración media del trastorno es inferior a un año (Eisler et al., 2016; Matthews et al., 2018; Salaminiou et al., 2017 y Gelin et al., 2015).

Además, en cuanto a la información registrada relacionada con el tipo de familia, en un 50% de los estudios no contamos con datos al respecto (Hugues, 2017; Agras et al., 2014; Matthews et al., 2018; Stewart et al., 2019 y Halvorsen et al., 2017). El estudio realizado por

Godart et al. (2012) sería el estudio en el que más participantes presentan una familia intacta, encontrándose en el 85% de la muestra.

Por último, es importante considerar el abandono en los tratamientos. Esta revisión cuenta con bastante información en esta dirección, aunque, al ser los tamaños de las muestras distintas en cada estudio, la comparación se obstaculiza. El 75% de los estudios provee datos sobre el número de participantes que abandonan el tratamiento (Eisler et al., 2016; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Godart et al., 2012; Matthews et al., 2018; Salamiou et al., 2017; Gelin et al., 2015; Stewart et al., 2019 y Halvorsen et al., 2017). El estudio con menor porcentaje de abandono es en el realizado por Halvorsen et al. (2017), solo abandono un participante, suponiendo un porcentaje inferior al 1%.

3.3 Resultados de la revisión sistemática.

4 Tabla 4.

Estudios incluidos y sus principales resultados.

Autores y año de publicación	Tipo de estudio y metodología	Muestra y género	Diagnóstico o y duración del trastorno	Tipo de terapia	Duración de tratamiento y seguimiento	Principales resultados
Agras et al. (2014)	ECA. Evaluadores ciegos y terapeutas no aleatorizados	N=158. 89,80% de mujeres y 10,80% de hombres. 15,3 años de media de edad.	AN. La duración media del trastorno es de 13,5 meses.	Se compara la Terapia Familiar Sistémica con la FBT	Nueve meses de tratamiento, teniendo lugar 16 sesiones de una hora. La duración del seguimiento es de un año.	No se dieron diferencias significativas en el peso, ni en las tasas de remisión, ni en los resultados del EDE (Fairburn y Cooper, 1993). La única diferencia significativa se encuentra en la Rosenberg Self-EsteemScale (Rosenberg, 1979).
Le Grange et al. (2015)	ECA. Evaluadores ciegos	N=109. 94% de mujeres y 6% de hombres.	BN. Duración media del trastorno	Se compara la FBT con la Terapia	18 meses recibiendo una sesión cada tres o cuatro	A los seis y a los 12 meses el porcentaje de abstinencia de purgas y atracones fue significativamente

		15,8 años de edad de media	de 18,9 meses.	Cognitivo-Conductual	semanas. En cuanto al seguimiento este duró seis y doce meses.	mayor en la FBT. Además, participantes FBT mostraron una puntuación significativamente menor en el BDI (Beck et al., 1988).
Godart et al. (2012)	ECA. Evaluadores ciegos para la aleatorización, pero no hay cegamiento de los participantes	N=60. 100% de mujeres. Media de edad de 14,8 años.	AN. Duración media del trastorno de 16,6 meses.	Se compara un tratamiento usual, con este mismo, pero con componentes de la FBT	El tratamiento duró 18 meses, recibiendo una sesión cada tres o cuatro semanas. El seguimiento duró seis meses.	La recuperación (valorada a través de la escala de Morgan y Russell) al finalizar el tratamiento fue 3,2 veces mayor en el grupo que incluía componentes de la FBT. Tanto el IMC como la amenorrea muestra diferencias significativas favorables en el grupo con componentes FBT.
Matthews et al. (2018)	Estudio clínico sin aleatorizar. Comparación entre pacientes que han recibido un tratamiento usual con pacientes que reciben FBT. No hay grupo control.	N=49 en FBT y N=44 en tratamiento usual. 75,5% mujeres y 24,5% de hombres en FBT. 97,7% de mujeres y 2,3% de hombres en el tratamiento usual. 14,81 años de media en FBT y 14,59 años en el tratamiento usual.	AN. La duración media del trastorno es de 6,68 meses en FBT y 6,48 en el tratamiento usual.	Se compara la FBT con el tratamiento usual empleado en dicho centro.	La duración del tratamiento es de seis meses. El seguimiento también fue de seis meses.	A los tres y a los seis meses de haber comenzado el tratamiento se encontraron diferencias significativas en el "Treatment Goal Weight" (TGW) en favor de la FBT. Se concluyó que, los pacientes FBT, llegaban a un 95% de peso restaurado 2,84 veces más que en el tratamiento usual.
Halvorsen et al. (2017)	Estudio longitudinal con un	N=150. 96% de mujeres y	AN y BN. Un 90% de la muestra	Se valora la eficacia de la FBT.	El tratamiento duró 20,6	En el seguimiento, un 65% de los pacientes habían alcanzado un

	seguimiento de 4,5 años.	4% de hombres. 15.57 años de media.	presenta AN y un 10% de la muestra BN		semanas de media, mientras que el seguimiento de cuatro años y medio.	IMC normal. El 58% de los pacientes presentaban puntuaciones normales en el EDE-Q (Fairburn y Cooper, 1994). Por lo tanto, un 36% de la muestra cumplía con los criterios de recuperación. Al finalizar el seguimiento, un 59% de los sujetos no cumplía los criterios para un trastorno de alimentación.
Eisler et al. (2016)	ECA. Cegamiento en los evaluadores.	N=167 en total. N=82 en grupo FBT y N=85 en grupo MFT. 91% de mujeres y 9% de hombres. La edad media son 15,7 años.	AN con una duración media del trastorno de siete meses	Se compara la FBT con la MFT	El tratamiento fue de 12 meses, mientras que el seguimiento fue de seis meses.	En la escala Morgan y Russell (Morgan y Russell, 1995) los resultados buenos e intermedios sucedieron 2,55 meses más en la terapia MFT, siendo esta una diferencia significativa. A los 18 meses la diferencia dejó de ser significativa.
Hugues (2017)	ECA con cegamiento en los evaluadores.	N=169. N=83 en el grupo FBT y N=86 en el grupo MFT.	AN. No se especifica la duración media del trastorno	Se trata de comparar la MFT con la FBT.	La duración del tratamiento es de 12 meses y el seguimiento es de seis meses.	El resultado bueno e intermedio de la escala Morgan y Russell (Morgan y Russell, 1995) se dio 2,55 veces más en el grupo MFT al terminar el tratamiento. A los 18 meses la diferencia dejó de ser significativa. La única diferencia significativa a los 18 meses fue un %IMC mayor en favor de la MFT.
Salaminio et al. (2017)	Estudio sin aleatorizar y sin grupo control. Se	N=30. N=29 madres y	AN. La duración media del trastorno	Evalúa el efecto de la MFT.	El tratamiento duró nueve meses. El	Se dieron mejoras significativas en el %mBMI. En el BDI-II (Beck et al., 1996) los

	tomaron medidas pre-tratamiento, post-tratamiento y en el seguimiento.	N=22 padres. 90% de mujeres y un 10% de hombres. La edad media de los pacientes era 15,4 años.	es de 11,7 meses.		seguimiento duró seis meses.	resultados fueron significativos, disminuyéndose las puntuaciones. En cuanto al EDE, también hubo una mejoría significativa. A los seis meses de tratamiento, tan solo un tercio de los pacientes presentaban un mal pronóstico (Morgan y Russell, 1995)
Gelin et al. (2015)	Estudio clínico sin aleatorizar y sin grupo control.	N=82 con una media de edad de 16,03 años junto a sus familias. 97,5% mujeres y 2,5% de hombres.	AN Y BN. En un 74,4% de la muestra la duración es inferior a un año.	Trata de valorar la eficacia de la MFT.	La duración del tratamiento es de 11 meses y no tiene seguimiento.	Hubo una mejoría significativa en el %EBW ("Expected Body Weight"). Respecto al EDI-II (Garner, 1991), se encontraron mejorías significativas en todas sus dimensiones excepto en la de BN.
Stewart et al. (2019)	Estudio clínico sin aleatorizar y sin grupo control, tomando medidas pre y post-tratamiento.	N=50. 98% de mujeres y 2% de hombres. La media de edad es de 15,6 años.	BN. No hay datos sobre la duración del trastorno.	Valora el efecto de la MFT.	En total se impartieron 28 horas de tratamiento. No hay seguimiento.	Hubo mejoras significativas en el EDEQ (Fairburn y Cooper, 1994). En las dimensiones de "preocupación por la figura" y "preocupación por el peso". Se registraron también diferencias significativas en la frecuencia de atracones y purgas y en los síntomas reportados relacionados con la ansiedad y la depresión.
Stewart et al. (2019)	Estudio clínico sin aleatorizar. Se compara un grupo que	N=130. 96,1% de mujeres y 3,9% de hombres.	BN. Al igual que en el anterior, no hay	Compara un grupo que recibió MFT con un grupo	Se dieron 28 horas de tratamiento. Sin	No se encontraron diferencias significativas en los síntomas de BN ni en síntomas relacionados

	recibió con MFT junto con otro que recibió otro tratamiento.		datos sobre la duración del trastorno.	que recibió otro tratamiento.	seguimiento.	con el estado de ánimo y la ansiedad. Se encontraron diferencias significativas en la subescala de “preocupación por el peso” y “preocupación por la figura”. Se descubrió que, cuanto más tarde recibían el tratamiento MFT, más probabilidades tenían de abandonar el tratamiento.
Terache et al. (2022)	Estudio experimental sin grupo control y sin aleatorizar. Se toman medidas pre-tratamiento y post-tratamiento.	N=150 pacientes y sus familias. La media de edad fue de 15,57 años. Un 96% eran mujeres, un 2,6% eran hombres y un 1,4% no específica en su género.	Un 90% de los individuos presentaban AN y un 10% de individuos presentaban BN.	Se valora el efecto de la MFT.	El tratamiento duró un año. El seguimiento o también tuvo un año de duración.	Las puntuaciones del EDI-II (Garner, 1991) disminuyeron al finalizar el tratamiento, siendo esta una mejoría significativa. En la única dimensión en la que no hubo mejoras significativas fue en la de bulimia. Los efectos se mantuvieron tanto a los seis como a los 12 meses en el seguimiento. El %EBW fue significativo tanto en la mitad del tratamiento como al finalizarse, manteniéndose esta diferencia tanto a los seis y a los 12 meses.

Comentando ahora los resultados que se han encontrado en los distintos estudios, podemos afirmar que en todos ellos se han encontrado resultados significativos a favor de las terapias familiares en cuanto a la mejora de los síntomas físicos y psicológicos. Tanto la FBT, como la MFT, e incluso la Terapia Familiar Sistémica, aun teniendo en cuenta que solo

contamos con un estudio que nos permita conocer su eficacia, parecen estar relacionadas con una mejoría tanto en los síntomas físicos como psicológicos. Un mayor número de estudios contiene una muestra con AN, por lo que hay más datos al respecto sobre la mejoría en este trastorno (Eisler et al., 2016; Hughes, 2017; Agras et al., 2014; Godart et al., 2012; Matthews et al., 2018; Salaminiou et al., 2017; Gelin et al., 2015 y Halvorsen et al., 2017). Tan solo un 25% de las publicaciones de la presente revisión están centradas o tienen muestra con BN (Le Grange et al., 2015; Gelin et al., 2015; Stewart et al., 2019 y Terache et al., 2022).

Considerando ahora las comparaciones realizadas en la revisión, no se encontraron diferencias significativas entre la FBT y la Terapia Sistémica Familiar. Aun así, la publicación encontrada recomienda el uso de la FBT, ya que su coste es menor (Agras et al., 2014). La terapia FBT también parece ser algo más efectiva que la Terapia Cognitivo-Conductual, teniendo un mejor pronóstico en tasas de remisión y en la mejora de síntomas depresivos en la BN (Le Grange et al., 2015).

Sumándose a estos resultados, la FBT también ha mostrado resultados superiores a los tratamientos usuales con los que ha sido comparado, usándose en estos tratamientos usuales la terapia individual, en vez de la familiar. En estos casos, la mejoría se ha visto traducida sobre todo en los síntomas físicos, evaluándose mediante el TGW, la escala de Morgan y Russel (Morgan y Russell, 1995) y el IMC (Godart et al., 2012 y Matthews et al., 2018).

Sintetizando ahora la comparación de la FBT con la MFT, ambas han mostrado ser terapias eficaces, mostrando mejorías en los participantes de ambos grupos. Aun así, la MFT cuenta con alguna diferencia significativa en su favor, mostrando mejores resultados en la escala de Morgan y Russell (Morgan y Russell, 1995). Esta diferencia parece hacerse más evidente al terminar el tratamiento, pero con el paso del tiempo, al tomarse medidas en la fase de seguimiento, esta deja de ser significativa (Eisler et al., 2016 y Hugues, 2017).

Siguiendo por esta línea, esta revisión cuenta con un total de siete estudios en los que se evalúa la eficacia de la MFT. En todos ellos la MFT ha demostrado ser significativa en cuanto a la mejoría de los síntomas físicos como psicológicos relacionados con la AN (Eisler et al., 2016; Hugues et al., 2017; Salaminiou et al., 2017; Gelin et al., 2015 y Terache et al., 2022) y con la BN (Stewart et al., 2019; Gelin et al., 2015 y Terache et al., 2022). A pesar de ello, tal y como se ha tratado de mencionar anteriormente, los resultados no parecen ser tan claros en la BN, incluso mostrándose resultados contradictorios respecto a los síntomas de la BN en diferentes estudios (Stewart et al., 2019).

A continuación, se comentará de una manera más detallada los resultados de cada estudio. Para ello, se han clasificado los estudios en dos apartados: un primer apartado centrado en la FBT y un segundo apartado más dirigido a la MFT. El estudio que habla sobre la Terapia Familiar Sistémica se ha introducido en el apartado de la FBT, debido a que, la terapia con la que es comparada es la propia FBT. Los resultados también se pueden observar sintetizados en la “tabla 4”, donde se comentan también las características relevantes de cada estudio.

4.2.1 Terapia Basada en la Familia (FBT).

Para comenzar, analizando los resultados de la FBT, nos encontramos ante el estudio clínico aleatorizado realizado por Agras et al. (2014), en el cual se comparó la FBT con la Terapia Sistémica Familiar. Se consideró remisión, cuando los pacientes llegaban a un 95% de la masa corporal ideal. Respecto a los resultados, no se han registrado diferencias significativas ni en tasas de recuperación ni en los resultados del EDE (Fairburn y Cooper, 1993). La única diferencia significativa que se pudo encontrar es en la “Rosenberg Self-Esteem Scale” (Rosenberg, 1979), favoreciendo a la Terapia Sistémica Familiar ($p=0.003$) (Agras et al., 2014).

Pasando ahora al siguiente estudio clínico aleatorizado, este compara la Terapia Cognitivo-Conductual con la FBT (Le Grange et al., 2015), pero en BN. Se empleó el EDE

(Fairburn y Cooper, 1993) para valorar los resultados primarios, considerando la abstinencia al alcanzar cuatro semanas sin purgas ni atracones. Los resultados secundarios se midieron mediante instrumentos como el BDI (Beck et al., 1988) y la “Rosenberg Self-EsteemScale” (Rosenberg, 1979). Tanto a las 28 semanas (seis meses) como a las 54 semanas, el porcentaje de abstinencia en la muestra es significativamente mayor en el grupo FBT ($p=0,04$). En cambio, a las 80 semanas las diferencias dejaron de ser significativas. En el resto de las medidas, el BDI (Beck et al., 1988) es la única en la que se han mostrado diferencias significativas entre las dos terapias, mostrando los participantes de la FBT una puntuación inferior que los participantes de la Terapia Cognitivo-Conductual al terminar el tratamiento ($p=0,049$). Por último, el único moderador que se encontró fue el conflicto familiar, respondiendo mejor a la FBT los que menor conflicto familiar tienen ($p=0,048$).

Continuando ahora por la publicación de Godart et al. (2012). Este trata de comparar un tratamiento usual, con el mismo tratamiento usual, pero incorporando elementos de la FBT. Para evaluar las mejorías, se empleó la escala de Morgan y Russell (Morgan y Russell, 1995), en la cual se valora el percentil de IMC y la presencia o no de amenorrea para determinar si los resultados son buenos, malos o intermedios. La recuperación al finalizar el tratamiento ocurrió 3,2 veces más en el grupo cuyo tratamiento incluía elementos de la FBT. En el EDI-II no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($p=0,92$), ni tampoco en las tasas de re-hospitalización ($p=0,24$) (Godart et al., 2012).

Siguiendo por el resto de los estudios de tratamiento FBT, nos encontramos con un estudio clínico sin aleatorizar (Matthews et al., 2018), en el cual se hace una comparación de los pacientes que han recibido un tratamiento usual con pacientes que reciben FBT, al igual que en el estudio anterior (Godart et al., 2012). La medida de resultado empleada ha sido el TGW (Treatment Goal Weight). Ambos grupos tenían porcentajes similares en dicha medida al comenzar el tratamiento: 82,08% en FBT y 80,02% en el tratamiento usual. Se encontraron

diferencias significativas tanto a los tres meses ($p=0,03$) como a los seis meses ($p=0,005$) en favor de la FBT. Al finalizar el tratamiento, los participantes FBT llegan 2,84 veces más a un 95% o más de peso restaurado que en el tratamiento usual (Matthews et al., 2018).

En adición, otro factor que se ha tenido en cuenta y que, además, ha mostrado diferencias significativas han sido las readmisiones médicas. En el grupo que recibió el tratamiento usual el porcentaje de readmisiones médicas fue significativamente mayor que en el grupo FBT ($p<0,01$).

En la investigación realizada por Halvorsen et al. (2017) se realizó un seguimiento de 4,5 años de media a pacientes con AN que recibieron tratamiento FBT. Se empleó el EDE-Q (Fairburn y Cooper, 1994) y el BDI (Beck et al., 1988). La recuperación se contemplaba al presentarse una puntuación mayor o igual que 18,5 en el IMC y menor o igual que 2,5 en el EDE-Q (Fairburn y Cooper, 1994) y al no darse episodios de purga o compensación en los últimos tres meses. En el seguimiento, un 36% de la muestra cumplió con todos los criterios de recuperación. Al finalizar el seguimiento, un 59% de los sujetos ya no cumplía los criterios para un trastorno de alimentación (Halvorsen et al., 2017).

Por último, nos encontramos ante dos estudios clínicos aleatorizados en los que se compara la eficacia de la FBT y la MFT en pacientes con AN (Eisler et al., 2016 y Hugues, 2017). En cuanto a los instrumentos empleados, en ambos estudios se utilizó la escala de Morgan y Russell (1995). Además, en el estudio realizado por Eisler et al. (2016), también se hizo uso del BDI (Beck et al., 1988) y el EDE (Fairburn y Cooper, 1993), tomando medidas al finalizar el tratamiento y seguimiento. Los hallazgos de ambos estudios fueron similares. En ambos estudios (Eisler et al., 2016 y Hugues, 2017), tras valorar las medidas de la escala Morgan y Russell (1995), se mostró que el grupo MFT presentó un resultado bueno o

intermedio 2,55 veces más que en el grupo FBT, siendo esta una diferencia significativa ($p=0,018$). Esta diferencia dejó de ser significativa al finalizarse el seguimiento en ambos casos.

Adicionalmente, en el estudio de Eisler et al. (2016), no se encontraron diferencias significativas ni en el BDI (Beck et al., 1988), ni en ninguna dimensión del EDE (Fairburn y Cooper, 1993) Se puede concluir que, en ambos grupos hay mejoras significativas en cuanto a la psicopatología de la AN y en cuanto a los síntomas psicológicos, pero entre ellos no hay apenas diferencias significativas (Eisler et al., 2016 y Hugues, 2017).

4.2.2 *Terapia Multi-Familiar (MFT).*

Teniendo en cuenta también los resultados de los dos últimos estudios en los que se compara la FBT con la MFT, en este apartado se continuará analizando los resultados relacionados con la Terapia Multi-Familiar.

Comenzando por el estudio realizado por Salaminiou et al. (2017), se compararon las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento de una muestra que recibió MFT. Para ello, se empleó el EDE (Fairburn y Cooper, 1993), la escala de Morgan y Russell (1995), el BDI (Beck et al. 1996) y el %mBMI.

Se encontraron mejorías significativas en el %mBMI ($p<0,001$) y en el BDI-II (Beck et al., 1996) ($p<0,001$), pasando las puntuaciones de “depresión severa a depresión media a los seis meses. Los resultados del EDE fueron bastante positivos ($p<0,01$), existiendo una mejoría notoria en los síntomas alimentarios y psicológicos. Además, respecto a la escala de Morgan y Russel (Morgan y Russell, 1995), el 90% de los pacientes presentaban un mal pronóstico al comenzar la terapia. A los seis meses, tan solo un tercio de los pacientes se mantuvieron en esta categoría de mal pronóstico, encontrándose el resto en remisión (Salaminiou et al., 2017).

El siguiente estudio es muy similar al anterior, aunque en este la muestra está compuesta por personas con AN y BN (Gelin et al., 2015). En relación con la toma de medidas, se empleó

el EDI-II (Garner, 1991), y el %EBW (porcentaje de peso corporal esperado). Al terminar el tratamiento, un 52,4% de los participantes presentaban un %EBW superior al 85% ($p < 0,01$). En cuanto al EDI-II (Garner, 1991), se encontró un descenso significativo en todas las dimensiones excepto en BN ($p < 0,01$).

Pasando ahora a los dos estudios pertenecientes a la publicación de Stewart et al. (2019), se provee MFT en ambos casos. Un instrumento muy utilizado en ambos estudios fue el EDEQ (Fairburn y Cooper, 1994). En el primero de los estudios, se encontraron reducciones significativas en los síntomas reportados por los adolescentes relacionados por “preocupación por la figura” ($p < 0,001$) y “preocupación por el peso” ($p < 0,001$), siendo ambas subescalas del EDEQ (Fairburn y Cooper, 1994). Asimismo, también se registraron reducciones significativas en la frecuencia de los atracones ($p < 0,01$) y las purgas ($p < 0,034$) y en los síntomas reportados por los adolescentes relacionados con la depresión, ansiedad y dificultades en la regulación emocional (Stewart et al., 2019).

La gran diferencia del segundo estudio respecto al anterior es la comparación con un grupo que no recibió MFT. Al igual que en el primero, se encontraron diferencias significativas en la subescala del EDEQ de “preocupación por el peso” ($p < 0,05$) y “preocupación por la figura” ($p < 0,05$). En lo que no se encontraron diferencias significativas fue en los síntomas de BN y en medidas relacionadas con la ansiedad y el estado de ánimo. Esto sí que resulta contradictorio con el estudio anterior, ya que en ese sí que se pudo ver una disminución significativa de los síntomas alimentarios relacionados con la BN. Otro aspecto significativo del estudio a considerar es que, aquellos pacientes que más tarde recibieron MFT tenían más probabilidad de presentar autolesiones e ideación suicida. Asimismo, el grupo que recibió MFT tenía menos probabilidades de abandonar el tratamiento ($p = 0,034$) (Stewart et al., 2019).

Para finalizar, en el último estudio incluido en la revisión, se hizo uso del EDI-II (Garner, 1991), el %EBW y el BMI. Las puntuaciones del EDI-II mostraron diferencias significativas tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento, excepto en la dimensión de BN, aunque se debe tomar con cautela este dato, ya que la muestra de participantes con BN supone tan solo un 10% del total. En cuanto al %EBW, las diferencias también fueron significativas al finalizar el tratamiento y el seguimiento (Terache et al., 2022).

4. Discusión

Los resultados de la presente revisión sistemática han permitido extraer conclusiones de gran interés sobre la eficacia de la terapia familiar en la AN y BN. A su vez, se deberán tener en cuenta las limitaciones de la propia revisión y de las publicaciones incluidas en ella que se irán comentando a lo largo de este apartado.

Para comenzar, tal y como se reflejaba en los primeros párrafos de la introducción, la FBT está recomendada en las guías de tratamiento por la *American Psychiatric Association* (APA, 2013) para el tratamiento de la AN y BN en población infantojuvenil. Esto no es una sorpresa, ya que, en todos los estudios de la revisión en los que se ha valorado la eficacia de la FBT, esta ha mostrado mejoras en los síntomas físicos y psicológicos (Eisler et al., 2016; Hugues et al., 2017; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Godart et al., 2012; Matthews et al., 2018 y Halvorsen et al., 2017). Además, la MFT también ha resultado ser prometedora, saliendo incluso favorecida al compararse con la FBT, teniendo la MFT mayores tasas de recuperación (Eisler et al., 2016 y Hugues et al., 2017). Por lo tanto, esta forma de terapia familiar en la que se incluyen varias familias y se realizan diversas actividades con distintos miembros (Baudinet et al., 2021) sí que ha mostrado tener un impacto positivo en el tratamiento de la AN y BN.

Cabe señalar que, aun teniendo en cuenta que la revisión solo contiene un estudio que valore su eficacia, la Terapia Sistémica Familiar también ha mostrado ser efectiva, pero no contiene diferencias significativas a la FBT, por lo que esta última sigue estando más recomendada debido al menor coste que esta supone (Agras et al., 2014). A pesar de ello, se necesitarían más estudios que comparen estas dos terapias para poder extraer una conclusión más clara.

Además, otra de las principales conclusiones que se pueden extraer es que, el trabajar con la familia es un método efectivo (Baudinet et al., 2021). Esto se ve más claramente en los estudios recogidos que contienen una terapia individual (Le Grange et al., 2015; Matthews et al., 2018 y Stewart et al., 2019). En los tres estudios se compara la FBT (Le Grange et al., 2015 y Matthews et al., 2018) o la MFT (Stewart et al., 2019) con formas de terapia en las que no se incluye a la familia. Los hallazgos de los estudios son positivos en favor de las terapias familiares tal y como se ha podido ver reflejado en el apartado de resultados. Este hecho podría estar relacionado con la etiología múltiple de los trastornos de alimentación, en este caso de la AN y la BN. Al incluir a la familia en el tratamiento, se aborda uno de los principales factores que entran en acción en la génesis y mantenimiento de estos (Whittingslow, 2013), dando lugar a resultados significativos. Se podría estar rebajando la presión por parte del entorno familiar que sufren los pacientes (Borrego, 2010). Asimismo, como resultado de la terapia familiar, el funcionamiento familiar podría haber mejorado, reduciendo el conflicto y aumentando la cohesión (Martínez et al., 2013). Por último, otro de los aspectos que podría haber mejorado tras haber pasado por una terapia familiar es la estructura disfuncional de la familia (Borrego, 2010), pasando a ser más funcional.

Otro aspecto de los resultados que se debe tener en consideración es lo que entiende cada artículo por recuperación. En un alto porcentaje de los estudios se ha empleado la escala Morgan y Russell (Morgan y Russell, 1995) como instrumento para contemplar la recuperación o la remisión del trastorno (Eisler et al., 2016; Hugues et al., 2017; Godart et al., 2012 y Salaminiou et al., 2017). Esta no contempla factores psicológicos como criterios de recuperación, sino la recuperación del peso y la amenorrea. Existe una falta de consenso en la literatura respecto a la definición exacta de recuperación, siendo difícil comparar los ratios de recuperación de los diferentes estudios. Una definición más completa de la recuperación sería la que incluye también aspectos psicológicos (Bardone-Cone et al., 2010).

En cuanto a las limitaciones, se deben tener en cuenta varios factores. En un primer lugar, los resultados de la búsqueda han sido muy heterogéneos, dando lugar a comparaciones entre distintos tipos de estudios o terapias. Además, no en todos los estudios se han empleado los mismos instrumentos de medida. Es por ello por lo que, en esta revisión, se ha tratado de sintetizar los resultados agrupándolos por los distintos tipos de terapias, pero, al ser cada estudio diferente y cada comparación distinta, se han encontrado dificultades a la hora de comparar e integrar los resultados.

Respecto a la muestra utilizada en los distintos estudios, esta ha sido muy homogénea, estando compuesta principalmente por mujeres. Esto era esperable, ya que, la prevalencia de los trastornos de alimentación en mujeres es muy superior a la prevalencia en hombres (Ruíz-Lázaro et al., 2016). Teniendo en cuenta esto, las terapias familiares valoradas en esta revisión sí que parecen efectivas en mujeres, pero para saber si son igual de efectivas en hombres, se necesitarían estudios con una mayor muestra masculina. Además, en la mayoría de los estudios la muestra presentaba comorbilidad con otro trastorno (Eisler et al., 2016; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015; Godart et al., 2012; Stewart et al., 2019 y Terache et al., 2022). Esto es algo que se debe tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, ya que ha podido influir en ellos. Recordemos que la comorbilidad es algo muy habitual en la práctica clínica de los TCA, estando presente en un 70% de los casos aproximadamente (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). Además, se debe tener en consideración que el tamaño de la muestra difiere en cada estudio, pudiendo ser este un elemento que afecte a los resultados obtenidos.

El siguiente punto para comentar es la calidad metodológica de los estudios. Como bien se ha podido reflejar anteriormente, esta revisión cuenta con cinco estudios clínicos aleatorizados (Eisler et al., 2016; Hugues et al., 2017; Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2015 y Godart et al., 2012). Es por ello por lo que los resultados se deben de analizar con cautela, debido a que, los siete estudios restantes que contiene la revisión no están aleatorizados y, por

lo tanto, no presentan la misma calidad metodológica. Hay que tener en cuenta también que no todos contienen seguimiento (Gelin et al., 2015 y Stewart et al., 2019), lo que hace difícil saber si los cambios se mantienen o no en el tiempo. Asimismo, no en todos los estudios se recogen los mismos datos. No en todos los estudios tenemos datos sobre la comorbilidad, el tipo de familia, el número de participantes que abandonan el tratamiento, la duración del trastorno o incluso el género de la muestra, lo que supondría una limitación de cara a comparar las distintas investigaciones.

Es fundamental comprender también la zona geográfica donde han sido realizados los estudios. Estos han tenido lugar en América y Europa, por lo que las conclusiones sacadas de los estudios pueden ser aplicables a estas regiones y no extrapolables a otras que no estén comprendidas en la revisión.

Las limitaciones comentadas nos dan información sobre las líneas futuras de investigación. Por un lado, sería interesante poder establecer una definición de recuperación común a las publicaciones seleccionados, ya que, es complicado comparar las tasas de recuperación cuando cada estudio tiene en cuenta distintas variables para determinar si un paciente está o no en remisión. Por otro lado, resultaría beneficioso contar con una mayor muestra masculina, de manera que pudiésemos obtener información sobre la eficacia y efectividad de la terapia familiar en varones. En adición, incluir muestras de otras poblaciones nos permitiría extraer información de como la terapia familiar funciona en otras culturas distintas a la considerada en esta revisión y que impacto tiene esta en la AN y la BN.

En cuanto a las medidas empleadas, se recomendaría a las futuras investigaciones contar con estudios que utilicen las mismas. En parte, la búsqueda ha resultado ser tan heterogénea debido a que, en la mayoría de los estudios, se han empleado cuestionarios distintos, siendo difícil comparar las distintas puntuaciones entre estudios.

Teniendo en cuenta los resultados de esta revisión y, por lo tanto, viendo que las terapias familiares son un tratamiento efectivo en la AN y la BN, se aconseja la profundización en cada una de las terapias, sería novedoso contar con una revisión que compare la FBT con la MFT. El objetivo sería extraer conclusiones más concretas que aporten información relevante a la práctica clínica sobre que terapia es más eficaz.

Por último, para contar con resultados de mayor calidad metodológica, se anima a realizar más estudios clínicos aleatorizados sobre esta problemática de creciente interés en nuestra sociedad (Borrego, 2010). En esta revisión, un porcentaje inferior al 50% está conformado por ECAs, lo que nos conduce a tomar con cautela los resultados obtenidos en esta revisión. El contar con estudios de mayor calidad metodológica se vería traducido, de igual manera, en una mayor calidez en los resultados.

5. Conclusión

Por último, podemos afirmar que las terapias familiares consideradas en la revisión han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la AN y la BN. La FBT parece ser un tratamiento sólido, mejorando los síntomas físicos y psicológicos de los pacientes. La Terapia Sistémica Familiar no parece tener resultados muy diferentes a la FBT, aunque se requeriría de más literatura para poder sacar una conclusión clara. En cuanto a la MFT, también ha reflejado resultados prometedores, en ocasiones incluso superiores a la FBT. Por lo tanto, el incluir a la familia en el tratamiento parece ser un recurso muy beneficioso para el mismo.

Aun teniendo en cuenta los resultados obtenidos, es fundamental seguir investigando para obtener conclusiones más claras sobre qué terapias familiares son más efectivas respecto al tratamiento de la AN y la BN.

Referencias

- Agras, W. S., Lock, J. E., Brandt, H., Bryson, S. E., Dodge, E., Halmi, K. A., Jo, B., Johnson, C. R., Kaye, W. H., Wilfley, D. E., y Woodside, D. B. (2014). Comparison of 2 Family Therapies for Adolescent Anorexia Nervosa. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1279. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1025>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5(r)) (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R. y Tosh, A. K. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(3), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>
- Baudinet, J., Eisler, I., Dawson, L., Simic y M., Schmidt, U. (2021). Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *The International Journal of Eating Disorders*, *54* (12), 2095-2120. doi: [10.1002/eat.23616](https://doi.org/10.1002/eat.23616)
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996) BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd Edition, Harcourt Brace, Boston.

- Behar, R. y Valdés, W.C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(3), 178-189. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300002>
- Borrego, C. E. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista De Psicología*, 12, 13–50. Recuperado a partir de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/567>
- Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M. L., Spettigue, W., Brouwers, M. C., Kimber, M., McVey, G., Webb, C., Findlay, S., Bhatnagar, N., Snelgrove, N., Ritsma, A., Preskow, W., Miller, C., Coelho, J. S., Boachie, A., Steinegger, C., Loewen, R., Loewen, T., . . . Pilon, D. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>
- Dare, C., y Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 4– 18. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(200002\)8:1<4::AID-ERV330>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200002)8:1<4::AID-ERV330>3.0.CO;2-P)
- Espina, E., A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35-48. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1227289>
- Eisler, I., Simic, M., Hodsoll, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Ellis, G., Hugo, P., Schmidt, U., Treasure, J., Yi, I. y Landau, S. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>

Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993). *The Eating Disorder Examination* (12th edition).

Guildford Press. Recuperado a partir de: <https://psycnet.apa.org/record/1993-98750-015>

Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?. *The International journal of eating disorders*, 16(4), 363–370.

Garner, D.M. (1991). *Eating disorder inventory-2: Professional manual*.

Psychological Assessment Resources, Odessa.

Gelin, Z., Fuso, S., Hendrick, S., Cook-Darzens, S. y Simon, Y. (2015). The Effects of a Multiple Family Therapy on Adolescents with Eating Disorders: An Outcome Study.

Family Process, 54(1), 160-172. <https://doi.org/10.1111/famp.12103>

Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J., Horreard, A., Kaganski, I., Lucet, R., Atger, F., Corcos, M., Fermanian, J., Falissard, B., Flament, M. F.,

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>

Grange, D. L., Lock, J. E., Agras, W. S., Bryson, S. E. y Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent

Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886-894.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>

Halvorsen, I., Reas, D. L., Nilsen, J. y Rø, Ø. (2017). Naturalistic Outcome of Family-Based Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating*

Disorders Review, 26(2), 141-145. <https://doi.org/10.1002/erv.2572>

- Hughes, E. K. (2017). Multifamily therapy may add to the effectiveness of single-family therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Evidence-based Mental Health, 21*(1), e4. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102732>
- Kirszman, D. (2020). Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas para superarlos. *Revista de psicoterapia, 31*(115), 5-15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.352>
- Martínez, A., Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., Segués, C. V. I., y Castillo, M. M. A. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios, 4*(1), 45-57. Recuperado a partir de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/20.500.11799/40363/1/Factores%20familiares%20asociados%20a%20los%20Trastornos%20Alimentarios%20%20una%20revisi%20n.pdf>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología, 22* (2), 165-178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Matthews, A., Peterson, C. M., Peugh, J. y Mitan, L. (2018). An intensive family-based treatment guided intervention for medically hospitalized youth with anorexia nervosa: Parental self-efficacy and weight-related outcomes. *European Eating Disorders Review, 27*(1), 67-75. <https://doi.org/10.1002/erv.2632>
- Minuchin, S., Rosman, B., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morgan, H. y Russell, G. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine, 5*(4), 355-371. <https://doi.org/10.1017/s0033291700056981>

- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R. y Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitano. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21 (2), 233-269. Recuperado a partir de <https://www.thefreelibrary.com/Estudio+epidemiologico+de+los+trastornos+alimentarios+y+factores...-a0168162597>
- Keski-Rahkonen, A. y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 340–345. doi:10.1097/YCO.0000000000000278
- Lock, J. (2018). Family therapy for eating disorders in youth. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 431–435. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000451>
- Lock, J., y Le Grange, D. (2012). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books
- Ruíz Lázaro, P. M., Peláez-Fernández, M. A., Calvo, D., Pérez, J., Gómez, A. y Calado, M. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *AequAlitaS*, 39, 29-36. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5798979>
- Salaminiou, E., Campbell, M., Simic, M., Kuipers, E. y Eisler, I. (2017). Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: an open study of 30 families. *Journal of Family Therapy*, 39(4), 498-513. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12075>
- Steinhausen, H. C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284

Stewart, C. E., Baudinet, J., Hall, R. L., Fiskå, M., Pretorius, N., Voulgari, S., Hunt, K.,

Eisler, I. y Simic, M. (2019). Multi-family therapy for bulimia nervosa in adolescence: a pilot study in a community eating disorder service. *Eating Disorders*, 29(4), 351-367. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1656461>

Swanson, S. A. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Terache, J., Wollast, R., Simon, Y., Marot, M., Van Der Linden, N., Franzen, A. y Klein, O.

(2022). Promising effect of multi-family therapy on BMI, eating disorders and perceived family functioning in adolescent anorexia nervosa: an uncontrolled longitudinal study. *Eating Disorders*, 31(1), 64-84.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2069315>

Treasure, J. y Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087585>

Treasure, J., Duarte, T. A. y Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. doi:10.1016/S0140-6736(20)30059-3

Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis, 135(11), 0–511. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015

Verhagen, A. P., de Vet, H. C., de Bie, R. A., Kessels, A. G., Boers, M., Bouter, L. M., y Knipschild, P. G. (1998). The Delphi List. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12), 1235-1241. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00131-0](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00131-0)

Whittingslow, A. V. L. M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Borromeo*, 4, 393-420. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/Z2CEH2z>