



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Santiago-Chile

**EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**Memoria para optar al título de Psicólogo.**

**AUTOR: VIOLETA ADRADOS ARENAL**

**PROF.GUIA: DOC. CLAUDIO ZAMORANO**

**Santiago, Chile.**

**2014**



*Nuestras horas son minutos  
cuando esperamos saber,  
y siglos cuando sabemos  
lo que se puede aprender.*

A. Machado.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A los tres pilares de mi sistema, mi padre, mi madre y mi hermano, por apoyarme en todo momento, a lo largo de este gran recorrido.*

*A mi compañero de viaje, mi gran apoyo, Javier, por su apoyo incondicional y su energía.*

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Resumen</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>12</b>
<b>IV.</b>	<b>Formulación del Problema</b>	<b>13</b>
<b>V.</b>	<b>Relevancia del Tema</b>	<b>15</b>
<b>VI.</b>	<b>Marco Teórico</b>	<b>18</b>
	1. Emoción Expresada	18
	1.1 Historia de la Emoción Expresada	18
	1.2 Componentes de la Emoción Expresada	20
	1.3 Familias y Emoción Expresada	21
	2. Trastornos de la Conducta Alimentaria	24
	2.1 Anorexia Nerviosa	26
	2.2 Bulimia Nerviosa	27
	2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado	28
	3. Modelos Sistémicos	30
	3.1 Modelo Estructural de Salvador Minuchin	30
	3.2 Modelo Relacional de Mara Selvini	36
	3.3 Modelo Multigeneracional de Murray Bowen	44
<b>VII.</b>	<b>Discusión</b>	<b>50</b>
	1. Modelos Estructural - Emoción Expresada - TCA	54
	2. Modelos Relacional - Emoción Expresada - TCA	60
	3. Modelos Multigeneracional - Emoción Expresada - TCA	68
<b>VIII.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>73</b>
<b>IX.</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>76</b>

## I. RESUMEN

En el interior de los sistemas familiares, se desarrollan diversas dinámicas, que constituyen diferentes formas de funcionamiento, que pueden generar o mantener determinados trastornos psicológicos.

La Emoción Expresada es un modelo que progresivamente ha ido adquiriendo mayor importancia dentro de estas dinámicas, ya que se interesa por cómo el estudio de ciertas actitudes y comportamientos dentro del entorno familiar, pueden gestar determinadas patologías o influir negativamente en la recuperación de estos trastornos, aumentando las recaídas.

Con este trabajo, lo que se persigue es, establecer posibles relaciones entre la Emoción Expresada y tres Modelos Sistémicos: el Modelo Estructural de Salvador Minuchin, el Modelo Relacional de Mara Selvini y el Modelo Multigeneracional de Murray Bowen; dentro del contexto clínico de los Trastornos de Conducta Alimentaria, considerados estos últimos de interés creciente, dado el aumento de dichos síndromes en esta última década en todo tipo sociedades y rangos sociales.

Se pretende, por ello, a través de la sistematización y análisis de dichos modelos, fomentar el conocimiento de la Emoción Expresada dentro del ámbito sistémico, ya que se considera un gran aporte para la comprensión de determinadas dinámicas familiares.

## II. INTRODUCCIÓN

La importancia del estudio de las emociones dentro del entorno familiar ha estado presente en diversidad de investigaciones en esta última década. El interés en comprender esa parte emocional que forma parte, y en muchas ocasiones, es protagonista de toda dinámica y funcionamiento familiar, ha sido una de las causas que han influido en el desarrollo y la elaboración de esta tesis.

En este sentido, uno de los modelos que guían esta investigación es el de Emoción Expresada (EE), índice global que permite medir las actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica, y que a partir de ello es mensurable en los familiares.<sup>1</sup>

Dicho modelo está formado por cinco componentes: Criticismo, Sobreprotección, Hostilidad, Calor y Comentarios Positivos; de los cuales, los tres primeros se consideran los más relevantes, debido a su influencia en el curso y el mantenimiento de determinados trastornos psicológicos.

Las Críticas, abarcarían aquellos comentarios u observaciones realizadas por los familiares donde se utilizan expresiones desfavorables hacia la conducta o personalidad del paciente identificado. La Sobreprotección, estaría constituida por conductas de consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, acompañadas todas ellas de niveles inapropiados de preocupación excesiva por parte de algún familiar. Y por último la Hostilidad sería considerada como aquellas conductas de los familiares en las que se ataca al paciente por como es, más que por aquello que hace, lo que refleja una dificultad en tolerar y comprender la situación familiar del enfermo.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Koenigsber, H.W y Handley, R. (1986). Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *Am J Psychiatry*, 143, 1361- 1373.

<sup>2</sup> Magaña, A.B, Goldtein, M.J, Miklowitz, D.J, et al. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.

En la actualidad, la EE constituye un modelo muy presente y muy valorado dentro del ámbito de los trastornos esquizofrénicos, ya que la mayor parte de las investigaciones realizadas alrededor de este modelo se han centrado en dichos trastornos. Pero, últimamente está cobrando un interés cada vez mayor entre la gran diversidad de patologías que forman el campo de la psicología.

Lo interesante de la Emoción Expresada, es el valor que le concede a la relación establecida entre dos miembros de un sistema familiar y cómo ese vínculo creado entre ambos supone un lazo tan peligroso y perjudicial en el curso y mantenimiento de ciertos trastornos psicológicos.

Resulta, por ello importante, destacar que la EE no pretende hacer una evaluación exhaustiva de los intercambios que se producen entre familiares, ya que solo incluirá esas variables que, empíricamente, han demostrado tener un valor pronóstico.<sup>3</sup>

Como consecuencia, el poder que se les concede a las actitudes familiares dentro de este concepto dirige la investigación a resaltar otros de los puntos esenciales dentro de esta tesis: los Modelos Sistémicos.

En relación a dichos modelos, se ha podido comprobar que, a medida que se realizan más investigaciones acerca de la etiología de los trastornos psicológicos, se están valorando en mayor profundidad causas multifactoriales en su génesis. Esto permite, que los expertos en el área, presten cada vez mayor atención, por ejemplo, a aquellas variables que modulan el ambiente sistémico familiar. Como apuntó Minuchin, *las familias, imprimen en sus miembros, la configuración exclusiva que los identifica como tales* (Minuchin, 1983).

Dentro de la diversidad de autores y teorías que forman el ámbito sistémico, este trabajo ha seleccionado tres de los cuales comparten una misma idea, que consiste en diagnosticar o evaluar las características de la dinámica familiar

---

<sup>3</sup> Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1984). *Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.

para poder establecer relaciones etiológicas hipotéticas con algunos cuadros emocionales que concurren a la clínica psicológica. Dichos autores provienen del Modelo Estructural, con Salvador Minuchin; del Modelo Relacional, con Mara Selvini Palazzoli y del Modelo Multigeneracional con Murray Bowen.

En este sentido, uno de los motivos que impulsaron la elección de trabajar desde el Modelo Sistémico fue la estrecha relación que mantiene con la Emoción Expresada, ya que ambos consideran esencial enfocar la atención en cómo ciertos comportamientos familiares, pueden influir en el pronóstico y desarrollo del trastorno psicológico estudiado.

Es por ello que, se considera fundamental el estudio de las familias como protagonistas de la historia de vida de cualquier persona, ya que dicho sistema, constituye el primer escenario donde se desarrollan los valores, las creencias y los primeros vínculos. Del mismo modo, en determinadas ocasiones, protege a sus integrantes ante las adversidades que pueden acontecerles, aunque también les puede impulsar hacia el desarrollo de ciertas patologías.

En síntesis, se cree relevante, maximizar el estudio y el interés por las dinámicas familiares, ya que esto permitirá a los expertos prevenir y reducir determinados trastornos psicológicos, que en muchas ocasiones son consecuencia de ciertas formas de relación patológica desarrolladas dentro del ambiente familiar.

Por otra parte, el último de los puntos que guía esta tesis son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). La elección de estas patologías se debe al gran aumento de casos vividos en esta última década, así como a la gran morbilidad y mortalidad que suponen.

Con ello, otra de las razones por las que se elaboró este trabajo fue la de entregar y aumentar el conocimiento acerca de estos trastornos, para que aquellas personas que constituyen el entorno más cercano al paciente identificado, sean capaces de detectar posibles indicios que les permitan prevenir o disminuir estas patologías psicológicas, y así reducir la incidencia que suponen en estos días.

En relación a los TCA, si se analiza la epidemiología de estos trastornos se encuentra, que ciertas investigaciones realizadas en el extranjero han estimado que la prevalencia entre las jóvenes de Anorexia Nerviosa, oscila entre 0.5% y 1% y de Bulimia Nervosa entre 1-2% y 4%.<sup>4</sup>

Pero, al mismo tiempo, se ha comprobado, que los TCA más frecuentes son los No Especificados (TANE), que alcanzan una prevalencia de hasta del 14% según la definición utilizada.<sup>5</sup>

En Chile, son escasas las investigaciones publicadas en revistas especializadas sobre la epidemiología de dichos trastornos. Rosa Behar, doctora chilena que ha dedicado gran parte de su trabajo al estudio de los TCA, publicó en uno de sus artículos, una investigación realizada a una muestra de 2.171 personas, dentro de la cual se encontraban diversos grupos de riesgo. Entre ellos figuraban: estudiantes, adolescentes con sobrepeso, embarazadas y deportistas. La probabilidad de desarrollo de TCA fluctuaba, entre un 15% y un 24%, encontrando al mismo tiempo que el perfil predominante exhibido se caracterizaba por mostrar una alta motivación por la delgadez, perfeccionismo, insatisfacción corporal y una baja conciencia interoceptiva.<sup>6</sup>

Cabe destacar que, si se revisa la literatura de la Psicología Sistémica, se pueden encontrar diversidad de investigaciones relacionadas con los TCA, que han estimado esencialmente importante estudiar y valorar el papel realizado por cada uno de los integrantes que componen el entorno familiar, ya que éstos juegan un rol muy importante tanto en la génesis como en el mantenimiento de dichos trastornos.

---

<sup>4</sup> López, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.

<sup>5</sup> Rosen, D. (2010). Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-53.

<sup>6</sup> Behar, R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (2), 135- 146.

Este último párrafo, permite relacionar dos de los puntos que constituyen la base de esta tesis: los Modelos Sistémicos y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Al mismo tiempo, se ha comprobado que progresivamente están surgiendo cada vez más investigaciones que están centrando su interés en, por una parte, conocer más acerca de este Modelo de Emoción Expresada y por otra, en cómo puede influir dicho modelo en el pronósticos de los TCA.

Por lo que, conjugando dichas ideas, surgen los tres temas que conducirán y guiarán el desarrollo de este estudio: Emoción Expresada, Modelos Sistémicos y Trastornos de Conducta Alimentaria.

### **III. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Relacionar el modelo de la Emoción Expresada con tres Modelos Sistémicos, en el contexto del trabajo clínico con los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Sistematizar los aspectos centrales de la Emoción Expresada y los Modelos Estructural de Salvador Minuchin, Relacional de Mara Selvini y Multigeneracional de Murray Bowen.
2. Realizar un análisis comparativo entre la Emoción Expresada y los Modelos Estructural, Relacional y Multigeneracional, en el contexto del tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
3. Analizar las dinámicas familiares en los Trastornos de la Conducta Alimentaria a través del estudio comparado entre la Emoción Expresada y los Modelos Estructural, Relacional y Multigeneracional.

#### IV. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Si se revisa la literatura psicológica, desde los años sesenta, la Emoción Expresada constituye un modelo en auge dentro de este campo de estudio, por ello, se considera interesante conocer y comprender las cualidades y características que definen dicho modelo.

La Emoción Expresada (EE) fue planteada y descrita por Brown, Monck, Carstairs y Wing en 1962, estos autores la definían como aquellos aspectos de la conducta emocional que dentro del núcleo familiar se manifestaban hacia sus miembros enfermos.

Dicho modelo, se organiza en torno a cinco elementos: Criticismo, Hostilidad, Sobreimplicación Emocional, Calor y Comentarios Positivos, de los cuales los tres más importante para calcular el Índice o el Nivel de Emoción Expresada Familiar son el Criticismo, la Hostilidad y la Sobreimplicación Emocional, ya que han mostrado el mayor nivel predictivo en relación a la recaída, sobre todo en la esquizofrenia, según Muela y Godoy (2003).

Se ha concluido, a través de diferentes estudios, que la convivencia con familiares con alta EE está relacionada con mayores tasas de recaídas; aunque dicha relación está mediatizada por factores como el sexo, la edad y por la existencia de factores protectores como la toma de medicación y un contacto con estos familiares inferior a 35 horas semanales, según Leff y Vaughn (1971).

Desde esta perspectiva, se puede observar como la Emoción Expresada estudia y trabaja con familias, interesándose por la forma en la que éstas se relacionan; centrandó su interés, en aquellas conductas que modulan el curso y el mantenimiento de los trastornos psicológicos existentes dentro del núcleo familiar.

Por otro lado, resulta interesante comprobar que este modelo no está estudiado ni desarrollado dentro de la clínica sistémica, a pesar de la gran importancia que este ámbito otorga a las familias y a las interacciones que se establecen

dentro de ellas. En este sentido, es pertinente preguntarse por las relaciones posibles que pueden establecerse entre algunos de ellos y la EE.

Con ello, lo que se persigue en esta investigación es encontrar una relación entre la Emoción Expresada y conceptos provenientes de tres Modelos Sistémicos diferentes, que permita establecer diálogos clínicos generativos entre dichos marcos comprensivos.

En este aspecto, se ha elegido el contexto clínico del trabajo con Trastornos de Conducta Alimentaria para visualizar dicha relación posible y los márgenes de su discusión.

Respecto de los Modelos Sistémicos, se seleccionarán el Modelo Estructural de Salvador Minuchin, el Modelo Relacional de Mara Selvini y el Modelo Multigeneracional de Murray Bowen, los cuales, aunque constituyen diferentes escuelas, todos ellos comparten la idea de diagnosticar o evaluar las características de la dinámica familiar para poder establecer relaciones etiológicas hipotéticas con algunos cuadros emocionales que concurren a la clínica psicológica.

De cada uno de estos Modelos Sistémicos, se escogerán aquellas ideas y teorías que permitan establecer una relación con los componentes que constituyen el modelo de Emoción Expresada, dentro del contexto clínico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## V. RELEVANCIA DEL TEMA

La motivación de este estudio fue, por un lado, el interés naciente de ciertas investigaciones en la posible relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la Emoción Expresada (EE) dentro del ámbito familiar, y por otro, la necesidad de poder introducir la Emoción Expresada, tan estudiada dentro del contexto clínico de la esquizofrenia, en el ámbito familiar sistémico de los TCA.

A pesar de que no forma parte del modelo sistémico, la EE parece avalarlo, reflejando, en los factores que la componen, algunas de las características de la familia que el mismo modelo sistémico reconoce como importantes para un desarrollo saludable de la persona o para la aparición de posibles patologías.

Respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, éstos se han convertido en un creciente problema social, especialmente en mujeres y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. Ciertos estudios realizados en varios países europeos, asiáticos y Estados Unidos por Van Hoeken, Seidell y Hoek (2003) indican que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1% para la bulimia nerviosa.

Seleccionando uno de los artículos realizados por la Doctora María Verónica Gaete, la Psicóloga Carolina López y la Doctora Marcela Matamala elaborado en 2012, todas ellas pertenecientes a la Universidad de Chile, se puede comprobar que en Chile, existe solo un estudio publicado, aún parcialmente, que ha evaluado la prevalencia de TCA en población adolescente.

Al mismo tiempo, dichas autoras, estudiaron, teniendo en cuenta varias investigaciones, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil, tomando una muestra representativa de diversos niveles socioeconómicos, grupos étnicos y tipos de población (urbana/rural) de cuatro provincias de Chile (Santiago, Iquique, Concepción y Cautín), entre los años

2007 y 2009. Los resultados encontrados estimaron una prevalencia en el último año de TCA de 0,4% entre aquellos de 12 a 18 años.

Cabe destacar que, este instrumento para hallar la prevalencia, sólo consideraba la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, no incluyendo el Trastorno Alimentario No Especificado, ni el Trastorno por Atracón, lo que podría explicar la baja cifra hallada.<sup>7</sup>

Bajo este escenario, y debido a la multifactorial etiopatogenia de estos trastornos, surge la necesidad de tratar de entenderlos desde diferentes perspectivas, entre ellas desde el ámbito familiar. Desde este punto de vista se puede entender a la familia como “causante” versus la familia que se “adapta” a la enfermedad o que “padece” sus consecuencias, la familia como culpable o la familia como víctima, la familia como impedimento o como recurso para el tratamiento (Carrasco, 2004).

En este sentido, se puede observar cómo en muchas culturas, la familia imprime a sus miembros la necesidad de alcanzar una autonomía y una identidad independiente; la manera en la que la experiencia humana permite alcanzar estos fines está formada por dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación. El laboratorio en el que estos ingredientes se mezclan y se proveen es la familia, ya que ésta constituye la matriz de la identidad propiamente dicha (Minuchin, 2005).

Por lo que, teniendo en cuenta esta idea y recalcando la importancia que supone la familia para el futuro de cualquier individuo, se considera importante poder introducir la Emoción Expresada en el ámbito sistémico familiar, ya que

---

<sup>7</sup> Gaete Pinto, M. V., López, C., y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (5), 566- 578.

se cree que constituirá un gran aporte para el tratamiento de determinados trastornos psicológicos.

En relación al posible vínculo entre la Emoción Expresada y los Trastornos de Conducta Alimentaria, se ha podido investigar, que en esta última década, han empezado a surgir estudios en los que se han observado cómo ciertas actitudes emocionales de los familiares hacia pacientes con TCA están ligadas con el aumento de recaídas. Un ejemplo de estas investigaciones, es la realizada por Francesca Turchi y Marta Gago, en el año 2010, desde la Universidad Autónoma de Barcelona, que es considerada como una de las causas que motivaron la selección de esta temática como objeto de estudio.

Para finalizar este apartado, se quiere destacar un hito ocurrido a finales de los años ochenta, principios de los noventa, que supuso el resurgimiento de las emociones dentro del ámbito de la psicología: el nacimiento de la Inteligencia Emocional.

La creación de este concepto ha provocado una rehabilitación de las emociones dentro de la psicología básica y la psicofisiología (Goleman, 1996, Damasio, 1995, 2001, Ledoux, 1999), lo que ha tenido un movimiento casi paralelo en el campo de las terapias sistémicas, que es realmente la idea que interesa dentro de este estudio.

Las consecuencias de este nuevo aporte es que terapeutas y familias han ido recuperado las emociones y los sentimientos como parte integral de la interacción humana, ampliando recursos específicos relacionados con el manejo consciente de los mundos afectivos interpersonales.

En síntesis, lo que se busca recalcar bajo estas últimas ideas, es el acercamiento que se comenzó a generar entre los Modelos Sistémicos y las emociones, lo que se considera esencial para esta tesis, ya que permite que ambos campos se relacionen y complementen.

## VI. MARCO TEÓRICO

A continuación se desarrollará una revisión teórica de los conceptos y temas sobre los que se trabajará en la presente investigación. En un primer momento se recorrerán los inicios de la Emoción Expresada, destacando sus principales componentes y resaltando el valor que adquiere dentro de los sistemas familiares. Seguidamente, se abarcarán los Trastornos de Conducta Alimentaria, especialmente, la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y el Trastorno de Conducta No Especificado. Y por último, se describirán tres de los Modelos Sistémicos que se han considerado más importantes para el desarrollo de este estudio, como son, el Modelo Estructural de Salvador Minuchin, el Modelo Relacional de Mara Selvini y el Modelo Multigeneracional de Murray Bowen, los cuales guiarán la investigación a centrar el interés en ciertas dinámicas y funcionamientos familiares considerados, desde el punto de vista psicológico, como patológicos.

### 1. Emoción Expresada

#### 1.1. *Historia de la Emoción Expresada*

En 1950, época en la que se había puesto en marcha la reforma psiquiátrica, que abogaba por una nueva política hospitalaria de altas masivas, George Brown y su equipo del Instituto de Psiquiatría Social en Londres (Institute of Social Psychiatry: Medical Research Council, MRC) comenzaron una serie de investigaciones en las que pretendían comprender qué les sucedía a los pacientes esquizofrénicos cuando se les daba de alta; su principal interés se basaba en establecer conexiones entre las pautas relacionales familiares y posibles recaídas

La primera investigación arrolló datos sorprendentes, por una parte, se descubrió que existía una relación entre la recaída sintomática y el tipo de grupo de convivencia al que el paciente regresaba cuando le daban de alta en el hospital; las recaídas eran mayores cuando los pacientes volvían a un hogar

donde tenían que convivir con sus cónyuges o padres. Por otro lado, se descubrió que aquellos pacientes que volvían a convivir con la madre, tenían más probabilidad de recaer dependiendo de si la madre, el hijo, o ambos trabajaban fuera de casa. Por lo que se llegó a la conclusión de que lazos emocionales más fuertes y mayor tiempo de convivencia influían negativamente en el progreso de los pacientes esquizofrénicos.

En el año 1959, Brown, Monck, Carstairs y Wing decidieron desarrollar una segunda investigación para encontrar medidas de las relaciones que se establecían dentro del ámbito familiar. Establecieron una serie de escalas de evaluación, para medir posibles modos de Emoción Expresada, entre las que se encontraban: cantidad de emoción mostrada por el familiar hacia el paciente, hostilidad mostrada por el familiar hacia el paciente, grado de dominancia ejercido por el familiar, cantidad de emoción mostrada por el paciente hacia el familiar y hostilidad mostrada por el paciente hacia el familiar. Se encontró, que los pacientes y familiares en los que la “involucración familiar” era alta sufrieron más recaídas que aquellos en los que existía una implicación menor.

Debido a estos resultados, surgieron dudas de si se podía establecer una relación causal entre la “involucración familiar” y las recaídas en la esquizofrenia, ya que existían otras variables que podrían estar influyendo en el curso de la enfermedad, como acontecimientos vitales estresantes, medicación, síntomas positivos o negativos... por lo que se realizaron nuevas investigaciones que les permitiesen medir los componentes que formaban esta implicación familiar.

El último estudio, vino de la mano de Brown, Birley y Wing, los cuales utilizaron la Entrevista Familiar Camberwell (CFI), para identificar los aspectos de la vida familiar que influían en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos. Este instrumento recoge información objetiva (acontecimientos observables como la distribución del tiempo del paciente y sus familiares, frecuencia e intensidad de su interacción mutua o el reparto de responsabilidades como las tareas

domésticas) y subjetiva (sentimientos, positivos o negativos, referidos al pasado o el presente y a su expresión en forma de conducta)

Los resultados mostraron que, existían tres aspectos que se relacionaban de forma independiente con el curso de la enfermedad: los Comentarios Críticos, la Sobreimplicación y la Hostilidad. Dichos componentes, formarán parte de lo que se conoce actualmente como Emoción Expresada.

### **1.2 Componentes de la Emoción Expresada**

- **Criticismo:** “son frases que por la manera en que están expresadas constituyen un comentario desfavorable sobre el comportamiento o la personalidad de la persona que se refiere” (Vaughn y Leff, 1976). Para que un comentario sea considerado crítico se considera tanto el contenido del mismo como el tono de voz en el que se hace. Por ejemplo “*se está portando como un auténtico guarro, no se molesta ni en recoger el cenicero*”.
- **Hostilidad:** es más generalizado que el criticismo, y se refiere a la impresión negativa generalizada o rechazo manifiesto del paciente como persona y no exclusivamente de su comportamiento. Por ejemplo: “*nunca hace nada bien, ha sido siempre un despistado para sus hijos...*”
- **Implicación Emocional Excesiva:** está compuesta por un lado de una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar ante el trastorno del paciente (“*llevamos once años que no han sido vivir*”) y por otro lado, incluye una conducta exageradamente protectora hacia el paciente o que implica un sacrificio excesivo para el familiar. También se valoran en esta escala los intentos de algún familiar de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente. En resumen, estaría formada por un exceso de dramatización de los incidentes, sobreprotección, intrusión y distress emocional.

- **Calor:** incluiría la simpatía, el afecto y el interés, así como la presencia de empatía y comprensión hacia el paciente. Un ejemplo de calor sería *“pobrecito, todo lo que ha tenido que sufrir”*.

- **Comentarios Positivos:** es una variable formada por expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta, valorándose exclusivamente sobre la base del contenido. Como por ejemplo *“no es porque yo lo diga, pero es un niño estupendo”*.

A lo largo de numerosos estudios se han relacionado ciertos aspectos de las familias con el concepto de Emoción Expresada, se seleccionarán aquellos que se consideran más importantes y más interesantes para el motivo de la investigación.

### **1.3 Familias y Emoción Expresada**

A continuación, se describirán una serie de investigaciones en las que se observan como ciertas características presentes en determinados sistemas familiares, modulan la Emoción Expresada que se puede encontrar en estos ambientes. Lo que se busca en última instancia con este apartado, es que se perciba la relación tan intensa que existe entre la familia, la Emoción Expresada y el posible desarrollo o mantenimiento de determinadas patologías psicológicas.

#### **1.- Estructura familiar:**

Atendiendo a la forma en la que se estructuraban las familias investigadas, algunos autores, como Bentsen y sus colaboradores, encontraron que una elevada Sobreimplicación Emocional, se asociaba, por un lado, a madres que vivían solas con su hijo esquizofrénico y que pasaban más tiempo con ellos, y

por otro, a hijos que no abusaban de sustancias y tendían a ser más ansiosos, depresivos y menos agresivos.<sup>8</sup>

Lo que indica que esta “simbiosis” desarrollada entre los pacientes identificados y sus madres, podría tener consecuencias negativas en el curso y pronóstico del trastorno psicológico.

### *2.- Patrones de las relaciones intrafamiliares:*

Desde el punto de vista de los vínculos establecidos dentro del entorno familiar, se observó que la Emoción Expresada elevada, se asociaba a entornos en los que existía menor flexibilidad y mayor coerción y vigilancia.<sup>9</sup>

Al mismo tiempo, las familias con alta Emoción Expresada mostraban menos estrategias efectivas de afrontamiento<sup>10</sup> y sus patrones de interacción se caracterizaban por una predisposición a generar conflictos y a entrar en escalada.

Por lo que estos estudios sugieren, que los entornos familiares en los que reinan la rigidez, las críticas y los conflictos, provocarán que los pacientes presenten más recaídas, ya que en estos ambientes la Emoción Expresada será más elevada.

### *3.- Comunicación desviada familiar:*

La comunicación desviada, se refiere al grado de ausencia de claridad o de contenido amorfo, disruptivo o fragmentado presente en el discurso del

---

<sup>8</sup> Bentsen, H., Boye, B., Munkvold, O.G., Notland, T.H, Lersbryggen, A.B, Oskarsson, K.H, et al. (1996). Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Br J Psychiatry*, 169 (5), 622-30.

<sup>9</sup> Hubschmid, T., y Zemp, M. (1989). Interactions in high and low EE families. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24 (2), 113-9.

<sup>10</sup> Bledin, K.D, Mac Carthy, B., Kuipers, L., Woods, R. T. (1990). Daughters of people with dementia. Expressed emotion, strain and coping. *Br J Psychiatry*, 157, 221-7.

familiar.<sup>11</sup> Se ha observado que altos niveles de comunicación desviada, son característicos de padres de pacientes con esquizofrenia y, al igual que el estilo afectivo, predice la aparición de trastornos del espectro esquizofrénico.

Por lo que, la comunicación desviada y el estilo afectivo mostrado por los padres, modularán el desarrollo de posibles patologías dentro del ambiente familiar.

Por otra parte, también se ha observado, que la Emoción Expresada elevada, se asocia con relaciones interpersonales más ambiguas e inconsistentes en el tiempo,<sup>12</sup> lo cual podría ser muy problemático en el caso de pacientes esquizofrénicos, para quienes un entorno familiar confuso puede resultar especialmente impredecible. Esto, a su vez, aumentaría la vulnerabilidad a desarrollar pensamientos delirantes en respuesta a una Emoción Expresada familiar elevada.<sup>13</sup>

Con la citación de estos estudios, lo que se pretende es mostrar cómo las relaciones que se establecen dentro del ámbito familiar pueden influir en la aparición y en el mantenimiento de ciertos trastornos psicológicos, como en este caso la esquizofrenia.

Pero, el interés de la investigación se centra en los Trastornos del Comportamiento Alimentario, por lo que, para ello, en un primer lugar se definirán cada uno de ellos de manera detallada, atendiendo a los criterios establecidos por el DSM-IV-TR, para describir posteriormente, ciertas características específicas de cada trastorno, consideradas esenciales, según el punto de vista de determinados autores.

---

<sup>11</sup> Wynne, L.C, y Singer, M.T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics. I. A research strategy. *Arch Gen Psychiatry*, 9, 191-8.

<sup>12</sup> Mac Carthy, B., Hemsley, D.R, Shrank Fernández, C., Kuipers, y L., Katz, R. (1986). Unpredictability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics. *Br J Psychiatry*, 148, 727-31.

<sup>13</sup> Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 160, 601-20.

## 2. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria, suponen actualmente uno de los trastornos psicológicos más importantes dentro de la humanidad, ya que cada vez acaban con más vidas y comienzan antes. Esta mayor incidencia en edades tan tempranas, induce a preguntar si la unidad familiar y el entorno social al que pertenece el paciente identificado no aportan factores nuevos que hacen más proclives a los niños a este tipo de trastorno.<sup>14</sup>

Lo peculiar de estos síndromes, es que se ven afectados por el ideal de belleza que propugnan los medios de comunicación, en los que se valora positivamente la extrema delgadez y se propagan unos valores que muestran como el estar delgados es símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional.<sup>15</sup>

Se desconoce la etiopatogenia de los TCA, simplemente se sabe que en la aparición de éstos confluyen diferentes factores, considerando dichos trastornos como el producto de un conjunto de fuerzas que interactúan como son, factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes (Garfinkel y Garner, 1982; Toro y Villardel, 1987).

Entre los *predisponentes*, destacan los individuales, socioculturales y familiares; dentro de estos últimos se pueden encontrar ciertas características como el sobreenvolvimiento, la rigidez para adaptarse a nuevas situaciones, la sobreprotección, la evitación y la falta de resolución de conflictos.

Si se atiende a los *precipitantes*, es decir, a aquellos que inician el trastorno, se suelen relacionar con el fracaso del individuo para adaptarse a las demandas que se le piden en un momento dado.

---

<sup>14</sup> Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia. Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

<sup>15</sup> Steiner, H., y Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 352–359.

En los trastornos alimentarios, hay muchos estudios que coinciden en que se pueden presentar antecedentes de sobrepeso, haber recibido críticas por la imagen o haber padecido algún acontecimiento vital que implicase un cambio brusco en la vida del adolescente, desde cambios de domicilio hasta abusos sexuales.

Finalmente, los factores de *mantenimiento* explicarían la autoperpetuación del cuadro debido fundamentalmente a las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la psicopatología.

En este sentido, los TCA se caracterizan por mantener conductas alteradas ante la ingesta alimentaria y/o por actitudes encaminadas a controlar el peso, mostrando por ello comportamientos distorsionados ante la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso ideal. El trastorno, por ello, se convierte en un control de sí mismo, que permite al paciente sentir que tiene el poder sobre ciertos aspectos de su vida.

En un primer momento, se pensó en prescindir de los Trastornos Alimentarios No Específicos (TANE), ya que los autores sistémicos seleccionados centraron especialmente su estudio e interés tanto en la Anorexia Nerviosa como en la Bulimia Nerviosa; pero, a medida que se estudió más acerca de la materia, se pudo comprobar cómo los TANE son incluso más prevalentes que los trastornos “estrella” señalados.

Es por ello, que se considera importante tener presente que cuando los expertos hablan de Trastorno Alimentario, no se refieren únicamente a las entidades más conocidas, es decir, la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, pues dentro de esta “etiqueta” se incluirían a todas aquellas personas que presentan una preocupación excesiva tanto con su peso, como con su aspecto corporal; lo que les ocasiona un gran malestar que tendrá consecuencias adversas en su salud física y en su funcionamiento psicosocial, aún cuando los síntomas presentados no configuren un cuadro específico.

En este sentido, se considera esencial tener en cuenta dichos aspectos, ya que el que la mayoría de las personas no cumplan los criterios establecidos por el

DSM-IV-TR para padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria Específico, nubla la severidad que supone esta patología para la salud pública.

Tras resaltar dicha idea, se describirán de manera detallada los Trastornos Alimentarios seleccionados para el desarrollo de este estudio: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, atendiendo a los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV-TR.

### **2.1 Anorexia Nerviosa**

**A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable)

**B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

**C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

**D.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

*Especificar el tipo:*

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Cuando se utiliza el término Anorexia Nerviosa, se encuentra una situación en la que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un “organismo hambriento” (Bruch, 1973); no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gordo/a, y es ahí donde radica precisamente su psicopatología: el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso.

Las tres características esenciales de la AN, a juicio de la autora Bruch, son la distorsión en la percepción de la imagen corporal, sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez; la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos; y un sentimiento general de ineficacia personal.

## **2.2 Bulimia Nerviosa**

**A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

**B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

**C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

**D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

**E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

*Especificar tipo:*

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Las tres características esenciales de este cuadro serían: la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados; las conductas destinadas al control del peso corporal; y una preocupación extrema por la figura y el peso corporales (Fairburn y Garner, 1989).

### **2.3 Trastorno Alimentario No Especificado**

**A.** En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

**B.** Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites normales.

**C.** Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que las comilonas y las conductas compensatorias inadecuadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

**D.** Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación del vómito después de haber comido dos galletas)

**E.** Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

**F.** Trastorno compulsivo: se caracteriza por comilonas recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Como se puede observar, esta entidad nosológica, conceptualmente un poco confusa, comprende una gran variedad de formas de presentar la patología muy heterogénea.

Suelen ser condiciones catalogadas como residuales, lo que provoca que en muchas ocasiones sean desatendidas por los especialistas. Sin embargo, son los cuadros alimentarios más comunes en la práctica clínica, por lo que merecen una asistencia precoz y oportuna, particularmente a nivel primario.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Fairburn, C., y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther*, 43, 691-701).

### **3. Modelos sistémicos**

En la actualidad, la sociedad descansa sobre la familia, ya que dentro de ella se establecen los primeros vínculos, que supondrán la base de las relaciones futuras; se aprenden los valores y normas que guiarán los comportamientos en sociedad y al mismo tiempo dicho sistema, actúa como depositario de la primera educación que una persona recibirá.

Cuando el trabajo del psicólogo, se dirige a atender a cada uno de los miembros que componen un sistema familiar, se evita la nefasta simplificación de atribuir en exclusiva a un miembro de ésta el potencial causal del cuadro, ya que si se escoge el enfoque de los Modelos Sistémicos, la persona que presenta el trastorno, es simplemente el poseedor de los síntomas, es decir, el paciente identificado, no el causante de éstos.

Dentro de la variedad de terapeutas sistémicos que constituyen el gran ámbito del estudio familiar, se seleccionarán los trabajos de Minuchin, Selvini y Bowen, debido a que dichos autores trabajaron desde diversas perspectivas, estructural, relacional y multigeneracional, respectivamente; y todos ellos comparten la idea de diagnosticar o evaluar las características de la dinámica familiar para poder establecer relaciones etiológicas hipotéticas con algunos cuadros emocionales que concurren a la clínica psicológica; lo que otorgará mayor aporte al estudio realizado.

#### ***3.1 Modelo Estructural de Salvador Minuchin:***

El desarrollo histórico del Modelo Estructural de Salvador Minuchin, se divide en tres periodos que moldearon, según el contexto donde trabajó el autor en cada momento, una característica forma de intervención sobre individuos y sus familiares.

El primero de ellos, alrededor de los años 60, transcurre en la institución "Wiltwyck School For Boys", centro que trabajaba con jóvenes delincuentes con conductas antisociales y sus familias.

Dentro de esta realidad, se comenzaron a desarrollar los principales rasgos de este modelo: *el énfasis en el contexto*, recalcando la necesidad de tener en cuenta la relación entre el individuo, la familia y la sociedad donde crecían los adolescentes; *el interés por la organización funcional de las familias*, resaltando la importancia de la estructura familiar, las jerarquías y la diferenciación de subsistemas dentro del entorno familiar; y por último, *la preferencia por las técnicas de acción*, mostrando mayor interés por el “hacer más que por el hablar”.

En el año 1965, época coincidente con su segundo periodo, Minuchin fue nombrado director de la “Philadelphia Guidance Clinic”, institución que trabajaba con familias de clase media y baja. Esta época permitió la formulación del Método Estructural, junto a Braulio Montralvo y Jay Haley; gracias a la gran variedad de experiencias clínicas con familias, formularon las ideas centrales que constituirían su enfoque: la importancia del contexto transaccional en la generación de patologías, el énfasis en el presente, la construcción de la realidad y la necesidad de, a través de la terapia, conseguir un realineamiento de la estructura transaccional familiar.

Ya en el año 1970, Minuchin comenzó a trabajar con familias en las que los hijos presentaban problemas psicosomáticos, como diabetes, asma o anorexia. A partir de este momento el autor empezó a utilizar una práctica más comprometida y activa, con la que se buscaba que aflorasen las emociones para poder transformar las pautas interaccionales que existían dentro del sistema familiar.

El último periodo, del año 1983 en adelante, la Terapia Estructural comenzó a ser cuestionada, ya que se volvió a dar importancia a la actitud pasiva y distante, propia de los terapeutas tradicionales.

En medio de este ambiente, Minuchin se dedicó a aplicar sus técnicas a la comprensión y cambios de los macrosistemas que envolvían a las familias, sobre todo a aquellas que presentaban bajo recursos económicos.

Según el punto de vista del autor, lo que diferencia a las familias funcionales de las disfuncionales es el manejo del estrés, que no impide que dentro de las primeras se promueva el bienestar de sus miembros.

En relación al Modelo Estructural desarrollado por el autor, se debe puntualizar la existencia de dos aspectos esenciales a tener en cuenta cuando se trabaja con familias, estos son: la estructura y la adaptabilidad. Si se atiende a la *estructura*, Minuchin se interesó por aquellas características que definen la organización interna familiar, que indican cómo, cuándo y con quién relacionarse dentro del sistema. Estas interacciones repetidas en el tiempo, que regulan la conducta de los miembros de la familia, son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero de ellos genérico, que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, y el segundo, idiosincrásico, que tiene que ver con las expectativas que tienen los miembros dentro del entorno familiar.

En cuanto a la *adaptabilidad*, el autor destaca la importancia evolutiva que presentan las estructuras familiares a lo largo del tiempo, es decir, en este aspecto se presta atención a la capacidad que tienen los sistemas de adaptarse a las exigencias, internas o externas, que se presentan en su vida cotidiana, a partir de la localización y movilización de recursos que les es posible utilizar. La Terapia Estructural, concibe a la familia como “*un sistema sociocultural abierto que se transforma continuamente*” (Minuchin, 1974).

Estos dos conceptos, estructura y adaptabilidad, permiten crear un continuum donde en un extremo se encontrarían las familias *desligadas*, que destacan por presentar límites inadecuadamente rígidos y en el otro, las familias *aglutinadas*, que se caracterizarían por presentar límites difusos. En el centro de este continuum aparecerían las familias “normales” que suelen presentar límites claros y definidos.

Otra idea esencial dentro del Enfoque Estructural es la importancia que se le concede a la interdependencia entre el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad. Para describir esta idea, el autor, recurrió al término

de holon, donde defendía que *“cada todo contiene a la parte, y cada parte también contiene el programa impuesto por el todo”* (Minuchin y Fishman, 1981).

En síntesis, se puede concluir que el poder que muestran las familias ante el síntoma es inmenso, ya que pueden estar generándolo, manteniéndolo, aceptándolo ó, de ahí la importancia del trabajo familiar: ayudándolo a curarlo.

La investigación se centrará en los trabajos desarrollados por el autor acerca de las **familias psicósomáticas**, que según Minuchin, se caracterizan por mostrar un excesivo cuidado delicado entre los diferentes miembros que componen la estructura familiar, pareciendo funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo.

Se reporta que, en apariencia, son familias saludables sin conflictos evidentes, pero se ha comprobado que si se realiza un examen más minucioso, se puede observar que presentan dificultades maritales crónicas, una pobre comunicación, hostilidad no expresada, depresión y problemas sexuales (Fornari, 1999). Se considera, al mismo tiempo, que dentro de estas familias se propicia una atmósfera facilitadora de la expresión corporal de elaboraciones psíquicas, como puede ser la anorexia.

Para llegar a extraer las características que se describirán a continuación, Minuchin estudió modelos transaccionales de familias en las que existían diversas perturbaciones psicósomáticas, entre ellas nueve familias de pacientes anoréxicas. En estas situaciones, pudo observar, que las anoréxicas solían utilizar la enfermedad para disminuir el estrés que existía dentro del entorno familiar, así como que los otros miembros se utilizaban constantemente los unos a los otros, para reducir dicho malestar y mantener esa “falsa armonía” que debían aparentar.

En muchas ocasiones, por otro lado, pudo comprobar que el síndrome se incorporaba a los esquemas transaccionales ya existentes dentro del contexto familiar. En este ambiente, la situación privilegiada que adquieren las muchachas con su padecimiento les incitaba a no querer abandonar este rol,

por lo que el trastorno se mantenía tanto por las actitudes de los padres como por las de sus hijas.

Los resultados encontrados en este trabajo, le permitieron observar que dentro de esos sistemas familiares existían modelos interactivos y organizativos que presentaban características disfuncionales típicas, entre ellas:

**1.- *Aglutinamiento:*** es entendido como una forma extrema de proximidad e intensidad en las relaciones familiares, que destacará por presentar una gran resonancia emocional y una escasa diferenciación interpersonal. Esto dificultará la autonomía de sus miembros, por lo que toda amenaza de separación real o fantaseada se vivirá con intensa angustia de pérdida.

**2.- *Sobreprotección:*** dentro de estas familias existirá un alto grado de preocupación por el bienestar de los demás miembros. Los padres se caracterizarán por ser sobreprotectores, lo que tendrá como consecuencia el retraso de la autonomía de sus hijos, y a su vez, provocará que éstos se sientan cada vez más responsables de proteger a su familia.

**3.- *Rigidez:*** característica típica de las familias que no se adaptan a los cambios, siendo más vulnerables a los acontecimientos externos y dificultando el normal desarrollo de sus miembros. Cuando aumentan las tensiones, estos sistemas incrementarán la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y al mismo tiempo evitarán toda posible exploración de variantes.

**4.- *Ausencia de resolución de conflictos:*** las anteriores características hacen que el umbral para el conflicto sea muy bajo, lo que provocará que los problemas no se resuelvan, ya sea negando su existencia o no negociándolos.

Como consecuencia, se presentará un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de la sintomatología. Además se incrementará la falta de conciencia acerca del problema, ya que tanto la joven anoréxica como los padres actuarán como si no pasara nada (González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas, 2002).

Estas modalidades relacionales, son la manifestación de unos mitos familiares que Onnis identifica frecuentemente en las familias con pacientes con TCA. Según dicho autor, se trata de unos mitos que tienen como tema principal la unidad familiar, la cual hay que defender a cualquier costo, por lo que cualquier signo de autonomía o de expresión de conflictos será visto como una amenaza a dicha unión.

Como consecuencia de esto, en este tipo de familias, resultará muy difícil alcanzar cualquier proceso de individuación o separación, ya que los intentos de diferenciación serán vividos como signos de deslealtad o de pérdida irreparable. Así, dentro de este ambiente, surgirán dificultades evolutivas que envolverán a todos los integrantes del núcleo familiar, lo que impedirá que se alcancen las diferentes fases del ciclo vital, como consecuencia de una gran fidelidad a un mito rígido que no se puede violar, ya que cualquier forma de autonomía genera una gran angustia de pérdida.

Por ello, los hijos de estas familias estarán sometidos a una especie de alineamiento comportamental, en el cual se sentirán encerrados y obligados a continuar cierta dinámica familiar que persigue, en última instancia, la paz familiar. Pero, lo único que se conseguirá con este tipo de actitudes, es que dentro de este ambiente, vayan aumentando las tensiones, los odios, aquello no dicho por miedo a la desunión... lo que conducirá, a la gestación del trastorno psicósomático, que se convertirá, en la válvula de escape de los conflictos familiares encubiertos.

En esta situación, el trastorno se constituirá en el centro de la preocupación familiar, ya que conseguirá que en aquellos momentos en los que surja cierta tensión dentro del sistema, el tema a discutir pase a un segundo plano, puesto que al entrar el paciente identificado en escena, se suprimirá dicho conflicto por el bien y la salud de éste.

Por último, se quiere destacar, que en muchas de las ideas de Minuchin se deja entrever la importancia que supone para éste la imagen de la "no individuación". Con ello lo que autor sugiere, es que si la excesiva proximidad

entre familiares, dificulta la diferenciación, estos sistemas impedirán la asociación yo-imagen corporal; por lo que, los sentimientos surgidos dentro de los pacientes reflejarán que el cuerpo no deviene de su cuerpo, lo que dará lugar a que la disociación imaginaria cuerpo-mente se produzca de forma patológica.

Por esto Onnis (2004), entre otros, explica el síntoma anoréxico como la adquisición de una nueva identidad, la identidad anoréxica, ya que la identidad del hijo como persona es desconfirmada.

### **3.2 Modelo Relacional de Mara Selvini:**

Las primeras experiencias en terapia familiar psicoanalítica realizadas por el equipo se efectuaron entre los años 1967 y 1971, dicho grupo estaba formado por Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Uno de los aspectos esenciales de este modelo fue la importancia que otorgaban al trabajo en equipo, ya que los cuatro integrantes participaban en todo el proceso de intervención.

En sus primeros años, el grupo trabajó bajo la orientación psicoanalítica, para adoptar posteriormente el Modelo Estratégico del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, influenciados entre otros aspectos, por la brevedad de las sesiones terapéuticas que abogaba dicho modelo.

Apoyándose en las ideas del MRI, que se basaban en el pensamiento sistémico y la cibernética de primer orden, el equipo buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia se había organizado en relación al síntoma o los síntomas presentados.<sup>17</sup> Con ello, lo que pretendían comprender era el “juego familiar” que reinaba dentro de las familias.

---

<sup>17</sup> Roizblatt S., A. (Ed.). (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

A partir de este momento comenzaron a trabajar con miembros diagnosticados de esquizofrenia, basando sus investigaciones en la teoría del doble vínculo de Bateson.

Lo que pretendían con sus terapias, era eliminar las formas de comportamiento rígidas y disfuncionales para sustituirlas por configuraciones más flexibles y funcionales. Utilizaban para ello, la connotación positiva de todos los comportamientos y los rituales familiares. Con estos últimos lo que se pretendían era evidenciar el conflicto que existía entre las reglas verbales familiares y las analógicas, prescribiendo un cambio en el comportamiento, en vez de una reformulación hablada de un posible insight.<sup>18</sup> Lo que se buscaba era crear un nuevo contexto donde la familia encontrase nuevas formas de movimiento y relación.

En 1972, con la publicación de “Verso una Ecología de la Mente” de Bateson, se abrió una nueva época, dentro de este equipo de trabajo, que les condujo de la visión estratégica al “purismo sistémico”, propio del autor. El interés comenzó a centrarse en los patrones de comportamiento, en las premisas epistemológicas y en los sistemas de significado, prestando atención tanto al pasado, como al presente y el futuro.

En este sentido, consideraron que los problemas dentro del entorno familiar provenían especialmente de sus convicciones familiares y que el impasse y la homeostasis familiar eran simplemente apariencias, que procedían de patrones comportamentales que derivaban de errores epistemológicos de los miembros.

Por tanto, la tarea del terapeuta, dentro de este modelo, sería la de habilitar un ambiente de deuterio-aprendizaje, donde los sujetos pudiesen alcanzar por sí mismos las soluciones idóneas.

---

<sup>18</sup> Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. (edición en español a cargo de Gálvez Sánchez F.) Paidós Barcelona, España.

Con respecto a algunas ideas de Bateson, como el concepto de mente como sistema, la introducción de la semántica, la noción de epistemología sistémica y las categorías lógicas de aprendizaje, entre otras, se consiguió la elaboración de un nuevo método e intervención dentro de la Terapia Sistémica de Milán. A partir de este momento, se comenzaron a utilizar tres principios esenciales: hipotetización, circularidad y neutralidad, que se convirtieron en la marca distintiva de este modelo.

Con la *hipotetización*, se pasa del descubrimiento del juego a la creación de una hipótesis, que es simplemente una explicación coherente, que conecta a todos los miembros del sistema observado en un patrón plausible.<sup>19</sup> Las hipótesis, se convierten en instrumentos de investigación con los que el terapeuta evalúa la plausibilidad de sus propias hipótesis a través de las retroalimentaciones verbales y no verbales de los pacientes.

Con esta última idea, se llega a la *circularidad*, con la cual el terapeuta utiliza las retroalimentaciones anteriores para evaluar y desarrollar otras hipótesis, lo que le permitirá cambiar constantemente sus “suposiciones” para evitar las famosas “hipótesis verdaderas” que conducirían a la rigidez, propia de ciertas terapias.

Por último, la *neutralidad*, defiende la imparcialidad, evadiendo adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evitando privilegiar un determinado curso de acción para un cliente.<sup>20</sup>

En el año 1979, Selvini y Prata abandonaron el centro, donde trabajaban los cuatro terapeutas, para continuar su propia intervención con familias; para ello, se apoyaron en el cibernética de primer orden que lo que buscaba era explorar

---

<sup>19</sup> Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. (edición en español a cargo de Gálvez Sánchez F.) Paidós Barcelona, España.

<sup>20</sup> Roizblatt S., A. (Ed.). (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

determinadas organizaciones familiares específicas, que provocaban ciertos síndromes, como la anorexia y la psicosis.

En relación a la **anorexia**, la autora la considera como un síndrome de la sociedad opulenta, especificando que existen ciertos aspectos que son indispensables para la aparición de este tipo de trastorno. Entre ellos destaca que:

- Es un síndrome de las sociedades ricas (occidentales y occidentalizadas), ya que en el Tercer Mundo, donde la comida escasea, no existen casos de anorexia nerviosa.
- El imperativo de moda de la delgadez conduce a una preocupación excesiva por el cuerpo.
- La subcultura familiar lleva a considerar el bienestar de sus hijos como una meta crucial.
- Se prolonga la dependencia de los hijos respecto a los padres, con la consecuente postergación de la responsabilidad de estos últimos.

Selvini (1990), describe una serie de reglas que gobiernan el ambiente familiar dentro del cual se desarrollan los problemas anoréxicos:

- Cada miembro rechaza los mensajes de los otros, ya sea a nivel de contenido o a nivel de relación, con una elevada frecuencia.
- Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol de líder.
- Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero.
- Ningún miembro se hace cargo por culpa alguna.

Dentro de este escenario, las reglas llevadas a cabo comenzarán a forjar las principales cualidades de la personalidad de las pacientes; éstas empezarán a formar parte de las interacciones que posiblemente desembocarán en el trastorno mental.

En este ambiente, Selvini desarrolla un proceso de seis estadios para describir el desarrollo anoréxico dentro de la familia, eligiendo como punto de partida el

juego parental, dentro del cual cada miembro de la pareja inflige al otro cierto tipo de provocaciones, sin lograr obtener la respuesta adecuada.<sup>21</sup>

1) En el **primer** estadio, se produce el juego de la pareja parental, caracterizado por la situación de impasse antes descrita. Dentro de este ambiente conflictivo suelen estar presentes los miembros de las familias extensas.

2) En el **segundo** estadio, la hija preadolescente se involucra precozmente en el juego de sus padres, y lo realiza de dos modos diferentes:

-*Grupo A*: la hija se encuentra muy unida a la madre, quien le cuenta sus sufrimientos, haciéndola partícipe de la relación que mantiene tanto con su padre como con su familia extensa. Ante esto, la hija siente compasión hacia su madre, pero no estima. Como consecuencia de esta situación, la niña se cree superior y privilegiada respecto a los demás familiares.

-*Grupo B*: la hija es la preferida del padre, quien considera que comparten ciertas cualidades. Ella también admira a su padre, ya que piensa que es superior a la madre, por lo que encuentra injustas ciertas condiciones que ésta le impone.

Durante esta fase, la preanoréxica no actúa contra ningún padre, puesto que mantiene una posición equidistante con ambos.

3) El **tercer** estadio, coincide con la llegada de la adolescencia, a partir de este momento la muchacha cambia la percepción que tiene hacia su padre:

-*Grupo A*: la futura paciente descubre que no está sola en el mundo y que su madre elige a otro hermano o hermana. Como se siente abandonada, se comienza a acercarse al padre que está en su misma situación, solo y desatendido. La hija empieza a apoyar a su padre ante los conflictos

---

<sup>21</sup> Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

conyugales y comienzan las relaciones seductoras que mantiene con éste, que son intensas, disimuladas y secretas.

- *Grupo B*: el vínculo seductivo entre la niña y el padre se incrementa, a veces incluso de un modo enojoso. Ésta desea que su padre muestre una actitud más activa y controladora ante los comportamientos y demandas de la madre.

Durante este estadio la hija se muestra a favor del padre, debido a que le percibe como una víctima, al igual que ella, de una mujer controladora e hipócrita.

**4)** Durante el **cuarto** estadio, como consecuencia del malestar relacional familiar aparece la dieta:

-*Grupo A*: abandonada por la madre e instigada por el padre, la adolescente siente la necesidad de diferenciarse de ésta, ya que experimenta aversión ante la mínima posibilidad de poder parecerse a ella. Por primera vez, la adolescente percibe que está tomando una decisión por sí misma, ya que no se guía por las exigencias de la madre, sino que se adecúa al modelo propuesto por la moda imperante.

-*Grupo B*: con la dieta, lo que la paciente busca es desafiar a la madre, puesto que la utiliza como una manifestación, que se convertirá en una propuesta muda y una renegación hacia ésta.

En estos dos grupos la hija considera que su propia decisión es el “detonante” del cambio. *“Contrariamente a sus expectativas, la reducción alimentaria introduce en la tríada madre- padre- hija una espiral interactiva que refuerza el juego parental y por consiguiente, la caída de la hija en la trampa”*. (Selvini, 1990).

**5)** En este **quinto** estadio, se produce el viraje paterno, donde la hija comienza a sentirse traicionada por el padre, hacia el que experimenta desprecio y desesperación. Como consecuencia de esto, incrementará su huelga de hambre, para por un lado, humillar a su madre y por otro, para demostrarle a su padre de lo que es capaz.

6) Este **sexto** estadio, se caracteriza por el mantenimiento de aquellas estrategias basadas en el síntoma: la hija se da cuenta de que a través de su sintomatología consigue alcanzar la posición de prestigio que poseía en su infancia o preadolescencia. Al mismo tiempo, en esta fase mantiene con su madre una relación pseudosimbiótica en la que reinan el control y la hostilidad.

Como se puede observar a lo largo de los diferentes estadios, el problema marital y la fragilidad personal de cada uno de los cónyuges interfiere con la función paterna que deben adquirir cada uno de los miembros.

En un primer momento Selvini y su equipo de trabajo, consideraban que dentro de los dos grupos de anoréxicas (tipo A y B) se producía una triangulación como consecuencia del encubierto desacuerdo conyugal; mientras que apenas se le daba importancia a la necesidad de la hija de una figura de referencia emotiva que le garantizara, en el interior del proceso de crecimiento, la interlocutoriedad necesaria.<sup>22</sup>

Pero a medida que realizaron más investigaciones, comenzaron a darse cuenta que los dos grupos de anoréxicas se deberían definir en función de las necesidades de apego, más que en términos de alianzas o coaliciones.

Según mencionan los autores, en la *anorexia tipo A*, la precoz implicación de la paciente en el conflicto conyugal no es el aspecto más importante; para ellos lo destacado es la función compensatoria que la hija desarrolla hacia la madre, lo que suele responder más a la no satisfacción de las necesidades primordiales de ésta durante su crianza, que a las insatisfacciones conyugales actuales.

En la *anorexia tipo B*, en pleno descontento conyugal, la hija, frustrada con la madre, sintoniza con la seductora depresión paterna y se liga a él con un mudo

---

<sup>22</sup> Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

anhelo de complacerlo para recibir su aprobación.<sup>23</sup> Éstas llevarán a cabo conductas con las cuales buscan el beneplácito e idealización de sus padres; sin embargo, durante la adolescencia cuando el vínculo entre ellos se erotice, a la hija le asaltará el “pánico incestuoso” que desembocará en un sentimiento de culpa al tener que adquirir el rol de “antiesposa” que no le corresponde.

En este sentido, a medida que realizaron más investigaciones con familias, encontraron un tercer subgrupo, al que clasificaron como *grupo C*, dentro del cual se encontraban aquellas pacientes que habían sido privadas de fuertes vínculos parentales afectivos. Las niñas, por este motivo, crecían en un ambiente de aislamiento, caracterizado por una gran falta de proximidad emocional de ambos padres, por lo que sus vidas afectivas estaban teñidas por la soledad y el abandono.

En síntesis, en este modelo, la vivencia corporal patológica proviene de la relación establecida entre madre e hija, en la que ésta confunde su cuerpo con el objeto incorporado (la madre), del que solo introyecta sus aspectos negativos y desfavorables, quedando condenada a una lucha para separarlo de sí.

Simultáneamente, se puede concluir, como la niña rechaza la feminidad desde la ambivalencia que supone por un lado, desear crecer, y por otro seguir gozando de la seguridad y los privilegios infantiles. En efecto, esto se perpetuará cuando los padres no escuchen las necesidades emocionales de las pacientes y centren su atención en la pérdida de peso.

---

<sup>23</sup> Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

### **3.3 Modelo Multigeneracional de Murray Bowen:**

Desde sus inicios, Bowen fue un hombre interesado y formado en el ámbito de la psiquiatría, especialmente en el estudio con personas que sufrían esquizofrenia; su interés por la relación que mantenían los pacientes con sus madres, le incitó a investigar y experimentar con familias completas.

Como resultado de diversidad de estudios con sistemas familiares, alcanzó dos conclusiones: la primera de ellas, se centraba en la relación establecida entre madre e hijo, dicho vínculo, se caracterizaba por una fusión “patológica”, que oscilaba entre fases de cercanía y alejamiento; la segunda conclusión, tenía relación con la figura paterna, que se constituía como una figura esencial para mantener dicha simbiosis.

Si se revisan los Modelos Sistémicos de Minuchin y Selvini, se puede observar que localizan los problemas emocionales dentro de la familia nuclear, como unidad de observación y tratamiento, utilizando por tanto, para trabajar con familias, una mirada bigeneracional.

En contraste, el Modelo Multigeneracional, considera al menos tres generaciones para entender los procesos emocionales humanos, abordando los triángulos establecidos entre madre-padre-hijo, en el interior de éstas. Consideran, que la familia es un sistema, por lo que al estudiarlo defienden que hay que tener en cuenta tanto sus aspectos *sincrónicos*, los actualmente presentes y observables en la dinámica familiar, como los *diacrónicos*, que se centrarían en los aspectos histórico- evolutivos del campo familiar.

Parfraseado a Bowen *“si uno conoce qué ocurre en la familia nuclear con detalles microscópicos, uno puede conocer todo acerca de las pasadas generaciones. El pasado es visible en el presente, y el pasado de la familia puede ser reconstruido desde el presente”* (Bowen, 1984).

Atendiendo a otro de los aportes encontrados por el autor, éste pudo comprobar que la familia era una combinación de sistemas emocionales y relacionales, donde lo *emocional*, sería la parte que motiva al sistema, producto de la evolución y compartido por los seres vivos y lo *relacional*, sería el modo en que se expresa este sistema.

Pero, el término más importante dentro de la trayectoria de Bowen es el concepto de **diferenciación del sí mismo**, según el autor, este término es una de las metas hacia la que se deben dirigir todos los seres humanos para alcanzar un funcionamiento óptimo dentro de la sociedad. Elabora por ello, un continuum que va de 0, donde no existe diferenciación o hay “fusión del yo”, a 100, que se caracteriza por la “diferenciación total del sí mismo”.

En las puntuaciones más bajas se encontrarían aquellas personas que son más dependientes de los sentimientos que los demás tienen hacia ellas, así como aquellas que en sus relaciones con los otros poseen un yo indiferenciado. Por tanto, estos individuos se basarían más en lo que quieren en ese momento o en lo que piensan que les es justo y necesario a la hora de tomar sus decisiones.

A medida que las puntuaciones son más altas, las personas poseerían un yo más diferenciado y una fusión del yo menos intensa. Se puede comprobar que, en cada nivel de la escala, las personas tienen estilos diferentes que se pueden especificar en función de la posición que adoptan frente al intelecto y a las emociones (Bowen, 1991).

En las últimas posiciones de la escala, se encontrarían a aquellos que tienen una personalidad “diferenciada”, es decir, se situarían los individuos que se guían por sus principios para lograr los objetivos que se fijan, por lo que serían sujetos con muchas cualidades “orientadas al sí mismo”.

Teniendo presente los aportes desarrollados por el autor, esta investigación se centrará en su *Teoría de los Sistemas Familiares*, dentro de la cual la idea principal gira en torno al estudio del “sí mismo”, que puede estar diferenciado, lo que permitirá que se alcance un bienestar personal en la vida, o por el contrario indiferenciado, que es similar a decir que la persona mantiene un apego emocional no resuelto dentro de su entorno familiar, lo que provocará que puedan aparecer patologías.

La terapia de los sistemas familiares, por tanto, tendría como objetivo ayudar a los diferentes miembros a mejorar su nivel de diferenciación de sí mismo. Dentro de su teoría se definen una serie de términos que son claves para entender sus fundamentos dentro del ámbito familiar.

El primero de ellos, es el concepto de **triángulo**, que sería la base de la estructura de todo sistema emocional. El autor considera que las diadas son inestables en sí mismas, ya que se ven afectadas por el estrés, la ansiedad o por tensiones. El triángulo, por ello, ayuda a superar esta tensión emocional a través de la inclusión de un tercero, que permanecerá emocionalmente distante, y que se convertirá en la persona sobre la que se desplazará la ansiedad circundante.

Otro de los términos esenciales de su teoría, es el de **masa indiferenciada del yo familiar**, *se trata de una identidad emocional, aglutinada, que existe en cada nivel de intensidad, tanto en las familias en las que es más evidente, como en aquellas en las que es imperceptible. Se puede concebir como un proceso emocional que circula dentro de la masa del yo de la familia nuclear (madre, padre e hijos), con modos precisos de respuesta emocional.* (Bowen, 1966).

Ya que dicho término, daba cuenta de procesos en el interior de sistemas emocionales que no sólo eran los familiares, se decidió modificarlo en 1971,

por tres conceptualizaciones que, aunque definían similares dinámicas emocionales, se adecuaban al nivel sistémico abordado:

**1) Sistema emocional de la familia nuclear:** explica una serie de patrones de funcionamiento emocional que se producen en el interior de este sistema.

Normalmente, el comienzo de una familia nuclear se produce cuando se constituye el matrimonio, esto genera un encuentro entre dos personas con dos estilos de vidas diferentes y determinados Niveles de Diferenciación que han desarrollado en sus respectivas familias de origen.

Por ello, el grado de intensidad de los procesos emocionales que se genere dentro de este sistema nuclear dependerá, por una parte, del funcionamiento emocional individual y por otro, del nivel de ansiedad que esté presente en el sistema. Ante esta tensión dentro del ambiente familiar, el matrimonio posee tres mecanismos para responder a la inestabilidad que puede provocar tal situación:

- *Conflicto conyugal:* se basa en el desacuerdo y en una mutua recriminación, en donde ningún miembro de la pareja cede ante el otro. Por tanto, cada uno de ellos lucha por dividir en partes iguales el sí mismo común.

- *La disfunción de un cónyuge:* se produce cuando después de un período de conflicto, uno de los cónyuges se rinde con el fin de suavizar el problema, por lo que uno de los miembros adquiere un rol activo y el otro actúa como soporte y se convierte en dependiente del que se ha transformado en la parte dominante. Así el cónyuge "débil" pierde su sí mismo, pudiendo empezar a funcionar en niveles tan bajos que se convierte en un candidato de enfermedades físicas, emocionales o sociales.

- *Transmisión del problema a uno o más hijos:* se da cuando la indiferenciación y la ansiedad de los padres son proyectadas hacia uno o más hijos.

Normalmente, es sólo uno de ellos quien recibe dicha proyección, como consecuencia de esto, el hijo involucrado tenderá a desarrollar un sí mismo menos diferenciado que el del resto de sus hermanos.

**2) Sistema emocional de la familia extendida:** según el autor, para lograr diferenciarse de la familia de origen es indispensable tener contacto con ella para así poder desarrollar la capacidad de observar objetivamente lo que en ella ocurre y así conocer los mitos, los triángulos, las imágenes y las distorsiones que antes no se conseguía captar.

**3) Sistema emocional social:** Bowen, explica cómo en ciertas situaciones las personas cortan sus lazos con su familia de origen (todavía presente) y tratan de encontrar “familias sustitutas” entre sus relaciones sociales.

Los sujetos elegidos adquieren, un carácter significativo ya que se transforman en “copias” de las relaciones con la familia de origen. Si aumenta el estrés y la ansiedad, la persona creadora romperá los lazos con la “familia sustituta” y buscará a otra más placentera. Esta situación, es típica de aquellos individuos que sólo mantienen relaciones superficiales con el resto, no llegando a sentirse envueltos en ninguna relación satisfactoria.

En síntesis, se puede entrever que en estos tres sistemas emocionales siempre está presente el concepto más famoso descrito por el autor, “la diferenciación del sí mismo”, ya que en torno a él giran y se desarrollan las posibles patologías.

Se describirá para finalizar este apartado el trabajo realizado por White (1983) siguiendo el Modelo Transgeneracional, realizado por Bowen junto con Stierlin y Boszormenyi-Nagy.

Según este autor, la familia de la anoréxica se presentará como un sistema rígido de creencias implícitas, en donde éstas se transmitirán de generación en generación.<sup>24</sup>

Las características más importantes que se encontraron fueron:

**1.- Lealtad:** las familias en donde se identifican anoréxicas se valora mucho la lealtad hacia la tradición familiar y hacia el resto de integrantes, por lo que se impide la aparición de alianzas explícitas y las relaciones entre iguales; la lealtad hacia la familia extensa hace exclusivamente permeables los límites familiares, permitiendo el intrusismo de los abuelos.

**2.- Prescripción específica de un rol para la anoréxica:** a las mujeres que forman parte del sistema familiar se les fomenta que sean sensibles, entregadas y sacrificadas hacia el bien familiar.

**3.- Clarividencia:** los miembros de la familia tienen la convicción de que pueden “ver” en sí mismo y en los demás y conocer la verdad última de las conductas.

La razón de destacar las características anteriores, es exponer que existen diversas maneras de entender cómo pueden desarrollarse trastornos psicológicos dentro del ambiente familiar. Cada una de ellas muy diferentes entre sí, pero todas ellas igual de importantes; ya que cada modelo se centrará en diferentes aspectos del sistema, pero todos destacarán como causa esencialmente importante, la dinámica familiar, puesto que se considera responsable de la génesis y el mantenimiento de determinados trastornos psicológicos padecidos.

---

<sup>24</sup> Espina, A. Pumar, B. García, E. Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 30, 5-17.

## VII. DISCUSIÓN

Si se recorre la literatura acerca de los trastornos alimentarios se puede observar que la familia tiene un papel esencial tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los TCA. Desde el modelo sistémico al psicoanalítico, se ha podido estudiar el desarrollo de enfermedades mentales dentro del marco familiar, la gran mayoría de ellas centradas en la relación establecida entre la madre y el hijo, pero que progresivamente han ido otorgando cada vez mayor protagonismo a los diferentes integrantes del entorno familiar.

Por ejemplo, en diversidad de estudios se ha relacionado la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa padecida en mujeres, con ciertas actitudes mostradas por las madres. Los comportamientos de éstas se pueden caracterizar por presentar conductas extraordinariamente dadoras, atentas a las necesidades de cada componente de la familia, y perfeccionistas en los estrictos estándares de su propio comportamiento, al tiempo que inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades.<sup>25</sup>

Por otro lado, diferentes investigaciones, han concluido que determinadas características familiares como el divorcio de los padres, la sobreprotección de los hijos, la muerte de un familiar, antecedentes familiares de anorexia o depresión, pueden favorecer en el adolescente, con predisposición a sufrir un trastorno de alimentación, a presentar definitivamente el padecimiento.<sup>26</sup>

En este sentido, hay que tener presente que dentro de la familia todos sus miembros están interrelacionados, ya que las conductas realizadas por uno de ellos influirán sobre los otros y a su vez el comportamiento de estos últimos influirá sobre el resto; por lo que se establece una relación circular entre los

---

<sup>25</sup> Chávez Flores, A. (2006). Emoción Expresada en familias de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista LiberAddictus*.

<sup>26</sup> Minuchin, S., Rosman, B y Baker, I. (1989). *Familias psicósomáticas: anorexia nerviosa en contexto*. Barcelona: Gedisa.

integrantes, donde cada acción de los sujetos del entorno familiar, tendrá repercusiones en el resto.

A consecuencia de estos datos, resulta enriquecedor centrar el interés de este estudio en destacar la importancia que supondría introducir la Emoción Expresada en el contexto del trabajo clínico con los Trastornos Alimentarios, dentro del ámbito familiar sistémico; ya que dicho modelo contribuirá a comprender cómo ciertas actitudes y comportamientos parentales pueden influir en la generación y mantenimiento de determinados trastornos psicológicos.

Aunque la mayor parte de los estudios que han trabajado con la Emoción Expresada se han enfocado en la esquizofrenia, están empezando a surgir progresivamente, más investigaciones que se interesan por la relación establecida entre Emoción Expresada y Trastornos de Conducta Alimentaria.

Por ello, uno de los fines de esta tesis es relacionar el modelo de la Emoción Expresada con los tres Modelos Sistémicos seleccionados, Estructural, Relacional y Multigeneracional, dentro del trabajo clínico con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Se considera importante, en un primer lugar, resaltar las principales conclusiones encontradas, en dos de las investigaciones seleccionadas para la elaboración esta tesis, que centraron su interés en la posible relación establecida entre la EE y los TCA.

La primera de ellas, realizada por Arturo Chávez Flores y su equipo, demostró que una elevada Emoción Expresada era más común en aquellos familiares responsables de pacientes que no tenían ninguna actividad escolar o remunerada, que en aquellos que sí que tenían un trabajo o estudiaban. Pudieron comprobar al mismo tiempo, que en esos sistemas en los que los pacientes tenían como cuidador principal a la madre, la cual mostraba en la

mayor parte de las situaciones, más comentarios hostiles y más críticas; también existía mayor Emoción Expresada.

Como consecuencia, los resultados encontrados reflejaron que las críticas y las conductas hostiles eran mayores cuando los pacientes no tenían una ocupación, ya que en aquellas familias donde los pacientes si estudiaban o tenían un puesto de trabajo la Emoción Expresada era mucho menor.

En cuanto a la Sobreprotección, se observó justamente lo contrario a lo observado en la Hostilidad y el Criticismo, ya que los familiares sobreprotegían más a los pacientes que pasaban menos tiempo en casa por realizar tareas u ocupaciones, teniendo más comentarios del tipo: *“Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo, descansando en casa”* ó *“Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre”*.

En este sentido, en dicho estudio, se encontró que los niveles de Emoción Expresada eran más elevados en pacientes que padecían Anorexia y Trastornos Alimentarios No Especificados. Al mismo tiempo, se concluyó que durante la evolución del trastorno la Emoción Expresada no mostró cambios significativos, lo que les hizo pensar que desde el inicio de las conductas patológicas, los familiares mostraban ya actitudes y conductas críticas, hostiles y de sobreprotección.

El siguiente estudio que se tomó como referencia, fue el realizado por Francesca Turchi y Marta Gago desde la Universidad Autónoma de Madrid. En esta investigación, los resultados obtenidos, no coinciden con los recogidos por Chávez, ya que estas autoras encontraron que los niveles de Criticismo y Sobreimplicación eran más bajos en la Anorexia Nerviosa que en la Bulimia y en Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificados, por lo que dentro de este grupo la EE era más baja.

A pesar de las diferencias encontradas entre estos dos estudios, lo que realmente interesa y se considera importante, es que en aquellos ambientes en los que existía una persona con un TCA, se podían observar mayores niveles de Hostilidad, Comentarios Críticos y Sobreimplicación, que en aquellos en los que no se hallaban dichos trastornos.

Por ello, se podría concluir que el entorno familiar en el que se mueven los pacientes pudiese estar propiciando que ciertos trastornos psicológicos se vayan gestando y se sigan manteniendo y potenciando, ya que el funcionamiento familiar bajo el que están encerrados, les impide alcanzar una vía alternativa que les permita escapar de dicha dinámica familiar.

Por lo que uno de los fines de este estudio, consistiría en analizar aquellas dinámicas familiares en las que se desarrollan TCA, para a través de la Emoción Expresada y los Modelos Sistémicos seleccionados, poder mejorar el tratamiento de dichos trastornos.

## 1. Modelo Estructural - Emoción Expresada - TCA

Anteriormente, se describió el funcionamiento y la organización presentada en las **familias psicósomáticas** y cómo éstas eran las causantes de posibles trastornos alimentarios. Se especificó, al mismo tiempo, que en muchas ocasiones, la única vía de escape ante una situación familiar insostenible era la aparición y sostenimiento de determinados síntomas de gravedad creciente.

Para comenzar el análisis, en un primer momento, se destacarán las principales características encontradas por el autor para describir a este tipo de familias y se relacionarán dichos aspectos con los componentes que constituyen la Emoción Expresada; todo ello, desde el contexto del trabajo clínico con los Trastornos de Conducta Alimentaria.

En este sentido, la primera característica destacable dentro de las familias psicósomáticas es el *aglutinamiento*, que se describió como la ausencia o debilidad de límites entre los diferentes miembros que componen un sistema familiar. Si se analizan los cinco componentes que constituyen la Emoción Expresada, se puede relacionar dicha debilidad de límites con la *Sobreimplicación Emocional*, ya que en ambos conceptos reinan la sobreprotección y la intrusión, que impiden que determinados miembros de las familias se independicen, puesto que dicha situación supondría una amenaza a la unión familiar que se persigue en estos sistemas.

La siguiente cualidad utilizada por el autor para describir las características encontradas en estas familias, es la *sobreprotección*. Minuchin consideraba que dentro de estos sistemas existía una gran preocupación por alcanzar y mantener el bienestar de cada uno de los miembros, llegando incluso a adquirir ciertos roles que provocaban el retraso de la autonomía de los hijos. Como se deduce, dicha característica se encuentra muy ligada al aglutinamiento, ya que dicho término la incluye, por lo que, del mismo modo se podría relacionar con la *Sobreimplicación Emocional*, porque como se ha apuntado anteriormente, en

estas familias se valora primordialmente el permanecer unidos y sobreprotegidos ante cualquier situación vivida.

Otro de los aspectos que se encuentran dentro de esta tipología familiar, es la *ausencia de resolución de conflictos*, lo que se podría relacionar con un alto *Calor y Comentarios Positivos*, componentes de la Emoción Expresada que se conciben como protectores de ciertas patologías dentro del entorno familiar. Se defiende esta idea, ya que ante cualquier adversidad o problema, la familia niega su existencia o lo evita, puesto que se busca en todo momento, la armonía y el bienestar familiar.

En relación al Calor y los Comentarios Positivos, se quiere puntualizar que, es posible que en ciertas ocasiones, si se utilizan en demasía o frecuentemente dichos factores protectores, se puedan generar situaciones negativas, ya que es inevitable que en el interior de una dinámica familiar surjan adversidades, que provoquen conflictos, que a su vez generen diferentes puntos de vista.

Lo que se quiere recalcar con esta idea, es que la diversidad de opiniones se considera constructiva, siempre que se discutan razonadamente los diferentes puntos de vista expuestos, puesto que resulta verdaderamente imposible que los integrantes de un entorno familiar posean la misma opinión ante diversidad de temáticas.

Según lo expuesto, se debe destacar, que tanto la Sobreimplicación Familiar, como los Comentarios Positivos y el Calor que se respira en estas familias, provienen de todos los integrantes del grupo familiar. No sucede como en las descripciones de los componentes de la Emoción Expresada, donde uno de los padres o ambos, son los que desarrollan este tipo de actitudes hacia uno o varios de sus hijos. Aquí, son todos los miembros los que desarrollarán las conductas, manteniendo una unión enfermiza, que impide o pospone la evolución del ciclo familiar.

Siguiendo el análisis del Modelo Estructural de Minuchin en relación a la Emoción Expresada dentro del campo de los Trastornos Alimentarios, se quiere subrayar la importancia que concedió el autor al concepto de **adaptabilidad**.

Dicho autor consideraba que, cuando se trabajaba con familias, era esencial estudiar cómo estos sistemas se adaptaban a la presión *interna*, originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas, así como, a la presión *externa*, originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influían sobre los ellos.<sup>27</sup>

Por lo que, desde este punto de vista, se consideraba a la familia como un sistema social en transformación, donde éstas transcurren por situaciones transaccionales, en las que deberán enfrentar las diversas dificultades que les acontezcan.

Es por ello, que las conductas patológicas aparecerán cuando, dentro de este entorno familiar, ante situaciones cambiantes, se incremente tanto la rigidez de las pautas, como de los límites, evitando o resistiendo toda posible exploración de variantes. Esta situación, es característica de las familias psicósomáticas descritas por Minuchin, ya que se encontró que dichos sistemas no se adaptaban con facilidad a los cambios y eran más vulnerables a los acontecimientos externos, lo que impedía el desarrollo saludable de sus miembros.

Si se tuviese que seleccionar uno de los factores constituyentes de la Emoción Expresada para relacionarlo con la *rigidez* encontrada en estas familias, se escogería la *Sobreimplicación Emocional*, ya que este aspecto se caracteriza por el control y la protección ejercida por un familiar sobre otro. Se cree que dicho componente, está muy presente en el interior de estas dinámicas, puesto

---

<sup>27</sup> Minuchin, S. (2005). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

que se ha comprobado cómo estos sistemas psicosomáticos, destacan por la imposibilidad de abandonar ciertos límites y pautas, porque el cambio supondría una amenaza para el bienestar familiar.

Por otro lado, se considera enriquecedor para este análisis entre modelos, destacar la relación entre dicho Modelo Sistémico y determinados aspectos definitorios de la Emoción Expresada, como son: **la forma y el contenido**. La primera de ellas, sería definida como la manera en la que se expresa lo que se quiere comunicar (tono de voz utilizado para enunciar algo) y el contenido se describiría como aquello que se dice, es decir, la parte verbal.

Un ejemplo, para especificar como dichos aspectos se valoran y están presentes en la definición de los componentes de la Emoción Expresada, lo podrían constituir el Criticismo y los Comentarios Positivos. El primer factor, si se revisa su definición, destaca la importancia tanto del contenido como de la forma en la que los familiares se expresan; en cambio, si se seleccionan los Comentarios Positivos, lo que realmente importa es el contenido de éstos.

A partir de las reflexiones expuestas, lo que se busca resaltar, es que tanto la forma como el contenido de aquello que se dice se encuentran entrelazados, pero, unas veces, dependiendo del componente con el que se esté trabajando, cobrará más importancia uno de estos aspectos, el otro ó ambos, teniendo y considerándose igual de importantes ambas características para el desarrollo y el mantenimiento de una relación.

Trasladando dichos aspectos al Modelo Estructural, en concreto a las técnicas con las que trabaja Minuchin, se observa como éste también mostró interés por ellos.

Por ejemplo, una de las técnicas más utilizadas por dicho autor es el **rastreo**. Minuchin maneja este instrumento para conducir el mapeo, el cual le permite conocer la imagen visual de la estructura de las interacciones que se produce

en un sistema familiar. Lo que busca el autor con esta técnica es, conocer el proceso de la interacción que se produce entre los diferentes miembros del entorno familiar, más que el contenido verbal de aquello que dicen.

Como muestra de ello, considera más importante quién es la persona que interrumpe o completa la información solicitada, que aquello que expresan en sus opiniones. Por lo que, se deduce, que la forma que adquieren las conductas, tanto verbales como espaciales, se considera más esencial que el contenido de éstas.

¿Por tanto, si la Emoción Expresada y determinadas técnicas del Modelo Estructural se centran tanto en el *contenido* como en la *forma* existentes en ciertas conductas, no sería interesante que estos instrumentos técnicos se utilizasen para conocer la Emoción Expresada que habita en aquellos ambientes familiares donde se gestan y mantienen ciertas patologías?.

Con esta pregunta, se busca, por un lado, alcanzar la concienciación de aquellos expertos que trabajan con familias, que se esfuerzan en conseguir entender las dinámicas familiares y que se interesan en explorar variables que ayuden a conseguir resultados más satisfactorios en los tratamientos. Y por otro, fomentar la investigación acerca del Modelo de Emoción Expresada, ya que dicho modelo puede garantizar mejoras en la comprensión de cómo determinadas relaciones familiares pueden influir en el curso y mantenimiento de ciertos trastornos psicológicos.

Para finalizar este análisis, se ha comprobado como los componentes que engloban la Emoción Expresada generan ciertas formas de relación de las que es complicado escapar, ya que el individuo que actúa como “víctima” se siente atrapado en un ambiente, en el cual la persona que lleva a cabo las conductas dañinas, es su figura de referencia, por lo que romper con este lazo se convierte en una meta inalcanzable e incluso peligrosa para su integridad.

En este sentido, este vínculo descrito, permite resaltar otra similitud entre el Modelo Estructural y la Emoción Expresada, puesto que mantiene cierta semejanza con las alianzas patológicas que se desarrollan en determinadas dinámicas familiares, descritas por Minuchin.

Cuando el autor, habla de coaliciones se refiere a la desviación de un determinado conflicto existente en el entorno familiar, sobre un chivo emisario. En concreto, la *Sobreimplicación Emocional*, descrita en la Emoción Expresada, se encuentra presente en las coaliciones intergeneracionales, establecidas en ciertas relaciones familiares entre una madre y su hijo; donde dicha unión es patológica y dañina para el mantenimiento de un vínculo saludable, al igual que sucede en aquellas relaciones, descritas bajo el componente de la *Sobreimplicación Emocional*, en las que la elevada implicación emocional dirige y guía los vínculos familiares.

A modo de conclusión, se puede observar la existencia de semejanzas entre el Modelo Estructural de Minuchin y la Emoción Expresada, y como ambos valoran primordialmente, el poder que las relaciones familiares suponen para el pronóstico de los trastornos psicológicos abordados.

## 2. Modelo Relacional - Emoción Expresada - TCA

Se comenzará este apartado citando una de las ideas expuestas por uno de los coetáneos de Mara Selvini, Luigi Boscolo, considerado el alma clínica de su equipo terapéutico.

Fue este autor quién presto gran importancia al mundo de las emociones, para él era importante lo “no dicho”, aquello que no es verbal, los aspectos ligados al contexto. Con esto se quiere recalcar, al igual que se hizo anteriormente con Minuchin, que estos autores, también se centraron en los aspectos formales del discurso, no solo en el contenido, lo que se considera realmente importante, ya que la manera en que se comunica aquello que se quiere transmitir es esencial para que la relación que se establezca con el otro sea sana y fructífera.

Por ello, en su trabajo con multitud de familias, la escuela de Mara Selvini utilizó también dos técnicas esenciales, en las que se prestaba atención a dichos aspectos del discurso. Éstas eran, los rituales y las prescripciones ritualizadas. Uno de los objetivos de los **rituales** es evidenciar el conflicto que existe entre las reglas verbales de la familia y aquellas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento, en vez de una reformulación hablada de un posible insight.<sup>28</sup> Los rituales especifican por tanto, los aspectos formales como los de contenido, considerándose únicos e irrepetibles para cada sistema familiar.<sup>29</sup>

La **prescripción ritualizada**, en cambio, puntualiza los aspectos formales, pero no el contenido, por lo que serán técnicas que se podrán utilizar con diferentes familias, ya que es la forma de éstas la que realmente importa.

---

<sup>28</sup> Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. (edición en español a cargo de Gálvez Sánchez F.) Paidós Barcelona, España.

<sup>29</sup> Roizblatt S., A. (Ed.). (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Lo que se deduce de lo expuesto es que, es esencial tener en cuenta la forma y el contenido de aquello que se dice, ya que supondrá un gran aporte tanto en la prevención, como en el tratamiento de los trastornos psicológicos trabajados.

Tras destacar dichas similitudes, se proseguirá con el análisis, que centrará el interés en los aportes realizados por la autora Mara Selvini, dentro del campo de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Para ello, en un primer momento, se comenzará, relacionando los seis estadios, que según la autora suelen desembocar y mantener las conductas anoréxicas, con los componentes que constituyen la Emoción Expresada.

Ya que este estudio considera más importante la relación que se establece entre los padres y los hijos en la posible génesis o mantenimiento de las conductas patológicas, se partirá trabajando desde el segundo estadio, puesto que en el primero se describe la relación mantenida por aquellos padres que se suelen encontrar cuando se ayuda a pacientes que presentan trastornos anoréxicos.

En este sentido, en el **segundo** estadio, se puede observar como la hija genera dos formas de involucrarse en el juego que mantienen los padres, dependiendo del grupo al que pertenezcan. Las del grupo A, establecen con sus madres una especie de “simbiosis” gracias a la cual la hija adquiere una superioridad respecto a los demás familiares. Dicha fusión entre ambas, se caracteriza por una gran *Sobreimplicación Emocional* entre madre e hija, ya que se sienten muy unidas. Pero, mientras que la madre solo tiene *Calor y Comentarios Positivos* hacia su hija (ésta es su mayor confidente y apoyo), la hija no posee estos sentimientos hacia la madre, puesto que no siente estima hacia ella, simplemente compasión.

Aquí se puede concluir lo citado previamente, cómo los dos componentes de la Emoción Expresada considerados protectores de ciertas patologías mentales, como son el Calor y los Comentarios Positivos, si se utilizan de forma

exagerada y potenciada pueden estar favoreciendo ciertas conductas que posteriormente podrían dar lugar al desarrollo de problemas psicológicos.

En relación a las niñas pertenecientes al grupo B, en cambio, se encuentran aquellas que establecen una relación con el padre caracterizada por el *Calor y los Comentarios Positivos* recíprocos; ambos se encuentran comprendidos y protegidos gracias a este vínculo. Pero, igualmente, estas conductas “potencialmente positivas” pueden estar dando lugar a conductas problemáticas en el futuro.

Siguiendo con el **tercer** estadio, las hijas pertenecientes al grupo A, se comienzan a sentir abandonadas cuando la madre empieza a centrarse en otro de los hermanos. Esto generará en la paciente sentimientos de *Hostilidad*, que se acompañarán de *Críticas* hacia la madre, por lo que la hija comenzará a posicionarse a favor del padre en los conflictos que se puedan generar entre ambos. Al mismo tiempo, en este grupo, en la relación establecida entre la hija y el padre, empezarán a surgir el *Calor y los Comentarios Positivos* de forma patológica, a través de conductas seductoras, cada vez más cercanas.

Las niñas del grupo B, por otra parte, se caracterizan por mostrar conductas de amor-odio hacia sus padres, ya que se siguen incrementando las conductas seductoras mantenidas entre ambos, pero al mismo tiempo, la hija desea que su padre muestre actitudes más activas ante ciertos comportamientos de la madre. Por lo que en este estadio se encuentran tanto el *Calor* como el *Criticismo*, propios de la Emoción Expresada, en la relación establecida entre la hija y el padre y la *Hostilidad* reinante de la hija hacia la madre.

En el **cuarto** estadio, la tensión familiar sigue aumentando y como consecuencia de ello, la hija comenzará la dieta. En ambos grupos, tanto el A como el B, la paciente lo que buscará será provocar a la madre, pues le atormenta el simple hecho de parecerse a ella. La *Hostilidad* y las *Críticas* se

proyectarán en las conductas negativas hacia la comida, como forma de protesta y desafío ante los comportamientos maternos.

Continuando con el **quinto** estadio, los sentimientos hacia el padre cambian, ya que la hija se siente traicionada por éste, porque sigue sin adquirir los comportamientos confrontativos que la niña espera ante las actitudes de la madre. A partir de este momento la niña siente *Hostilidad* hacia ambos cónyuges, lo que potenciará su huelga de hambre.

El **sexto** estadio, por último, se caracteriza por el mantenimiento de los síntomas por parte de la hija, puesto que a través de ellos adquiere posiciones de prestigio que sólo tenía durante su infancia o preadolescencia. En este momento se comenzarán a desarrollar conductas pseudosimbióticas entre la hija y la madre en las que reinan el control y la *Hostilidad*.

Como se puede deducir de lo descrito, las emociones florecen a lo largo de los diferentes estadios generadores y mantenedores de las conductas anoréxicas. Se observa, que los cinco componentes que forman la Emoción Expresada están presentes en menor o mayor medida en alguno de los seis estadios, por lo que esto permite observar la importancia que pueden aportar dichos factores en el estudio de la génesis y el mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En los seis estadios desarrollados, sólo se mencionan los grupos de anoréxicas A y B, pero, posteriormente Selvini junto a su equipo de trabajo crearon un nuevo grupo, el grupo C, dentro del cual se encontraban aquellas niñas que habían sido privadas de fuertes vínculos afectivos tanto por parte del padre como de la madre. Este tipo de conductas se caracterizarían por una baja *Implicación Emocional*, donde los padres no muestran interés por sus hijas, dejándolas crecer en un ambiente en el que reina la soledad y el aislamiento.

En este último grupo la baja Implicación Emocional generará conductas patológicas, ya que la hija no contará con el apoyo necesario que le permita acomodarse a la realidad, lo que podría provocar el surgimiento de trastornos psicológicos, como una forma de adaptación a las circunstancias vividas.

Para finalizar el análisis del Modelo Relacional de Mara Selvini en su relación con la Emoción Expresada, se quiere prestar atención a dos fenómenos, que tras varios años de estudio con familias, comenzaron a surgir con cierta frecuencia en aquellas dinámicas familiares donde se encontraban casos de psicosis, dichos fenómenos son el embrollo y la instigación.

Ambos conceptos permanecen unidos y se dan conjuntamente, el **embrollo**, consiste en *un proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y se desarrolla en torno a un táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada, que en realidad no lo es.*<sup>30</sup>

Esto último se refiere al hecho de que la relación establecida por el padre y el hijo, que supuestamente posee un privilegio afectivo, no es real ni sincera, ya que simplemente funciona como un instrumento contra un tercero, que normalmente suele ser el otro cónyuge.

La **instigación**, sería un proceso lineal-causal donde hay alguien que instiga y otro que es instigado, pero esta relación que parece tan simple realmente no lo es, ya que en este fenómeno existe una persona que instiga a otro contra un tercero.

Como se puede observar, ambos términos implican una relación triádica, en la que tras una aparente relación diádica armoniosa y estable, se esconde la venganza contra un tercero. Se podría decir que el embrollo es un proceso general, el todo, y la instigación la parte de este proceso, lo específico.

---

<sup>30</sup> Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

En este escenario, cuando la persona “estafada” o engañada intuye que ha sido instrumentalizada aparecerán los síntomas. A partir de este momento, según Selvini y su equipo terapéutico, la paciente se sentirá atrapada en una situación de la que es difícil escapar por varios motivos:

- Todo aquello que ha sucedido y se ha permitido dentro del entorno familiar no se puede expresar con palabras, ya que normalmente una organización interactiva familiar se construye y desarrolla a través de diferentes niveles analógicos que se van modificando y enredando a lo largo del tiempo. Este nivel es más fácil que sea mal interpretado, negado o desmentido por el resto de familiares.
- El medio verbal se utiliza, para demostrar y hacer parecer como cálidas ciertas conductas que no lo son.

Ahora, aparte del hecho de que es muy complicado hacer explícito lo que está ocurriendo en el entramado familiar, aparecerán otros obstáculos que impedirán que se produzca la denuncia verbal de lo sucedido. Uno de ellos será la inmoralidad de la *relación intergeneracional* establecida, por lo que la acusación de esta alianza será siempre desmentida. El otro, la importancia que toma la *connivencia*, es decir, cómo la víctima ha participado y aceptado muchas de las estrategias realizadas por su aliado, convirtiéndose por ello en partícipe de aquello que ahora pretende denunciar. Como consecuencia de estos obstáculos, la persona manipulada, optará por una reivindicación encubierta, a través de sus síntomas, ya que cualquier indicio de denuncia verbal será impulsado al fracaso.

En este sentido, la importancia que para estos autores cobraron estos fenómenos, les impulsó a perseguir, a través diferentes estrategias, romper con esa relación diádica y encubierta que, según ellos, estaba generando toda la sintomatología. Para lograrlo, en un primer momento, debían conseguir hacer explícito ese juego, caracterizado por un *Calor* y unos *Comentarios Positivos* “aparentes”, pero que en realidad estaba motivado e impulsado por la

*Hostilidad* y las *Críticas*, hacia la persona causante de la creación de este vínculo, el tercero. Con ello, lo que perseguían era que la víctima fuera consciente de que había sido manipulada y dañada; por lo que sus sentimientos hacia la persona “amada” se transformarían en “odio” y *Hostilidad*, lo que le permitirá hacer frente a la situación tormentosa.

En otra ocasión, se puede comprobar, como los componentes constituyentes de la Emoción Expresada son protagonistas en los dos fenómenos descritos por el Modelo Relacional: el embrollo y la instigación.

Con estos argumentos, por otra parte, lo que se pretende resaltar es la importancia que supone, el atribuir al término embrollo, que en un primer momento fue considerado como un hecho diádico, un *significado interactivo global*. Es decir, se busca destacar la gran importancia de todas aquellas conductas y comunicaciones realizadas por los integrantes en el interior del entorno familiar, y como éstas influyen en la génesis y mantenimiento de determinados trastornos.

¿Entonces, por qué la Emoción Expresada (EE) se centra normalmente en la relación diádica establecida por uno de los progenitores y el paciente identificado y no tiene en cuenta los comportamientos mantenidos por el resto de integrantes del entorno familiar?

Si se recorre la literatura sobre la EE, se puede concluir que el vínculo establecido entre la madre y el hijo es prioritario, tanto en la posible génesis, como en el mantenimiento de ciertos trastornos psicológicos. Existe por tanto, un “cónyuge protagonista”, que suele ser la madre, y un “cónyuge secundario”, que normalmente es el padre.

Por ello, lo que se persigue con el interrogante, es que aquellos aportes encontrados en ciertos Modelos Sistémicos, permitan que la Emoción

Expresada amplíe su campo de observación y trabajo, para obtener resultados más satisfactorios en el tratamiento de determinados trastornos.

Un ejemplo de la ampliación del ámbito de estudio de la Emoción Expresada, sería el comenzar a prestar atención a las conductas y comunicaciones mantenidas por el “progenitor secundario” y el paciente identificado, ya que es posible, que esta relación esté alimentando o incluso manteniendo las conductas patológicas estudiadas, puesto que no es extraño encontrar, cómo un tercero es que el maneja y manipula ciertas relaciones diádicas.

Sin embargo, si se evalúa esta relación desde otro punto de vista, más positivo, ese tercero, puede conseguir modificar y sanar ciertos funcionamientos familiares, que lo único que provocan es el aumento de recaídas.

En síntesis, la complementación de dichos modelos, Relacional y Emoción Expresada, permitirán alcanzar resultados más eficaces y eficientes en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, si ambos amplían su campo de estudio a aspectos anteriormente no abordados.

### 3. Modelo Multigeneracional - Emoción Expresada - TCA

Si se revisan los estudios realizados por Bowen se puede observar como el autor da una gran importancia al sistema emocional, pues defendía que atendiendo a este sistema se podrían comprender y explicar muchos de los dilemas que presentan los individuos. Él pensaba, que los problemas no podían entenderse sin valorar la parte emocional, ya que la consideraba la encargada de generar las reacciones suscitadas en las personas. Atendiendo al aspecto familiar, estos procesos emocionales se transmitían de generación en generación, convirtiéndose en patrones familiares establecidos.

En relación a los conceptos desarrollados en su teoría, uno de los términos más importantes que desarrolló fue el de la **diferenciación del sí-mismo**, que en sentido general, se podría entender como el método que distingue cual es el grado de unión entre lo intelectual y lo emocional. Bowen defendía que este constructo se relacionaba con el grado en que una persona se va diferenciando emocionalmente del padre.

Se sabe, que el hijo se separa físicamente de la madre en el momento del nacimiento, pero el proceso de separación emocional es lento, complicado y en ocasiones incompleto. En este desarrollo, influye primordialmente la actitud de la madre ante la búsqueda “diferenciación” de su hijo.

En este sentido, se pueden encontrar diversas situaciones en las que la angustia de la madre ante la posible pérdida de fusión creada entre ambos, oponga resistencias que impidan que éste consiga la autonomía perseguida. Como consecuencia de estos comportamientos, los hijos desarrollarán diferentes apegos emocionales hacia sus padres.

Según el autor, el grado de apego emocional no resuelto equivale al grado de indiferenciación, ya que cuanto más bajo sea el nivel de diferenciación más fuerte es el apego emocional que se siente hacia los padres y más intensos serán los mecanismos que se utilizarán para controlar la indiferenciación.

Es por esto, que ante determinadas situaciones ansiosas, las personas se valen de mecanismos intrapsíquicos, como el silencio o la negativa a hablar, y físicos, como salir de una habitación en la que se está produciendo una discusión o abandonar el hogar en el que convive con sus familiares.

Cuando una persona utiliza un mecanismo físico, lo hace porque necesita esa proximidad emocional, pero, al mismo tiempo la tiene alergia. Esta situación conduce a recordar dos de los conceptos desarrollados dentro de la Emoción Expresada: la *Sobreimplicación Emocional* y la *Hostilidad*, puesto que se refleja una relación donde la unión es tan fuerte que en muchas ocasiones impide la escapatoria y produce, al mismo tiempo, el mantenimiento de ésta, lo que hace que el odio entre los dos integrantes vaya en aumento.

Uno de los conceptos más valorados por Bowen es el término de **corte emocional**, para dicho autor este constructo sirve para indicar la distancia tanto física como emocional que utilizan las personas para controlar situaciones estresantes, como pueden ser: una fusión irresuelta, un sentimiento de consumición ante una fusión inconclusa o ser protagonista de una situación conflictiva que justifica un quiebre. La mayor parte de las veces va unida a la negación de la dependencia emocional y a la tranquilidad que siente la persona frente a su decisión.<sup>31</sup>

Según el autor, aquellas personas que logren mantener una distancia emocional a través de mecanismos internos, tropezarán con enfermedades físicas, trastornos emocionales, disfunciones sociales...aunque en los escritos de Bowen no se mencionan la aparición de posibles Trastornos Alimentarios, se piensa que en estos escenarios, donde la tensión familiar va en aumento y los hijos se encuentran apegados emocionalmente a sus padres, sin poseer las "herramientas" necesarias para conseguir esta desunión, pueden aparecer trastornos de esta índole, como única vía de escape ante tal situación.

---

<sup>31</sup> Roizblatt S., A. (Ed.). (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Michael Kerr, colega de Bowen, se interesó en la relación que existía entre la teoría de éste y la teoría de la evolución, así como en la relación entre los síntomas físicos, emocionales y sociales. Lo llamativo de su aporte es, que a diferencia de Bowen, sí que se centró en ciertos trastornos alimentarios, y defendió, que la asociación de la ansiedad y la indiferenciación a través del tiempo podían contribuir a la aparición de ciertos síntomas patológicos. Por lo que, pudo comprobar que la presencia de ansiedad y el grado de adaptación al estrés actuaban como contribuyentes al cuadro patológico.

Otro de los conceptos a resaltar dentro de la teoría de Bowen, es la **triangulación**. Dicho autor, la entiende como una dinámica familiar en movimiento; piensa que es el patrón que un individuo adquiere como resultado de su relación con otros miembros, vínculo que comienza con la relación establecida entre los hijos y los padres.

Dentro de este triángulo, y volviendo a los componentes que definen la Emoción Expresada, entre dos de los sujetos que mantienen esta triangulación se establece una *Sobreimplicación Emocional*, ya que ambos se mantienen fusionados tanto en su forma de pensar como en su forma de actuar. Para que se produzca este proceso se descarga el *Criticismo* y la *Hostilidad* hacia un tercer integrante, lo que reconducirá y reducirá la ansiedad circundante que realmente existe en el sistema.

En este sentido, relacionando estas ideas con uno de los ejemplos descritos por el autor en uno de sus libros se vuelve a observar el mismo escenario que ha sido explicado anteriormente: en aquellas familias formadas por un padre, una madre y por ejemplo, cuatro hijos, no todos ellos desarrollan el mismo compromiso familiar, alguno de ellos se comprometen emocionalmente más que otros; por ello, Bowen estableció una relación causal entre el grado de compromiso familiar y la posible aparición de patologías

Según el autor, esto sucede porque el hijo “comprometido” no consigue alcanzar la diferenciación de su sí-mismo, ya que se encuentra atrapado en un

entorno familiar que le impide conseguirlo, por lo que comenzará a sentirse “sobreimplicado emocionalmente” en los asuntos familiares.

Como consecuencia, el hijo “implicado”, en cierto modo, se considerará responsable de aquello que sucede en su entorno familiar, así que se podrá convertir en una persona más vulnerable en el desarrollo de posibles patologías tanto físicas como psicológicas.

En este caso, la alta Implicación Emocional viene de los hijos hacia los padres, no al revés, como se produce en la Emoción Expresada, donde son los padres los que a través de sus conductas sobreimplicadas “generan” conductas patológicas en sus hijos.

Con lo anteriormente citado, es posible relacionar casos de Trastornos Alimentarios, así como cualquier otra conducta patológica, en aquellos sujetos que no han conseguido desvincularse emocionalmente de sus familiares, puesto que son más sensibles a presentar ciertos problemas psicológicos.

Para finalizar el análisis del Modelo Multigeneracional de Murray Bowen y su relación con la Emoción Expresada, se pretende destacar la importancia que dicho autor concedió a los hermanos. Como ya se ha explicado, en un sistema familiar, cada uno de los integrantes de la **fratría**, dependiendo de su ocupación, sexo e involucración en los diversos problemas familiares, desarrollará diferentes formas de relacionarse y de acomodarse a la realidad.

Si se revisa la literatura acerca de la Emoción Expresada, se puede comprobar cómo se ha dejado a un lado la fuerza que suponen los hermanos en el interior del entorno familiar. La importancia del sexo y de la ocupación en el sistema fraternal son aspectos esenciales en el estudio del ambiente familiar, ya que ayudan a comprender y entender los comportamientos de los diferentes integrantes.

Ya en determinados aportes de Bowen, se pudo observar cómo los aspectos fraternales eran esenciales en la generación y mantenimiento de ciertos

trastornos. De igual modo, Rodin et al. (1994) hipotetizaban que la presencia de una hermana mayor con gran preocupación por el peso y exagerados esfuerzos dietéticos, puede tener gran influencia en el desarrollo de casos de hermanos drogadictos o alcohólicos, que son más propensos a conductas adictivas.

En este sentido, se considera interesante que la Emoción Expresada, enfoque su atención, aparte de a la relación establecida entre los progenitores y sus hijos, al rol ejercido por cada uno de los integrantes que componen la fratria. Se presupone que, puede ser enriquecedor que se atiendan otras variables que constituyen el sistema familiar, como en este caso son los hermanos, ya que dichos miembros pueden ofrecer información que en estos momentos no se está abordando.

En síntesis, si la EE, a través de sus diferentes componentes, Hostilidad, Criticismo, Sobreimplicación Emocional, Calor y Comentarios Positivos; ampliara, su campo de estudio, hacia todos los integrantes que componen un sistema familiar, obtendría resultados innovadores e interesantes sobre las dinámicas y funcionamientos familiares, lo que permitiría que los expertos en esta área, encontrasen tratamientos más eficaces y eficientes.

## X. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los hallazgos recogidos en esta investigación se resumirán las conclusiones desprendidas de los datos encontrados.

El objetivo general perseguido en esta tesis, era el conseguir relacionar el modelo de la Emoción Expresada con los tres Modelos Sistémicos seleccionados, dentro del contexto clínico de los Trastornos de Conducta Alimentaria.

En este sentido, se ha comprobado que existen ciertas similitudes entre los componentes constituyentes de la Emoción Expresada y determinadas características encontradas por los Modelos Sistémicos abordados, en sus descripciones sobre dinámicas familiares desarrolladas en contextos en los que estuvieran presentes pacientes diagnosticados de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Esto, ha impulsado el interés por establecer diálogos internos entre dichos modelos, con lo que se persigue que cada uno de ellos valore trabajar sobre determinados aspectos que anteriormente no evaluaban.

Por ejemplo, gracias al análisis de esta relación, la EE podría comenzar a apreciar, la importancia que supone dentro de un sistema familiar, el poder ejercido por los hermanos. Se ha evidenciado que, la EE valora primordialmente el vínculo establecido entre uno de los progenitores y uno de los hijos, ya que este modelo sólo se centra en aquellas variables que tienen un valor pronóstico, no prestando atención al resto de integrantes. Por ello, si ampliara su interés al conjunto formado por cada uno de los miembros del entorno familiar, sus efectos dentro del campo familiar sistémico alcanzarían resultados más satisfactorios en los tratamientos utilizados.

Al mismo tiempo, este diálogo entre modelos, puede suponer la consideración en la Emoción Expresada, de la importancia que adquiere el rol de un tercero en las relaciones familiares, aspecto muy valorado en los tres modelos sistémicos abarcados.

Por otro lado, si se fija la atención en aquellos aportes que la EE ha generado sobre los Modelos Sistémicos, se puede comprobar cómo su presencia acompaña a todos aquellos aspectos utilizados en la descripción de las dinámicas familiares que desarrollan dichos modelos. Es por ello, que si los Modelos Sistémicos prestasen mayor atención a los factores que la componen, su trabajo sobre dichas dinámicas, sería más válido y eficiente.

Con esto se quiere señalar, que si tanto la Emoción Expresada, como los Modelos Sistémicos, aunasen y complementasen sus centros de interés, las intervenciones psicológicas dentro del ámbito familiar sistémico, supondrían una mejora en la efectividad de los tratamientos familiares.

Además, se ha podido comprobar, que existe una gran correlación entre el síntoma padecido y el contexto familiar que lo envuelve, ya que en muchas ocasiones se ha percibido como el síndrome se convierte en la única válvula de escape de una insostenible dinámica familiar.

En este sentido, se cree que supondría un gran avance, diseñar técnicas o basarse en las ya creadas por ciertos Modelos Sistémicos, para por una parte, conseguir, que los “familiares poderosos”, aquellos que representan la figura de referencia, como podrían ser los padres, comprendan cómo sus actitudes y comportamientos, dentro del ámbito familiar, están provocando la generación y mantenimiento de determinados trastornos psicológicos. Y por otro, lograr, que los “familiares sumisos”, que en muchos casos podrían ser los hijos, aprendan, a través de explicaciones e instrumentos entregados, que dicha relación es patológica, y que existen posibilidades para abandonarla, ya que está estimulando y manteniendo el malestar emocional en su persona.

Por ello, se confirma en otra ocasión, la fuerza que alcanzan los miembros que componen un sistema familiar tanto en el curso como en el mantenimiento de los trastornos psicológicos, aspecto muy presente desde el inicio de esta tesis, ya que fue uno de los motivos de la elección de estos Modelos, pero que al finalizar la misma ha fomentado la validez de dicha hipótesis.

Como consecuencia de esto, se considera esencial que, al igual que se ha pretendido con este trabajo, se creen y desarrollen más investigaciones que centren su interés en entender y comprender cómo determinados comportamientos familiares, suponen un peligro en el desarrollo de determinadas patologías; para conseguir, como fin último, aumentar su prevención y alcanzar mejores formas de tratamiento, que permitan que los pacientes alcancen un desarrollo óptimo y saludable en su vida afectiva, social y familiar.

Del mismo modo, se cree necesario continuar por el camino que abren las Emociones Expresadas, que viniendo de otras terapias se pueden integrar fácil y armónicamente en la Terapia Sistémica.

Aunque quedará para otras investigaciones y estudios, se considera realmente interesante mencionar, la importancia que puede tener la Educación Emocional Sistémica para entender y alcanzar el equilibrio homeostático de los sistemas familiares.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

Abril Molina, A. (2007). *Conceptualización de la estructura familiar presente en la anorexia femenina en la etapa de la adolescencia*. Memoria para la obtención del Título de Psicóloga. Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador.

Agut, M. M. (2012). *La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo*. Tesis Doctoral. Universidad de Burgos. Burgos, España.

American Psychiatric Association (2002). *DSM IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson.

Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Arévalo Vázquez, R. y Raich Escursell, R. M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Revista Psicología Conductual*, 5 (3), 391-407.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler Publishing Company.

Behar, R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: una alerta para la atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 136, 1589-1598.

Behar, R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (2), 135- 146.

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. (2va. ed. corr. y aum.). Madrid: Mc Graw Hill.

Bentsen, H., Boye, B., Munkvold, O.G., Notland, T.H, Lersbryggen, A.B, Oskarsson, K.H, et al. (1996). Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Br J Psychiatry*, 169 (5), 622-30.

Berbel, E., Sepúlveda, A. R., Graell, M., Andrés, P., Carrobles, J. A., y Morandé, G. (2010). Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (3), 179- 192.

Bermudez, C & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Barcelona: Síntesis.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. (edición en español a cargo de Gálvez Sánchez F.) Paidós Barcelona, España.

Bledin, K.D, Mac Carthy, B., Kuipers, L., Woods, R. T. (1990). Daughters of people with dementia. Expressed emotion, strain and coping. *Br J Psychiatry*, 157, 221-7.

Bowen, M. (1991): *De la familia al individuo, la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.

Cabetas Hernández, I. (1998). *Anorexia Nerviosa: la Melancolía como sustrato psico-patológico de la enfermedad*. Tesis Doctoral. Universidad de Psicología. Madrid, España.

Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia. Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Chávez Flores, A. (2006). Emoción Expresada en familias de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista LiberAddictus*.

Chávez Flores, A. (2007). Valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Acta Médica Grupo Ángeles*, 5(3), 123-128.

Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., y Haemmerli, C. (2010). Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Paden. *Revista Phykhe*, 19 (1), 3-17.

Espina, A. (1981). Anorexia mental. Individuo y familia. *Revista Clínica y Análisis Grupal*, 29, 310-330.

Espina, A. Pumar, B. García, E. Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 30, 5-17.

Espina, A. (1997). Evaluación y proceso terapéutico en un caso de anorexia nerviosa. *Systemica*, 3, 67-98.

Espina, A. y Ortego, A. (1998). Grupo de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de terapia familiar*, 37: 39-49.

Espina, A., y Ortego, A. (2000). Terapia multifamiliar en los trastornos alimentarios. *Systemica*, 8, 61-74.

Espina, A., Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2000a). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de Psiquiatría*, 16(8), 322-336.

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2000b). Imagen Corporal en los trastornos alimentarios: Un ensayo controlado de Terapia Familiar Sistémica y Terapia de Grupo+ Grupo de Apoyo de Padres. *Cuadernos de terapia familiar*, 44-45, 71-82.

Espina, A. Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2001). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. *Anales de Psiquiatría*, 17(2), 34-42.

Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Familia*, 31, 35-48.

Fairburn, C., y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther*, 43, 691-701).

Gaete Pinto, M. V., López, C., y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (5), 566- 578.

García, E., Espina, A., Pumar, B., Ayerbe, A. y Santos, A. (1996). *La emoción expresada familiar como factor pronóstico en toxicomanías*. San Sebastián.

Hubschmid, T., y Zemp, M. (1989). Interactions in high and low EE families. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24 (2), 113-9.

Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 160, 601-20.

Koenigsber, H.W y Handley, R. (1986). Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *Am J Psychiatry*, 143, 1361- 1373.

Linares, J.L. (1996). *Identidad y Narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

López, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.

Loubat, M. (2006). Conductas Alimentarias: un Factor de Riesgo en la Adolescencia. Resultados Preliminares en Base a Grupos Focales con Adolescentes y Profesores. *Revista Terapia Psicológica*, 24 (1), 31-37.

Mac Carthy, B., Hemsley, D.R, Shrank Fernández, C., Kuipers, y L., Katz, R. (1986). Unpredictability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics. *Br J Psychiatry*, 148, 727-31.

Magaña, A.B, Goldtein, M.J, Miklowitz, D.J, et al. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.

Minuchin, S., Rosman, B y Baker, I. (1989). *Familias psicossomáticas: anorexia nerviosa en contexto*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S y Fishman, H.C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

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

Minuchin, S. (2005). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

Moreno González, M. A. y Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Revista Terapia Psicológica*, 27 (2), 181- 190. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004)

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder. 1990. (Ed. original 1990).

Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Paidós

Oller Sánchez, S. (2001). *La emoción expresada familiar en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. Barcelona: Paidós.

Onnis, L. (1996). *La palabra del cuerpo*. Barcelona: Herder.

Pérez Pareja, B., Quilles, Y., Romero, C., Pamies Aubalat L., y Quilles, M. J. (2014). Malestar Psicológico y Emoción Expresada en Cuidadores de Pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Anales de Psicología*, 30 (1), 37- 45. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000100004&script=sci_arttext)

Rodríguez Vega, B. (1996). La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16 (57), 47-55.

Roizblatt S., A. (Ed.). (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Rosen, D. (2010). Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-53.

Ruiz Martínez, A.O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., López Aguilar, X., Álvarez Rayón, G. L., y Tena Suck, A. (2009). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Universitas Psychologica*, 9 (2), 447- 455. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672009000200012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672009000200012&script=sci_arttext)

Sala, J. R. (2008). *Anorexia nerviosa: perfil familiar. La incidencia de la familia en la enfermedad*. Las Tesinas de Belgrano. Universidad de Belgrano. Buenos Aires, Argentina.

Salas, F., Hodgson, M. I., Figueroa, D., y Urrejola, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. *Revista Médica de Chile*, 139, 182-188.

Sánchez Sosa, J. C. (2009). *Un modelo estructural de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados*. Tesis para obtener el grado de doctor en Filosofía con especialidad en Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hipotetización, circularidad, neutralidad: tres guías para el conductor de la sesión. *Family Proces*, 19 pp. 3- 12.

Selvini, M., y Viaro, M. (1988) The anorectic Process in the Family: A Six Stage Model as a Guide for Individual Therapy. *Family Process*, 27, 129-148.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Steiner, H., y Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 352–359.

Turchi, F. y Gago, M. (2010). *Estudio observacional sobre el vínculo parental y la emoción expresada en familias con hijos con patología alimentaria*. Universidad Autónoma de Barcelona. Escuela de Terapia Familiar Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España.

Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1984). *Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.

Watzlawick, P. Bavelas, J. B y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder. 1981.

Wynne, L.C, y Singer, M.T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics. I. A research strategy. *Arch Gen Psychiatry*, 9, 191-8.

