

La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia

«En un período de nuestra vida nos encontramos frente a un muro. Durante la terapia descubrimos una puerta. Junto con ustedes hemos construido una llave». Un padre de una paciente anoréxica (Onnis *et al*, 1994).

1. *Principios generales. Aspectos culturales y de género*

Antes de la década de los 70, el tratamiento de la anorexia nerviosa, considerada como paradigma de la enfermedad psicósomática, incluía la «parentectomía» o separación de los padres. Con el empuje de los tratamientos sistémicos se pasó a incluir a la familia en el camino para lograr el cambio. La novedad del modelo sistémico, en el que se incluyen una gran parte de las modalidades de tratamiento familiar, fue la de poner en relación el síntoma con su contexto con el objetivo de evitar un aislamiento artificial de éste. Ignorar la correlación entre el síntoma del paciente y el contexto familiar puede ayudar a perpetuar la naturaleza crónica de la enfermedad y en el caso de los trastornos de la alimentación, lo mismo que en otros trastornos psicósomáticos, el cuerpo se convierte en el terreno de intersección de niveles (de complejidad) múltiples que lo conectan con un contexto y una historia (1). El síntoma anoréxico surge en el punto de confluencia de una serie de factores. Por un lado estarían los factores específicos de la cultura occidental, donde a la abundancia de la comida se contraponen el uso estético de la delgadez, sobre todo para la mujer. Por otro lado, los cambios sociales sufridos por la familia incluyen el paso de los hijos a ocupar una posición central, siendo su bienestar una cuestión crucial, y la otra transformación

vendría dada por la prolongación del período de dependencia de los hijos con respecto a los padres a lo largo del ciclo vital (2). La terapia familiar desde sus inicios se ha movido en la dirección de considerar para el tratamiento los efectos de las construcciones sociales y culturales. En el caso de los trastornos de alimentación, el predominio de incidencia en mujeres adolescentes se intenta explicar a partir del peso de lo cultural. Algunos autores han sugerido que en las mujeres los trastornos del comportamiento alimentario suelen estar más relacionados con la presión social, mientras que en los varones adquieren mayor importancia los factores familiares (3).

La mujer en una posición histórica y cultural de sometimiento, en una sociedad patriarcal, ha aceptado como propios postulados de una cultura hecha por hombres en la posición dominante. Lo que esta cultura ha establecido para las mujeres es lo que éstas asumen como suyo sin analizar que está hecho con una «voz diferente» a la suya (4). En el caso de familias con adolescentes, las dificultades se centran en diferenciar lo que los padres quieren de lo que los jóvenes quieren por sí mismos. Se ha conceptualizado el tiempo de la adolescencia como uno en el cual el joven está viviendo historias en las cuales él es el protagonista pero otro (padre o profesor) es el narrador (4). Cuando el adolescente es una mujer, las cosas se complican porque a la peculiaridad de este período de la vida se

añade el imperativo con el que se encuentran las chicas de «perder su propia voz» (5) en favor de aceptar el discurso ortodoxo construido para las mujeres en una sociedad patriarcal. Los padres, al mantener su propio proyecto acerca de sus hijas, pueden, de una forma inadvertida, estar cooperando con el discurso patriarcal prevalente. El terapeuta tendrá que considerar como uno de sus focos de acción la deconstrucción del discurso social acerca de la mujer en general, tanto como el discurso parental acerca de la joven en tratamiento en particular (4). Traer la óptica cultural y de género y edad en particular a la sala de terapia supone aceptar un marco contextual y de limitación de conducta a la que también estará sujeta cada una de las familias que entra en tratamiento. Encarnar cómo se juegan estos factores en una familia en particular y la ayuda en la búsqueda de alternativas es parte de la labor terapéutica.

2. *Dinámica familiar*

La mayoría de las descripciones de la dinámica familiar en los trastornos de alimentación se centran sobre todo en la anorexia nerviosa. La bulimia ha sido bastante abandonada por los terapeutas familiares, quizá, como sugieren algunos (6) por la mayor edad media de estas pacientes que hacen que muchas vivan ya fuera del hogar parental o estén casadas, además de que no fue hasta la década de los 80 cuando este particular trastorno captó la atención de los profesionales. Dos grupos de terapeutas familiares son los que más han trabajado en el campo de los trastornos de la alimentación: los terapeutas estructurales (Minuchin y la Escuela de Philadelphia), que buscan cambiar patrones transaccionales dis-

funcionales dentro de la familia, y los terapeutas seguidores del antiguo grupo de Milán, que intentan poner al descubierto el juego familiar disfuncional a través de estrategias específicas. Desde los años 80 una segunda generación de terapeutas familiares ha surgido con una perspectiva más integradora (6)

La dinámica del sistema familiar sigue una serie de reglas, es decir, redundancias en la conducta que hacen posible que se produzca sólo algunas de las conductas posibles. Pero de forma simultánea y entrecruzándose con el juego familiar en curso, está el juego del individuo, autónomo, pero en conexión con el juego familiar o con otros juegos en los que está implicado (2) Cada miembro de la familia seguirá una estrategia individual para conseguir sus objetivos y para participar en el juego en curso a nivel familiar. Para ello se comprometerá en alianzas (la unión de dos o más para conseguir un fin) y en coaliciones (la unión de dos contra un tercero). Las coaliciones no son en sí mismas patológicas, pero empiezan a serlo cuando son coaliciones negadas. Haley los denominó «triángulos perversos» (7). En este tipo de relación se observa una alianza de dos miembros de generaciones distintas contra un tercero de la misma generación que uno de los otros dos. La coalición entre las dos personas es negada, es decir, el comportamiento a un nivel (por ejemplo el analógico o no verbal) indica la existencia de una coalición, pero a otro nivel (por ejemplo el digital o verbal) es negada cuando se pone de relieve. En el triángulo perverso se rompen, de forma encubierta, los límites generacionales.

Para Minuchin, una familia organizada adecuadamente tiene límites claramente marcados. Esto quiere decir que el subsis-

COLABORACIONES

tema parental tendrá límites suficientemente cerrados para proteger la intimidad de los esposos. También será respetado el límite en torno a la familia nuclear y será posible un buen nivel de individuación del sujeto. Minuchin (8, 9) destaca la tendencia de las familias con un miembro anoréxico a apoyar la expresión somática de los conflictos, encuadrándolas dentro del perfil de las familias psicósomáticas. Para él, las características más relevantes de estas familias son: a) hiperimplicación de los miembros entre sí, con una gran interdependencia de las conductas, invasión de los pensamientos y sentimientos de los otros, transgresiones constantes de los límites generacionales; b) actitudes sobreprotectoras que retrasarán el desarrollo y autonomía de los hijos; c) rigidez en el funcionamiento, con la dificultad que ello supone para llevar a cabo los cambios necesarios para el desarrollo; d) ausencia de resolución de conflictos, con una gran dificultad en la negociación explícita de las diferencias. La implicación del hijo sintomático permite evitar el conflicto. Unas veces el hijo está «triangulado», de forma que cualquier cosa que diga o haga se interpretará como una toma de partido a favor de uno u otro padre. Otras veces el hijo se encuentra en una coalición estable padre-hijo en contra del otro padre. En el tercer patrón, llamado «desviación», la diada conyugal se muestra unida, o bien protegiendo o bien acusando al hijo enfermo, que es definido como el único problema de la familia. Estos patrones también se pueden encontrar en familias normales, pero alternando con otros de negociación de conflictos (10).

Para el terapeuta estructural la eliminación del síntoma anoréxico es primordial y necesaria, pero sólo el primer paso, que debe ser seguido por una reestructuración

del sistema familiar. El terapeuta se convierte en un intruso activo que intenta sobre todo crear una coalición estable entre los padres para que se responsabilicen del proceso de la comida, que es visto como una tarea interpersonal. En un principio desafía la creencia familiar de que su hija está enferma y sufre una enfermedad incurable, reestructurándolo como una lucha por el control entre padres e hijos. Su trabajo se centra en el reto a los patrones familiares disfuncionales antes descritos, animando el proceso de individuación e independencia (8). Cuando trabajan con preadolescentes, los terapeutas usan sesiones familiares al principio, para luego convocar sesiones con los padres solos sin que el joven sea visto individualmente. En el trabajo con adolescentes se convocan sesiones separadas con diferentes subsistemas, mientras que con adultos jóvenes se empieza con sesiones familiares para tender hacia entrevistas individuales en orden a promover la autonomía y diferenciación.

La terapia familiar estructural, como abordaje principal, parece ser útil en anoréxicas jóvenes con familias intactas, con padres relativamente saludables emocionalmente, en las que el trastorno de alimentación no es de larga evolución y en el que el paciente no está estancado en un patrón disfuncional familiar crónico (6).

La investigación de resultados de esta estrategia de intervención ha sido muy floja desde el punto de vista metodológico como para poder ser sostenida su eficacia sin reservas. Los mismos miembros del grupo de Filadelfia reconocen que el tratamiento puede ser más complicado cuando los pacientes llevan más de un año de evolución, cuando hay problemas previos en el desarrollo psicosocial, en familias separadas o divorciadas, cuando uno de los padres

ha muerto, o cuando uno de los padres presenta trastornos psicopatológicos severos (6). Lo mismo se podría decir de la investigación de resultados del grupo de Milán. Para el grupo de Milán, las familias con un miembro anoréxico se caracterizarían por un alto grado de disfunción marital, detrás de la cual hay una profunda desilusión mutua. Se cumplen una serie de reglas, que han sido descritas también por otros autores (11, 12, 13), como son: el rechazo o descalificación de cada miembro de los mensajes de los otros, la incapacidad para hablar en el propio nombre asumiendo como propios sentimientos o pensamientos sin atribuirlos a entidades abstractas como el Bien, el Mal, la Enfermedad... Otro aspecto que Selvini destacó anteriormente es el problema de las alianzas (12). Las alianzas declaradas son imposibles. En el nivel intergeneracional la paciente aparece aislada de sus hermanos y hermanas, mientras que, a nivel transgeneracional, las coaliciones tan repetidamente observadas de un padre con la hija son sistemáticamente negadas

La Anorexia sería el resultado de un proceso en la historia de la organización relacional de esas familias (14). Selvini describe a lo largo de una secuencia temporal, el progresivo enredo de la hija/o en la situación de estancamiento relacional de los padres. En principio muy ligada a la madre o en franca alianza con el padre, toma partido por uno de ellos, al que considera «la víctima» o «el perdedor». Progresivamente, tras, con frecuencia, algún incidente que le pone de manifiesto su instrumentalización en el conflicto relacional de los padres, inicia su particular escalada hacia lo que se ha descrito como una auténtica huelga de hambre mediante la cual expresa su rabia y su protesta.

Con mucha frecuencia, si se exploran las relaciones pasadas y actuales de la generación de los padres con respecto a sus propios padres nos encontramos con procesos de individuación estancados. A menudo ambos padres, o sobre todo uno de ellos, están profundamente involucrados con sus propias familias de origen en una relación que no sólo demanda afecto sino aprobación y reconocimiento. Aprobación que se obtiene con la aquiescencia y la declaración implícita de lealtad frente al núcleo familiar creado posteriormente. Algunas declaraciones de padres de pacientes anoréxicas así lo hacen ver: «me echaría tierra encima antes de tener un roce con mi familia», «el día antes de casarme mi madre me estuvo rogando en mi habitación que no la abandonase», un padre a una madre: «pero tú ¿de qué bando estás?». Durante el curso del trabajo con los padres estos extremos se repiten. Si la situación se mantiene, cada individuo de la familia elaborará sus propias estrategias basadas en la convicción de que el síntoma permanecerá (14). Con el paso de los años cada vez es más frecuente encontrarnos con anoréxicas mayores, que se casan, tienen hijos y construyen hogares en los que el trastorno de alimentación toma gran relevancia relacional entre la pareja y en la relación con los hijos.

Se ha descrito la relación de pareja como la de una mujer «enferma» cuya necesidad de cuidado ayuda a mantener la propia necesidad de autoestima del marido (15). Estas relaciones se caracterizarían por un alto grado de evitación del conflicto, más probable en los casos de restricción dietética, mientras en las relaciones de pareja de pacientes bulímicas el estilo interactivo tiende a ser más abiertamente hostil. La difusión de los límites intergeneracionales con la familia de origen amenaza el sistema

COLABORACIONES

marital. La paciente puede mantener un papel oscilante entre el papel de hija dependiente, no autónoma, y una esposa semiautónoma, complementario al papel de la pareja que oscila entre ser padre y ser marido.

El miembro asintomático de la pareja rápidamente asume una posición de «cuidador» superior, pero se enfrenta a una pareja que no responde a sus cuidados mejorando. El cuidador, inicialmente más poderoso, se ve forzado a una posición más débil inesperadamente, mientras la paciente asume la posición de poder. A través de esta dinámica la pareja evita la verdadera intimidad y la sexualidad (15).

3. *La intervención terapéutica*

Siguiendo el modelo del Grupo de Milán, el terapeuta entra desde la primera sesión con información acerca de la familia. En un principio se basa en los datos recogidos en la ficha relacional que se hace previamente con la persona que demanda el tratamiento. Como en otros abordajes, es fundamental la creación desde el principio de un contexto terapéutico basado en la relación de confianza y cooperación. Es frecuente que el paciente o los padres vivan la indicación de terapia familiar como una acusación de culpabilidad. Pasar de este contexto judicial a uno terapéutico colaborativo es una de las primeras y principales tareas.

El terapeuta entra con una hipótesis previa. Dirigir la entrevista a través de cuestionamientos circulares supone explorar en las direcciones que los miembros de la familia van indicando con sus intervenciones e indagar en base a las diferencias o a los puntos de vista de un tercero sobre la rela-

ción de otros dos. Esta forma particular de conducir la entrevista supone en sí misma una estrategia fundamental dirigida al cambio (16). El terapeuta está transmitiendo de esta forma la corresponsabilidad de todos, que no la culpa, en el problema actual.

Es importante poner de relieve el inicio o las variaciones sintomáticas en relación con acontecimientos de la vida familiar, así como las exploraciones generales sobre las relaciones de los miembros entre sí, de la pareja y de cada uno de éstos con respecto a sus familias de origen. Se considera fundamental la explicitación de una dinámica o juego que hasta ahora había sido encubierta.

Se abre así camino a la exclusión de los hijos de la sala de terapia y al comienzo del trabajo del terapeuta exclusivamente con los padres a los que colocará en posición de colaboradores o coterapeutas. Es en esta fase cuando se utiliza lo que Selvini denominó «prescripciones invariables», que supone una serie de prescripciones que se comunican siempre a las familias con un miembro anoréxico o psicótico (17). En primer lugar prescribe el secreto de las reuniones con el terapeuta, que deberá ser respetado por la pareja ante todos y cada uno de los miembros de la familia nuclear o extensa. Posteriormente se les van prescribiendo, a los padres, de una forma muy estructurada, una serie de desapariciones (18). La prescripción actúa como instrumento terapéutico al marcar la superioridad de la pareja parental, facilitar la jerarquización de los subsistemas, producir un contexto de colaboración, mediante la prescripción del secreto. El terapeuta anima un camino alternativo que excluye la competitividad y potencia la complicidad entre la pareja, al mismo tiempo que marca claros límites frente a los hijos o a los miembros de la generación precedente (17).

Pero no siempre el abordaje sistémico incluye la intervención de la familia. Cada vez es más frecuente, como se señalaba más arriba, la presentación en la consulta de pacientes de más edad. Cuando se trata de pacientes adultos que conviven en pareja, el tratamiento, si se encuadra así, persigue tres metas: redistribución del equilibrio de poder entre la pareja, ayudar al paciente a reorganizar su relación con su familia de origen y mejorar el repertorio de comunicación de la pareja. En familias con anoréxicas preadolescentes o adolescentes, es frecuente comenzar con sesiones familiares para luego pasar al trabajo exclusivamente con los padres. En familias donde el paciente es un adulto joven, aunque es recomendable comenzar con sesiones familiares, el terapeuta se mueve con más rapidez hacia sesiones individuales con el objetivo de fomentar la autonomía e independencia. En la anorexia nerviosa crónica, la terapia familiar puede no ser ni útil ni aconsejable.

Cuando el encuadre del tratamiento es individual, terapeuta y paciente se comprometan en un contrato con el objetivo de mejorar la situación del paciente en el juego relacional, consiguiendo su renuncia a las estrategias basadas en los síntomas. Terapeuta y paciente comienzan la relación por la reconstrucción de la configuración del juego familiar y los antecedentes y motivos de la solicitud de terapia. En el caso de la anorexia crónica, la petición de terapia puede producirse cuando existe una situación de equilibrio, parece haber recuperado la posición de pseudo privilegio en la familia, el peso está bajo aunque no pone su salud a riesgo o, en caso contrario, cuando se produce una situación de ruptura del equilibrio existente, por ejemplo, la marcha de un hermano de la casa, o ante la

pérdida de poder patológico en los casos crónicos, en los que la familia progresivamente va afectándose cada vez menos en virtud del síntoma. En otros casos puede ser un tercero con objetivos particulares, el incitador de la terapia (19),

Las sesiones se convocan con una frecuencia semanal y el terapeuta es siempre explícito acerca de sus hipótesis sin recurrir a juegos encubiertos. Tampoco se dirige a la paciente como si fuera una persona enferma. El terapeuta expone su hipótesis al paciente, que se basa en la información relacional que éste aporta en la terapia (unidades de interacción), interpretada según la secuencia de la implicación relacional de la paciente en el juego en curso entre los padres. Continuamente la hipótesis es puesta a prueba a través de los cambios en el comportamiento de la paciente y la observación de los efectos que ello tiene en las reacciones de los demás miembros de la familia. La información intercambiada entre terapeuta y paciente en una sesión debe de tener el efecto de animar al paciente a explorar otros movimientos alternativos. Es importante investigar qué personas están implicadas, en qué fases del juego, así como analizar las estrategias de cada uno de ellos, para ser capaces de sugerir al paciente comportamientos alternativos. La principal dificultad en la exploración de estos puntos es que tanto el paciente como el resto de la familia recurren continuamente a estrategias encubiertas. Es por ello que la primera parte de cada sesión se debe de dedicar a explorar minuciosamente los acontecimientos de la semana, con idea de poder deducir los efectos de la sesión precedente y la puesta en funcionamiento de nuevas estrategias en el juego relacional. Uno de los errores más graves que puede cometer el terapeuta es ver al paciente

COLABORACIONES

como la «víctima» de los padres, con el peligroso resultado de instigarlo contra ellos. Al fin, la terapia concluirá cuando el paciente sea capaz de renegociar su relación con otras personas sin recurrir al síntoma. Viaro advierte también del riesgo de que la relación terapéutica se convierta en una relación privilegiada, siendo entonces posible que los síntomas reaparezcan según se acerca el final de la terapia. Si la relación terapéutica ha estado subordinada, y se ha contemplado como ayuda en las relaciones extraterapéuticas del paciente, el final de la terapia coincidirá con una mayor implicación del paciente con los otros (19).

En la terapia individual el terapeuta no disimula sus emociones o intenciones, facilitando al paciente la experiencia de otro tipo de relaciones. Sin embargo, la relación terapéutica siempre es una relación instrumental, subordinada a las relaciones fuera del contexto terapéutico, y cuyo principal objetivo es mejorar la capacidad relacional del paciente en el manejo del juego relacional en el que está implicado (19).

Algunos autores defienden específicamente el importante papel que puede jugar la terapia familiar en el manejo de la anorexia nerviosa de inicio temprano y corta evolución y que, en muchos casos es una ayuda eficaz para que los padres controlen la conducta dietética de su hija. Para otros autores, no está tan clara la eficacia de la terapia familiar para pacientes anoréxicas de inicio tardío y larga evolución (6, 20). Así lo apoyan estudios controlados como el de Russell (21), que comparó terapia familiar frente a terapia individual tras el alta hospitalaria a un año de seguimiento. La terapia familiar fue más eficaz en pacientes menores de 18 años con un tiem-

po de evolución menor de tres años. Para la bulimia existen menos estudios sobre la eficacia de la terapia familiar.

Pese a que algunos autores han comunicado resultados espectaculares, hay una gran ausencia de ensayos controlados sobre la eficacia de las intervenciones o estudios de seguimiento a largo plazo. En otros, los resultados no demuestran diferencias concluyentes (22). Hall y Crisp (23) compararon una intervención terapéutica breve consistente en consejo dietético, con otra también breve que combinaba la terapia individual con la familiar. En el seguimiento de un año ambos grupos experimentaron una mejoría global significativa con el grupo de consejo dietético que mostraba una significativa ganancia de peso. El grupo psicoterapéutico demostró mejorías en el ajuste social y sexual.

Durante las dos últimas décadas el movimiento de la llamada «segunda generación» de terapeutas familiares es hacia la integración y la toma de posturas menos dogmáticas. Cada vez es más frecuente la combinación de tratamientos individuales con otros familiares, dirigiendo la intervención hacia los distintos niveles de funcionamiento. Esta perspectiva de tratamiento en niveles múltiples está basada en los principios de la ecología humana y de la teoría sistémica. Tiene el riesgo de poder ser mal interpretada y convertirse en una mezcla sin coherencia de distintas estrategias de intervención. Evitar este peligro supone que el equipo terapéutico mantenga un estilo de pensamiento y de abordaje integrador.

Ejemplos de abordajes más flexibles son las técnicas de Mauricio Andolfi, que utiliza una alternancia estratégica de estilos provocadores y de franca confrontación con la familia, al mismo tiempo que apoya

la imposibilidad e incluso el peligro, de un cambio (24). Otra innovación técnica es la llamada por Peggy Papp «coro griego» o triángulo terapéutico formado por la familia, el terapeuta y un grupo supervisor de terapeutas que observan la entrevista a través de un espejo. El grupo consultor, a través de sus comentarios, previene a la familia contra los peligros del cambio, mientras que el terapeuta directo anima a éste (25).

En el Hospital de la Paz se discutieron las posibles ventajas de incluir la intervención de terapia familiar en el programa en funcionamiento desde hace muchos años de tratamiento de Trastornos de Alimentación. Para el terapeuta de familia, surgen dificultades cuando al mismo tiempo que guía la terapia con la familia, el paciente está implicado con varios miembros de un equipo multidisciplinario. La familia, el terapeuta u otros miembros del equipo pueden inadvertidamente o no cruzar informaciones que contradicen o incluso malinterpretan las intervenciones terapéuticas. Esto es un riesgo a vigilar continuamente, pero con más frecuencia es posible una buena comunicación con el resto del equipo.

Ayudar al crecimiento y desarrollo en familias con pautas disfuncionales muy cronificadas y en las que se compromete gravemente la salud y el bienestar de un individuo como ser autónomo requiere un abordaje coherente y multidisciplinar. Muchas veces el tratamiento familiar es un aspecto más del tratamiento global que incluye aspectos psicoterapéuticos individuales y biológicos. Aceptar estos planteamientos supone estar de acuerdo con la «visión de complejidad» (1, 26) que propone la existencia de una multiplicidad compleja de niveles en cada realidad humana, que, al mismo tiempo que conservan su autonomía, tiene interinfluencias circulares

(o más bien recursivas) y puntos de intersección. Mientras los modelos reduccionistas sólo toman en consideración o privilegian uno de esos niveles, ignorando los otros, la perspectiva de la complejidad intenta, al contrario, restablecer las relaciones no en oposición antinómica, sino complementaria entre esos niveles múltiples. Es una perspectiva de tratamiento basada en los principios de la ecología humana y de la teoría sistémica. Los niveles fisiológicos y biológicos se entrecruzan con los niveles cognitivos, didácticos y familiares, todo ello dentro de una red de relaciones sociales, responsabilidades de rol e influencias culturales. Desde esta matriz de interacción el terapeuta selecciona elementos relevantes para cada nivel del sistema hasta componer un contexto sistémico apropiado para la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ONNIS, I. y otros, «Sculpting present and future: intervention model applied to psychosomatic families»; *Fam. Proc.*, 1994, 33, 341-355.
- (2) SELVINI-PALAZZOLI, M., El Proceso Anoréxico en la Familia, en *Los Juegos Psicóticos en la Familia*, Paidós, Barcelona, 1990.
- (3) KAGAN, D.; SQUIRES, R., «Family cohesion, family adaptability and eating behaviors among college students», *Int. J. Eating Dis.*, 1985, 4, pp. 267-279.
- (4) ZIMMERMAN, J. L.; DICKERSON, V. C., «Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice», *Fam. Proc.*, 1994, 33, pp. 233-245.
- (5) GILLIGAN, C., *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, Harvard University Press, 1982.
- (6) VANDEREYKEN, W.; KOG, E.; VANDER-

COLABORACIONES

LINDEN, J., *The family approach to eating disorders*, Nueva York, PMA, 1989.

(7) HALEY, J., «Los síntomas y las relaciones humanas», en *Estrategias en Psicoterapia*, Toray, Barcelona, 1966.

(8) MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.; BAKER, L., *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in context*, Cambridge, Harvard University Press, 1978.

(9) MASSON, O., «Tratamiento de familia en psiquiatría de niños y adolescentes», Conferencia dada en el Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica, 1979.

(10) HERSCOVIVI, C.; BAY, L., «Aspectos generales», en *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía*, Paidós, Barcelona, 1991.

(11) HALEY, J., «La familia del esquizofrénico: sistema modelo», en *Comunicación, Familia y Matrimonio*, D. JACKSON, Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.

(12) SELVINI-PALAZZOLI, M., «La terapia de familia», Conferencia presentada en el 4.º Congreso Internacional del Instituto del Matrimonio y de la Familia, Zurich, 1975.

(13) SELVINI-PALAZZOLI, M., *Self-Starvation: From Individual to family Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa*, Nueva York, Jason Aronson, 1974.

(14) SELVINI, M., «The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy», *Fam. Proc.*, 1988, 27, 2, pp. 129-148.

(15) WOODSIDE, D. B. y otros, *Eating disorders and marriage*, Nueva York, Brunner-Magel, 1993.

(16) SELVINI, M. y otros, «Hypothesizing,

circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session», *Family Process*, 1980, 19, 1.

(17) SELVINI-PALAZZOLI, M. y otros, «Inversión de la prescripción invariable», en *Los Juegos Psicóticos en la Familia*, Paidós, Barcelona, 1990.

(18) PRATA, G., *Un arpón sistémico para juegos familiares*, Buenos Aires, Amorrortu, 1990.

(19) VIARO, M., «Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: Following the model of "family games"», *Family Process*, 1990, 29, pp. 289-296.

(20) DARE, C., «The family therapy of anorexia nervosa», *J. Psychiatr. Res.*, 1985, 19, 2/3, pp. 435-443.

(21) RUSSELL, G. F. y otros, «An evaluation of family therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa», *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1987, 44, pp. 1.047-1.056.

(22) CRISP, A. H. y otros, «A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa», *Br. J. Psychiatr.*, 1991, 159, pp. 325-333.

(23) HALL, A.; CRISP, H., «Brief psychotherapy in the treatment of Anorexia Nervosa. Outcome at one year», *Br. J. Psychiatr.*, 1987, 151, pp. 185-191.

(24) ANDOLFI, M., *Terapia familiar*, Buenos Aires, Paidós, 1984.

(25) PAPP, P., *El proceso de cambio*, Barcelona, Paidós, 1988.

(26) BATESON, G., *Espíritu y naturaleza*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

* Beatriz Rodríguez Vega, Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Alcobendas. Hospital de La Paz. Correspondencia: Dra. Rodríguez Vega, Servicio de Psiquiatría del H. La Paz, c/ Paseo de la Castellana, 261, 28046 Madrid.

** Fecha de recepción: 21-III-1995.