

práctica médica, se extendió a otras áreas y disciplinas del quehacer en las ciencias humanas. Prueba de ello, es todo el trabajo realizado desde el campo de la educación, por parte de psicólogos y pedagogos.

Posteriormente, se adscribieron los contextos sociales.

El salto que se produjo entonces fue algo más que la suma de contextos porque permitió trabajar en RED con una misma familia, desde distintos ámbitos: sanitario, educativo y social.

Pero el campo de intervención no estaba cerrado y prueba de ello es la incorporación a esta red del trabajo que se realiza desde el contexto judicial.

El trabajo pericial es habitualmente realizado por los Equipos Psicosociales de los Juzgados de Familia, que además orientan a los interesados. Pero este artículo refleja un trabajo más ambicioso: de la simple orientación hemos pasado a realizar un movimiento terapéutico.

Por tanto, lo terapéutico y lo judicial pueden casarse en un contexto pericial y dar como resultado un cambio terapéutico que ayude a la familia a resolver la demanda planteada ante el juzgado.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDER EGG, E. (1992): *Introducción al trabajo social*. Editorial Siglo XXI. Madrid.
- COVINI, A.; FIOCCHI, E.; PAS-

QUINO, R.; SELVINI, M. (1987): *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Herder. Barcelona.

TERAPIA MULTIFAMILIAR EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Alberto Espina (*) y Asunción Ortego (**)

(*) *Psiquiatra. Psicoterapeuta. Profesor titular y director del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.*

(**) *Pedagoga. Terapeuta familiar. Docente del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.*

RESUMEN

En este trabajo los autores describen algunas características de las familias con pacientes crónicos, haciendo especial referencia a los trastornos alimentarios. Revisan la terapia multifamiliar y proponen su uso en los trastornos alimentarios, describiendo el encuadre, el proceso terapéutico y las ventajas encontradas en su aplicación con pacientes crónicos.

Palabras clave: Terapia multifamiliar, trastornos alimentarios, carga familiar.

SUMMARY

In this work the authors describe some characteristics about the families with chronic patients, making special reference to the chronic eating disorders. They review the multiple family therapy and propose its use in the eating disorders, describing the setting, the therapeutic process and the advantages found in its application with chronic patients.

Key words: Multiple family therapy, eating disorders, family burden.

Correspondencia: Alberto Espina. Facultad de Psicología. Avenida de Tolosa 70, 20018 San Sebastián. Este estudio ha sido financiado por la Universidad del País Vasco con la Beca UPV 006.231-HA152/95.

EL IMPACTO DEL TRASTORNO ALIMENTARIO EN LA FAMILIA.

El impacto de las enfermedades crónicas en la familia fue estudiado, en primer lugar, en las familias con pacientes esquizofrénicos crónicos. Brown et al. (1972), Hammer (1981), Goldmann (1982), Platt (1985), Fadden et al. (1987) Carpenter (1992), Barrowclough et al. (1996), señalaron la pobreza de la red social y el aislamiento de los familiares de esquizofrénicos. Estos autores resaltaron la carga que representa para la familia el tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica, lo cual conlleva un aumento de la ansiedad, la depresión y dificultades de pareja que llevan a un aumento en la tasa de divorcios, como ya habían señalado Brown et al. (1966). Anderson et al. (1984) describen una asociación positiva entre una pobre red social de los familiares y una enfermedad más prolongada. Entre las características psicosociales de las familias con enfermos crónicos que influyen poderosamente en el curso del trastorno y en la calidad de vida de los familiares destacan: carga, estigma, aislamiento social, emoción expresada y aglutinamiento. Vamos a revisar brevemente estas variables aplicadas a los trastornos alimentarios (TA) para contextualizar la terapia multifamiliar.

Carga familiar

Cuando en una familia hay un paciente crónico, la preocupación, tensión, la frustración e impotencia que ori-

gina, suponen una carga que se va a manifestar en forma de estrés y desesperanza en los miembros de la familia. Los familiares a menudo describen la sensación de estar cargando con algo que les hace sentirse mal y que no pueden evitar de ningún modo, ya que no se pueden alejar de alguien que sufre y a quien quieren. La carga puede ser subjetiva (sensación de derrota, culpa, cólera y sentimiento de inadecuación) y objetiva (agotamiento, dificultades económicas y estrés). En los trastornos alimentarios, las conductas peligrosas para la salud alarman a padres y hermanos y las luchas para que abandonen dichas actitudes, junto con la incompreensión de las mismas, son la norma, creando gran crispación en las relaciones familiares.

Ante el problema que supone el paciente crónico la familia se organiza designando a un cuidador que se ocupa de atenderle a costa de dejar otras tareas y dedica gran parte de su tiempo al paciente. Este rol suele ser ocupado habitualmente por la madre y, aunque ese rol cumple una función adaptativa, tiene muchas desventajas, porque la cuidadora va a tener que dejar en un segundo plano muchos aspectos de su vida: su pareja, el trabajo y las relaciones sociales. Su vida va a girar, poco a poco, alrededor de la paciente, teniendo que soportar una gran carga de estrés unida a un bajo apoyo social, todo lo cual favorece la baja de defensas inmunológicas aumentando la vulnerabilidad física y psíquica.

Cuando la paciente empieza a mejorar, es frecuente que la cuidadora primaria se sienta vacía, ya no tiene de quien

ocuparse. Eso les lleva muchas veces a una depresión por la pérdida del objeto de su vida. Ahora ya no sabe que hacer con su tiempo y la hija puede pensar, a su vez, que su enfermedad es necesaria para que la madre se sientan ocupada y tenga una función que realizar; en estos casos la mejoría es muy difícil, pues para la paciente significa el hundimiento de una persona que lo ha dejado todo para ocuparse de ella. Por ello es frecuente que aparezcan recaídas debido a la culpa que les crea abandonar a esa madre que se queda deprimida y sola. Sin embargo, si la hija ve que su madre va haciendo su vida a medida que ella mejora, le sirve de modelo a seguir y se libera al sentir que no es necesaria como enferma.

Con la relación de los padres sucede lo mismo. Si han tenido como eje de su vida a la hija con problemas alimentarios y ésta empieza a mejorar, no saben qué hacer después de llevar años ocupándose casi exclusivamente de ella y a la hija le va a crear también sentimientos de culpa abandonar a sus padres en esa situación.

Estigma y aislamiento social

La aparición de trastornos mentales en una familia conlleva muchas veces la estigmatización. Es frecuente que vecinos y conocidos piensen que los trastornos de la paciente se deban a fallos en la crianza, lo cual culpabiliza y avergüenza a los padres. El estigma social lleva a los padres al aislamiento, al relacionarse menos con la gente por la incompreensión y vergüenza.

En los casos de anorexia restrictiva los padres salen menos con la hija anoréxica, porque llama la atención su delgadez. Esto mismo ocurre con los hermanos, que intentan que su hermana se distraiga, salga y haga una vida normal para su edad y terminan por no querer salir con ella a la calle por avergonzarse de su apariencia. El estigma y la carga llevan a los familiares a replegarse en casa.

Emoción expresada

Este constructo surge a partir de estudios realizados con familias que tenían a un miembro con esquizofrenia. Se observó que los pacientes que volvían a su casa después del alta, recaían en mayor proporción que los que iban a hogares protegidos. Este dato llevó a los investigadores a estudiar las características de estas familias que pudiesen estar relacionadas con la recaída. Brown et al. (1972), desarrollaron una entrevista semiestructurada, la Camberwell Family Interview (CFI), aplicada a los parientes cercanos del paciente (padres, cónyuges...), que recoge información objetiva (distribución del tiempo en la familia e interacciones cara a cara) y subjetiva (sentimientos presentes y pasados dirigidos al paciente). A partir de la CFI se valoran cinco escalas seleccionadas de las diferentes variables de la conducta emocional de los familiares estudiados y son las que constituyen el constructo 'emoción expresada'.

Las tres primeras tienen un valor pronóstico de la recaída y las puntuaciones que de ellas se obtengan van a deter-

minar que unos familiares sean calificados como altos o bajos en emoción expresada. Aunque los primeros estudios estuvieron dirigidos a familias con un paciente esquizofrénico, actualmente, esta prueba, es utilizada para evaluar la emoción expresada en otro tipo de patologías: depresión, alcoholismo, toxicomanías, trastornos alimentarios...

Escalas de la emoción expresada:

Comentarios críticos (CC): Comentarios en los que un familiar expresa desaprobación, resentimiento o disgusto hacia el paciente. Hay que tener en cuenta el contenido del mensaje, el tono de voz, etc.

Hostilidad (H): Implica un rechazo global de la persona a la que van dirigidos, no el de una conducta, y una impresión negativa generalizada del paciente.

Sobreimplicación emocional (SIE): Hace referencia a tres actitudes hacia el paciente: sobreprotección, control, y respuesta emocional excesiva ante la conducta del paciente.

Calor (C): Valora manifestaciones de afecto, cariño, comprensión e interés hacia el paciente.

Comentarios positivos (CP): Comentarios que expresan aprobación y valoración del paciente.

Las conductas altas en emoción expresada son más frecuentes cuando los familiares están frustrados, estresados y desesperanzados. Generalmente las conductas críticas y hostiles suelen asociarse a la rabia que produce la frustración y el desconocimiento del problema. No es difícil entender y aceptar enfermedades

de carácter orgánico, pero el que una persona no coma, o se de atracones y vomite, resulta incomprensible. Desde esa incomprensión se rechazan las conductas y a la paciente: "actúas así porque quieres", "eres una inútil, no vales para nada, nos estás amargando la vida a todos"... El criticismo y la hostilidad favorecen la recaída en pacientes depresivos (Hooley et al. 1986, Espina y Pumar, 1992, Espina, 1993) y en los trastornos de la alimentación casi siempre encontramos baja autoestima, bajo autoconcepto y depresión, por lo que las conductas críticas de los padres van a socavar la autoestima de la paciente y favorecer la recaída.

Las conductas de sobreimplicación emocional son muy frecuentes en los familiares de las pacientes con TA: control excesivo, relaciones simbióticas y respuestas emocionales excesivas. Las conductas controladoras de los padres suelen ser estimuladas por la hija, al no comer, o darse atracones y vomitar constantemente; la intención de éstos es ayudarle, pero la solución intentada se convierte en otro problema. Las reacciones emocionales excesivas del tipo: "es que no vivo desde que estás así, me estás amargando la vida, me estás destrozando", actúan como culpabilizaciones muy dañinas para una hija con baja autoestima y depresión.

Todas estas conductas que engloban los aspectos negativos del constructo Emoción Expresada, son fomentadas en cierta medida por el tipo de trastorno y van a tener una incidencia muy negativa en la evolución del mismo. Por otro lado, las conductas adecuadas del constructo

"emoción expresada": comentarios positivos y calor, actúan como favorecedores del cambio.

Aglutinamiento e individuación.

En los trastornos alimentarios, el proceso de separación-individuación no se ha desarrollado adecuadamente (Espina, 1998). Es frecuente encontrar en estas pacientes una gran necesidad de autonomización y un temor a conseguirla, lo que les lleva a enviar mensajes muy ambivalentes: dicen que son adultas, independientes, que pueden hacer su vida y quieren que se les respete y se les deje tranquilas, pero a través de la conducta alimentaria, están diciendo que son incapaces incluso de comer solas y que necesitan que alguien se ocupe de ellas. Los padres recurren al control y tanto el problema presentado, como la solución intentada dificultan la autonomización. La paciente dice que sus padres no le dejan autonomizarse y éstos no pueden dejarle sola pues adopta conductas autodestructivas. Todo lo cual favorece el aglutinamiento y dificulta la autonomización.

Duelo

El trastorno alimentario trunca un proyecto de vida. La paciente, que suele ser buena estudiante, se encierra en sí misma, no sale, rehuye a la familia y a los amigos, no se concentra en los estudios y fracasa en aquello que antes era fuente de satisfacción y orgullo para los padres, los cuales ven que todas sus expectativas se

desmoronan, se truncan y desaparecen. Al perder aquello que se deseaba y que se veía relativamente factible, surge la negación, angustia, rabia, impotencia y depresión, es decir se pone en marcha el proceso del duelo. Los padres van a estar preocupados porque su hija no está bien, pero tampoco pueden negar que se sienten frustrados por ella al ver que no cumple las expectativas puestas en ella.

Conflicto de pareja

Los TA aparecen en la adolescencia, al inicio del nido vacío, momento en el que los padres necesitan reencontrarse como pareja. Al aparecer un trastorno alimentario, la paciente les obliga a funcionar más en el nivel parental, tienen que volcar toda la energía en esa hija problemática y se retrasa el proceso evolutivo normal de padres e hijos. Los padres tienen que ocuparse de una hija que no sabe comer adecuadamente. La tensión que se va a crear en el subsistema parental por las preocupaciones que tienen con la hija, va a provocar roces en la pareja, originados normalmente por diferentes opiniones a la hora de abordar el problema; el padre puede pensar que es necesario aplicar normas más rigurosas y la madre piensa que no, que con suavidad se pueden conseguir mejores resultados. Cada uno va a intentar aplicar su método y el conflicto estará servido. La división les hace más inefectivos para abordar el problema de la hija al no presentar un frente común que le marque una línea única, un camino a seguir, secundado y orientado por ambos padres.

Si aparece esta fractura dentro del subsistema parental, con el tiempo la hija pensará que sus padres tienen problemas de pareja y que no se puede emancipar porque sus padres no se llevan bien y es necesaria para mantenerles unidos, aunque sea a costa de sus síntomas. Puede ser que hubiera un conflicto de pareja anterior al trastorno, o que los padres han empezado a llevarse peor debido a la carga que les ocasiona el problema de la hija, pero ésta puede pensar que realmente sus padres se llevan mal y debe unirles a través de los síntomas.

La situación familiar es dramática: estrés, carga, aislamiento, peleas entre los padres, división entre los hijos..., todo esto dispara conductas inadecuadas: alta emoción expresada, peleas, división del subsistema parental, separación entre los hermanos. La familia está en crisis.

Estos problemas que encontramos frecuentemente en las familias con TA influyen poderosamente en la necesidad de realizar intervenciones familiares: terapia familiar, grupos de apoyo de familiares, psicoeducación, etc., vamos a referirnos seguidamente a la terapia multifamiliar, un formato de intervención poco usado en los TA, con el que se han conseguido buenos resultados en familias de esquizofrénicos.

TERAPIA MULTIFAMILIAR

La terapia multifamiliar (TMF) se desarrolló en los años sesenta aplicada a las familias de esquizofrénicos. Detre et al. (1961) reunieron a varias familias de

esquizofrénicos para intentar solventar un problema surgido entre los residentes psiquiátricos y los trabajadores sociales y descubrieron cambios positivos, tanto en los pacientes como en los familiares. Los mismos resultados fueron observados por Laqueur et al. (1964) y ambos grupos de investigadores destacaron las mejorías en sintomatología y sociabilidad del paciente, en la comunicación familiar y en el estado de ánimo de los familiares. Laqueur y Levobic (1968), Laqueur (1972) utilizaron la Teoría General de los Sistemas y los estudios sobre familias de esquizofrénicos (Watzlawick et al., 1967) para destacar que las relaciones familiares, si bien no causaban la enfermedad, influían en su curso. Atribuyó la efectividad de la terapia multifamiliar a la ayuda que se prestaban las familias para modificar su estilo de comunicación y organización disfuncional, lo cual era más difícil de modificar en las terapias unifamiliares en las que el terapeuta podía verse inmovilizado por la rigidez de las pautas transaccionales de estas familias. Según Laqueur (1972) las familias son tan buenas observadoras de las relaciones de los otros, como los propios terapeutas y sus observaciones pueden ser mejor aceptadas por personas que están en la misma situación. El "aprendizaje por analogía", la competición interfamiliar y la "sintonización" serían mecanismos que favorecerían el cambio, el cual se produciría por dos vías: una indirecta, inconsciente, al observar las peleas de las otras familias, y otra directa, al poder comentar lo observado y ser mejor recibido que si proviene del terapeuta.

En las terapias multifamiliares se

dan una serie de procesos que facilitan el cambio: resocialización, eliminación del estigma, desenmarañamiento, mejoría de la comunicación. Todas las familias comparten la preocupación por las pacientes, pero su visión del problema está matizada por la clase social, edad, valores, experiencia vital, personalidad, etc., en las sesiones cada uno observa cómo interactúan los otros padres e hijas, y se producen interacciones cruzadas interfamiliares en las que padres e hijas de diferentes familias hablan entre sí. Estos procesos diluyen la intensidad de los conflictos familiares y ofrecen una variedad de alternativas que enriquecen el repertorio de conductas y flexibilizan los patrones rígidamente establecidos. Es frecuente que los padres con más experiencia en el trastorno aconsejen a los novatos y les expliquen qué suele suceder en esa fase, cómo se sintieron ellos, qué han aprendido de su experiencia. Oír por boca de otros padres lo que les puede estar sucediendo es más aceptable que si viene del terapeuta, que puede saber mucho pero no ha pasado por la experiencia. Las hijas escuchan y pueden responder a sus padres desde otro lugar, comprendiendo mejor qué angustias, culpas, desconocimiento e impotencia lleva a sus padres a actuar de una forma que muchas veces les hace sentirse incomprendidas. Estas interacciones van construyendo una auténtica red social en la que se puede hablar y escuchar. El aislamiento social se reduce y se ofrece un repertorio de conductas más amplio.

El estigma es más fácilmente revocado en este contexto, pues sienten que no están solos, que no son "malos

padres" ni "malas hijas", sino que tienen problemas que comparten con otras familias. Al formar parte del grupo familias con diferente historia de la enfermedad, vamos a observar cómo padres que se sentían incapaces, fracasados, ahora pueden brindar ayuda a otras familias, ofrecerles su experiencia y juntos aprender a afrontar los problemas. Poco a poco pasarán a sentirse capaces de hablar, de compartir sus sentimientos, de enseñar, de aprender..., y todo ello favorece que el estigma vaya transformándose en un sentimiento de sano orgullo, de ser capaces de recorrer ese camino de cambio junto a sus hijas y las otras familias. Los sentimientos de culpa, de frustración, de rabia y de pérdida de las expectativas puestas en sus hijas, van dejando paso a la tolerancia, la comprensión y la asunción de metas más asequibles. Estos cambios también se dan en los grupos de apoyo de familiares, pero en la TMF existe una diferencia importante: podemos trabajar en el aquí y ahora los conflictos, no escuchamos qué cuentan los padres de sus hijas, sino que vemos como danzan ante nuestros ojos y los de las otras familias. Además, contamos con unos coterapeutas que conocen bien el problema: los otros padres e hijas.

La carga subjetiva disminuye al poder desahogarse en el grupo y encontrar contención emocional y la objetiva se ve atenuada al aprender nuevas estrategias de afrontamiento y recibir ayuda para movilizar recursos sociales. Las relaciones se hacen menos enmarañadas de una forma más rápida que en las terapias unifamiliares, pues el proceso de separación de las hijas va acompañado de la

lo observado en otra, el terapeuta se zafa del lugar de experto en el que muchas veces le quieren poner los familiares y desvía las preguntas al grupo o a otro miembro. Estas intervenciones son muy útiles para facilitar la comunicación y resolver conflictos.

4. Tratamiento interfamiliar: Cuando la cohesión grupal ya está establecida, el terapeuta refuerza, regula, amplía y desconfirma interacciones, ya sea felicitando a un miembro por sus comentarios sobre otras familias, o mostrando un abierto desacuerdo si ve un peligro potencial en lo que se dicen. Estas técnicas son usadas para resolver problemas.

A estas intervenciones hemos añadido técnicas de terapia familiar sistémica, especialmente estructurales (Minuchin, 1974, Minuchin y Fishman, 1981) y estratégicas (Fisch et al. 1982; Haley, 1976, 1980; Madanes, 1981; Nardone y Watzlawick 1990).

Proceso. Se desarrolla a lo largo de 6 fases:

1. *Fase de contacto con las familias:* se entrevista a cada familia para recoger información sobre: la historia del problema, clínica actual, conocimiento sobre los TA, demanda y características familiares: estructura, interacciones, emoción expresada, estigma, carga, cohesión, disponibilidad para compartir en grupo sus problemas, afrontamiento, etc... Posteriormente los terapeutas les explican los objetivos, encuadre y proceso de la TMF, e imparten psicoeducación sobre

los TA. En esta fase se realizan 2-3 sesiones y en ella se desarrolla una alianza terapeutas-familia que servirá de soporte para favorecer la inclusión en el grupo y para los momentos de crisis. Los terapeutas utilizan las técnicas de unión, acomodación y coparticipación de la terapia familiar estructural (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981) y favorecen la descarga emocional, conteniendo empáticamente, informando y desculpabilizando.

2. *Inicio del grupo:* se reúnen familias y terapeutas y se inicia con una fase social en la que los terapeutas se presentan y explican el encuadre, para dar paso a que las familias se presenten. Posteriormente se les invita a hablar de cómo se sienten en el grupo, expectativas, temores y metas, favoreciendo una interacción fluida que sirva para eliminar la tensión.

3. *Desarrollando la cohesión grupal.* Durante las primeras sesiones las familias descargan sus frustraciones con los servicios asistenciales y cuentan historias de fracasos, acusaciones, culpas, desesperación, impotencia..., cada familia desea ser atendida por los terapeutas y las demás no existen. Desean que se les de la solución a sus problemas de una forma lo más inmediata posible. Los terapeutas, con una actitud empática, aclaran dudas sobre los TA, establecen normas sociales de comunicación, dirigen las interacciones, bloquean a las personas que pretenden monopolizar el grupo y dan paso a los demás, señalan los aspectos comunes en las familias, desculpabilizan, etc. Es conveniente frenar el criticismo y la hostilidad y evitar el centrarse en conflictos

intrafamiliares. En esta fase se utilizan los constructos universales ("a todas las familias les sucede que..."), el consejo especializado, la autotriangulación y las interpretaciones grupales. El riesgo de abandono es muy alto y los terapeutas deben de estar muy atentos, recogiendo a cada miembro y favoreciendo un clima continente y de aceptación en el grupo. Al finalizar la sesión puede ser útil inducir una relajación grupal. En 2-3 meses la cohesión grupal ya suele estar establecida y el riesgo de abandono se reduce drásticamente.

4. *Aparición de subgrupos.* En esta fase, que se extiende hasta los 6-8 meses, aparecen subgrupos y líderes entre los familiares veteranos. Las intervenciones de enlace transfamiliar, por ej. pedir a los demás que opinen sobre lo mostrado por una familia, serán prioritarias en este momento, para pasar progresivamente a las intervenciones interfamiliares, por ej. favorecer discusiones sobre las reacciones de los familiares hacia las conductas de las pacientes y luego dar paso a qué opinan las pacientes; de esta forma favorecemos la creación de subgrupos cohesionados que interactúan, apoyándose mutuamente y confrontando opiniones y actitudes; los límites interfamiliares se diluyen. Los terapeutas pueden estimular y bloquear interacciones, dirigidas a la flexibilización de los límites familiares, la creación de subgrupos interfamiliares y a la posterior disolución de los subgrupos.

5. *El grupo se estructura.* Esta fase y la anterior forman el grueso de la terapia, el grupo se va regulando solo y en esa

"matriz grupal" (Foulkes y Anthony, 1964) las familias se diluyen, el grupo como tal toma la iniciativa y recurre menos a los terapeutas. Han disminuido la carga, la ansiedad, la culpa y el estigma, las pacientes están mejor, los comentarios son fluidos, se acepta el cuestionamiento de las propias actitudes y el humor hace acto de presencia. Los terapeutas pasan a un segundo plano, realizan intervenciones puntuales en momentos de atasco y se centran en la solución de problemas, cambios estructurales en las familias y emoción expresada, especialmente la sobreprotección, para ir favoreciendo la autonomización de las hijas. Los terapeutas seguirán con intervenciones transparentales y se centrarán en habilidades de comunicación, solución de problemas e intervenciones sistémicas estratégicas (Fisch et al. 1982; Haley, 1976, 1980; Madanes, 1981; Nardone y Watzlawick 1990), como son que los padres presenten un frente común y pautas de manejo específicas de los problemas que va presentando mediante directivas simples y paradójicas.

6. *Autonomización y creación de red social.* A los 12-18 meses de funcionamiento grupal, las hijas presentan una clara mejoría y comienzan a hablar de los deseos de encontrar trabajo, retomar estudios, salir con amigas, vivir fuera de casa. Los padres hablan a su vez de cómo reorganizar una vida no centrada en la hija, retomando amistades, aficiones y la relación de pareja. Los conflictos de pareja se hacen presentes y pueden originar retrocesos y recaídas en las pacientes. Esta dinámica se abordará preguntando a los otros familiares qué piensan sobre lo

que está sucediendo en ese momento, los terapeutas desculpabilizarán y normalizarán la situación mostrándola como un proceso normal de desvinculación después de años de unión en torno a un gran problema. Se utilizarán técnicas estructurales y estratégicas y si es necesario se recomendará la constitución de grupos de autoayuda y el contacto con asociaciones de familiares. También puede ser necesario abordar problemas de pareja en el grupo o recomendar una terapia de pareja.

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos con TMF aplicada a familias de esquizofrénicos son alentadores (Levin, 1966; Berman, 1966; Schaeffer, 1969; Laqueur, 1972; Lurie y Ron, 1972; Strelnick, 1977; Lansky et al. 1978; MacFarlane, 1982, 1983, MacFarlane et al, 1995; O' Shea, 1985), con familias con TA existen menos estudios, pero su utilización se va haciendo más extensiva como un formato válido de intervención familiar (Koman, 1985; Wooley y Lewis, 1987; Eliot, 1990). La TMF permite acceder a varias familias simultáneamente, con el consiguiente ahorro de terapeutas, y permite trabajar la emancipación, desbloqueando las alianzas transgeneracionales en las que muchas veces están atrapadas las familias de pacientes con TA. En nuestra experiencia, la TMF está más indicada en pacientes crónicas, mayores de 18 años y con una historia de fracasos terapéuticos, pues en estos casos se suele dar un estancamiento importante en el proceso de autonomización y las relacio-

nes familiares se han ido enmarañando de tal forma que las terapias unifamiliares requieren un gran esfuerzo por parte de los terapeutas. Este formato de intervención se puede combinar con intervenciones puntuales con miembros del grupo o, incluso, con terapias individuales o grupales con las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Anderson, C., Hogarty, G., Bayer, T., Needleman, R. (1984). Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 144: 247-255.
- Barrowclough, C., Tarrier, N. & Johnston, M., (1996). Distres, Expressed Emotion and attributions on relatives of schizophrenia patients", *Schizophrenia Bulletin*, 22 (4) 691-701.
- Berman, K. (1966). Multiple family therapy: Its possibilities in preventing readmission, *Mental Hygiene*, 50, 367-370.
- Brown, G.W. & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships. A methodological study, *Human Relations*, 19: 241-263.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T. & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Carpenter, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P. & Renaud, M. (1992). Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, nº1, 38-43.
- Detre, T. Sayer, J., Norton, A., & Lewis,

H. (1961). An experimental approach to the treatment of acutely ill psychiatric patient in the general hospital. *Connecticut Medicine*, 25, 613-619.

- Eliot, A.O. (1990) Group coleadership. A new role for parents of adolescents with anorexia and bulimia nervosa, *Int. J. Group Psychother*, 40 (3), 339-351.
- Espina, A. & Pumar, B. (1992). Emoción expresada y terapia de pareja. Un caso de depresión. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 19, 5-15.
- Espina, A. (1993). Factores familiares y depresión. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 22, 5-16.
- Espina, A. y Ortego, A. (1998). Grupo de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios, *Cuadernos de terapia familiar*, 37, 39-49.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient family, *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona. Herder.
- Foulkes, S.H. & Anthony, E. J. (1964). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires. Paidós.
- Goldmann, H.H. (1982). Mental illness and family burden: a public health perspective, *Hosp. and Community Psychiatry*, 33, 7, 557-660.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley, J., *Leaving home*, New York: McGraw-Hill, 1980.
- Hammer, M. (1981). Social support, social networks, and schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 1, 45-47.
- Hooley, J.M. (1986). Expressed emo-

tion and depression: interactions between patients and High-EE versus Low-EE spouses", *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 3, 237-246.

- Koman S.L. (1985). Conduct in short-term in patient multiple family groups. En M. D. Mirkin & Koman, S.L. (Eds.) *Handbook of adolescents and family therapy*. NY, Garden Press.
- Lansky, M.D., Bley, C., McVey, G. & Botram, B. (1978). Multiple family group as aftercare. *International Journal of group Psychotherapy*, 29, 211-224.
- Laqueur, H., Laburt, H.A. & Morong, E. (1964). Multiple family therapy. En J. Masserman (Eds.) *Current psychiatry therapies*. NY. Grune & Straton.
- Laqueur, H. & Lebovic, D. (1968). Correlations between multiple family therapy, acute crises in a therapeutic community, and drug levels. *Diseases of nervous Systems*, 29, 188-192.
- Laqueur, H. (1972). Mechanismes of change in multiple family therapy. En C. Sager & H. Kaplan (Eds.) *Progress in group and family therapy*. NY. Brunner/Mazel.
- Leff, J. & Vaughn, C.E. (1985) *Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness*. New York. The Guilford Press.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, C., y Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy. A relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 154, 58-66.
- Levin, E. (1966). Therapeutic multiple family groups. *International Journal of group Psychotherapy*, 19, 203-208.
- Lurie, A., & Ron, H. (1972). Socialization programs as part of aftercare planning, *General Psychiatric*

Association Journal, 17, 157-162.

-Madanes. (1981). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires. Amorrortu.

-McFarlane, W.R. (1982). Multiple family therapy in the psychiatric hospital. In H. Harbin (Ed.) *The psychiatric hospital and the family*. Jamaica, N.Y. Spectrum.

-McFarlane, W.R. (1983). Multiple family groups in schizophrenia. In McFarlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia*. New York: Guilford Press.

-McFarlane, W.R. (1990). Multiple groups in the treatment of schizophrenia. In H.A. Nasralla (Ed.) *Handbook of schizophrenia*. Amsterdam. Elsevier.

-McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., and Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, 127-144.

-Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires. Gedisa.

-Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires. Paidós.

-Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona. Herder.

-O'Shea, M. D., & Phelps, R. (1985). Multiple family therapy: Current status and critical appraisal. *Family Process*, 24, 555-582.

-Paul, N. L. & Bloom, J.D. (1970). Multiple family therapy: Secrets and scapegoating in family crisis. *International Journal of group psychotherapy*, 20, 37-47.

-Platt, S., "Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales", *Psychological Medicine*, 15, 382-394,

1985.

-Schaeffer, D.S. (1969). Effects of frequent hospitalizations on behavior of psychotic patients in multiple family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 104-105.

-Strelnick, A.H. (1977). Multiple family group therapy: A review of the literature. *Family Process*, 16, 307-325.

- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967) *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

-Wooley, S.C., & Lewis, K.G. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia. En J.C. Hansen, J.E. Hataway & M.D. Rockville (Eds.) *Aspen: The family Therapy collection*.

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y DINÁMICA FAMILIAR: A propósito de la obesidad.

Anna Sibel (*), Isabel Quiles (**), y Jordi Barris (***)

* Psicóloga, Master en Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil

** Psicóloga. Adjunta Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital Vall d'Hebrón

*** Psicólogo, Master en Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil

RESUMEN

Las complicadas relaciones entre los síntomas de origen somático y los de origen psíquico se confunden frecuentemente bajo la denominación de "afecciones psicosomáticas", un verdadero cajón de sastre donde confluyen las diversas manifestaciones patológicas que han mostrado ser resistentes a los tratamientos tradicionales (es decir, a la aplicación de un abordaje médico o psicológico como única vía terapéutica).

La patología psicosomática ha sido objeto a lo largo de la historia de numerosos enfoques en los que intervienen y a veces se oponen las distintas disciplinas científicas. Entre ellas confluyen corrientes que van desde las doctrinas orgánico-mecanicistas hasta los enfoques que reconocen la participación ambas bases psicógenas y somatógenas.

En el siguiente artículo nos limitaremos a extraer de la abundante literatura las principales corrientes sobre las tendencias psicosomáticas vigentes durante las últimas décadas y examinaremos el desarrollo que han experimentado las corrientes teóricas sobre los trastornos psicosomáticos (aportaciones psicoanalíticas, psicodinámicas y sistémicas), haciendo especial hincapié en la obesidad.

Palabras clave: Patología Psicosomática. Obesidad.

ABSTRACT

The complicated relations between the symptoms of somatic origin and those of psychic origin are confused frequently under the denomination of "somatic affections", true drawer of tailor of the resistant pathological manifestations to the traditional processings.

The psychosomatic pathology is object of numerous approaches in which they take part and sometimes the different disciplines are against, where currents come together from the organic-mechanist doctrines until which they recognize both psychological and somatic origin.

In the following article we will examine the development which they have experienced the theoretical contributions on the psychosomatic upheavals (psychoanalytics, psychodynamics and systemics theories), doing special emphasis in the obesity.

Key words: Psychosomatic pathology. Obesity.