

Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

<http://journals.iztacala.unam.mx/>

ARTÍCULO ORIGINAL

Observation and analysis “in vivo” of family meals of patients with eating disorders

Observación y análisis “en vivo” de comidas familiares de pacientes con trastorno alimentario

Jimena Mayorga^a, Santiago Pino Robledo^a, Juanita Gempeler Rueda^a y Maritza Rodríguez Guarín^{a,b}

^a Equilibrio: Programa integral para trastornos de alimentación, afectivos y de ansiedad, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 28 de noviembre de 2016

Revisado: 10 de enero de 2017

Aceptado: 7 de Julio de 2017

Autora para correspondencia: jimenamayorga@programaequilibrio.org (J. Mayorga)

Financiación: Ninguna

Agradecimientos: Ninguno

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Abstract

Inclusion of the family members in eating disorders (ED) treatment is a key recommendation of clinical practice guidelines for adolescents. The aim of this study was to observe and analyze roles, interaction patterns, and emotional response styles of family and patients, as well as the features of a menu brought to a family meal session (FMS). A total of 13 patient's families from the intensive outpatient program for ED participated, patients aged among 12-29 years. Two therapists filled out a family meal observation matrix and took field notes. To improve validity, data triangulation strategies were used, including different sources of information (individual and group sessions contents) and triangulation of techniques (observation *in vivo* of FMS and a subsequent session with participants was carried out). The analysis of thematic contents revealed that regardless the type of ED and age of the patient the presence of avoidant behaviors in relatives and to a lesser extent, and especially in parents, aggressive, challenging or threatening patterns. However, the discrepancy between the behavior observed in the FMS and the one reported by the patients and their therapists was evident. In general, was observed that behavioral patterns may contribute to the maintenance of the disease.

Keywords: Family meal; Family based treatment; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Family interaction

Resumen

Involucrar a la familia en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) es una recomendación clave de las guías de práctica clínica para adolescentes. El objetivo de este estudio fue analizar los patrones de interacción y roles familiares, sus estilos de respuesta emocional y las características del menú traído a una se-

sión de comida terapéutica familiar (CTF). Participaron las familias de 13 pacientes con TCA, de entre 12 y 29 años de edad, asistentes a un programa ambulatorio intensivo. Dos terapeutas llenaron de manera independiente una matriz de observación de la sesión de CTF e hicieron anotaciones de campo; además fueron utilizadas estrategias de triangulación de datos, considerando diferentes fuentes (contenidos de las sesiones individuales y grupales) y técnicas (observación *en vivo* y entrevista familiar). El análisis realizado reveló, independientemente del tipo de TCA o de la edad de las pacientes, la predominancia de comportamientos evitativos en las familias; en menor medida, y principalmente en los padres, los patrones agresivos, retadores o de amenaza también estuvieron presentes. No obstante, resultó evidente la discordancia entre el comportamiento observado en la CTF vs. el reportado por las pacientes y sus terapeutas. En general, estuvieron ampliamente presentes patrones comportamentales que pueden contribuir al mantenimiento de la enfermedad.

Palabras clave: Comida terapéutica familiar; Terapia basada en la familia; Interacción familiar; Anorexia nerviosa; Bulimia nerviosa

INTRODUCCIÓN

“El cuidado de los pacientes no debe centrarse únicamente en los aspectos técnicos y médicos, es necesario pensar en las relaciones y los recursos que aporta la familia” (Lock, Le Grange, Agras y Dare, 2001, p. 12).

Existe un amplio volumen de literatura en la que se relacionan las alteraciones de la dinámica familiar con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los primeros trabajos de Selvini-Palazzoli (1978), Bruch (1978) y Minuchin (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman, y Todd 1975; Minuchin, Rosman y Baker, 1978) profundizaron en el papel de los roles familiares transgeneracionales, en la diferenciación e interacción entre los subsistemas, en el concepto de familia psicossomática y en la identidad como posesión por parte de los padres. Todo esto con el objetivo de intervenir en la dinámica familiar y, a partir de ello, trastocar los síntomas. No obstante, frente a los pobres resultados obtenidos, posteriormente se desarrolló la terapia basada en familia (TBF), para tratar ambulatoriamente a aquellos pacientes adolescentes con anorexia nerviosa (AN). El énfasis fue modificado, partiendo del supuesto de que los padres pueden ser capacitados para que ayuden a sus hijos a cubrir sus necesidades nutricionales, restaurando tanto el peso como la salud.

Aunque la TBF reconoce a las dinámicas familiares como factores que pueden incidir en la aparición y el mantenimiento de los síntomas, no propone una intervención directa en la disfunción familiar, ni busca “culpar a los padres”. Por el contrario, la TBF se opone a la pa-

tologización de las familias, y considera a los padres un recurso esencial en el proceso de recuperación. Es decir, busca que la familia no solo se involucre en el proceso de renutrición, sino que se convierta en parte activa del mismo, hasta que sea posible devolver el control de su alimentación al adolescente y, con ello, reducir las tasas y los tiempos de hospitalización (Eisler et al., 2000; Hughes et al., 2014; Lock et al., 2001; Lock, Couturier, Bryson y Agras, 2006; Lock y Le Grange, 2005, 2013).

Los resultados de la TBF en AN han sido alentadores. Se ha reportado que 68-97% de los adolescentes con este diagnóstico presentan remisión (Hughes et al., 2014; Lock et al., 2006). Además, Doyle, Le Grange, Loeb, Doyle y Crosby (2010) afirman que, bajo este esquema de tratamiento, el proceso de renutrición en la cuarta semana predice la remisión de los síntomas de AN. Dados los resultados favorables, la implementación de la TBF se hizo extensivo al tratamiento de pacientes con bulimia nerviosa (BN), de modo que Le Grange, Lock y Dymek (2003) reportaron su utilización en una adolescente, con resultados exitosos en el control de los síntomas clave de este trastorno. Estudios posteriores han fundamentado que con TBF se registran, tanto a los seis meses como al año, mayores tasas de abstinencia de atracones y comportamientos de purga vs. la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia no específica de soporte (Le Grange, 2010; Le Grange, Lock, Agras, Bryson y Jo, 2015).

La comida terapéutica familiar (CTF) es uno de los componentes de la TBF, y pretende guiar a la familia en cuanto a cómo lograr que el paciente coma; no obs-

tante, esta técnica ha arrojado resultados variables. Por un lado, si los padres tienen éxito en lograr “un bocado más”, obtienen una importante sensación de logro; pero, por otro lado, la intervención también puede ser inútil cuando en la familia pondera la evitación de conflicto (Godfrey et al., 2015; Jewell, Blessitt, Stewart, Simic y Eisler, 2016).

En general, se ha reconocido la importancia de involucrar a las familias en el tratamiento, buscando que sus miembros sean verdaderos actores del proceso, e incluso, puedan desempeñar el papel de co-terapeutas (Lock et al., 2001). Sin embargo, la participación familiar en el proceso terapéutico y de renutrición en casa enfrenta múltiples obstáculos y dificultades, especialmente ligados a los patrones relacionales disfuncionales que pueden existir y visibilizarse a la hora de las comidas. Estas formas de interacción disfuncional, que están usualmente por fuera del campo de observación directa de los terapeutas, pueden movilizar en la familia actitudes de alianza alrededor de la enfermedad, negación, o excesiva permisividad frente al síntoma por parte de los padres y familiares, o por el contrario, expresiones de hostilidad, amenaza, rechazo y desesperanza (Lock et al., 2001).

Más recientemente, Treasure, Smith y Crane (2016) han complementado el modelo original con una aproximación psicoeducativa a padres y cuidadores de pacientes con AN o BN, tanto adolescentes como adultos, al que han llamado el *nuevo método Maudsley*. Su objetivo es reducir la ansiedad y el sufrimiento a las familias, brindándoles herramientas cognoscitivo-comportamentales, motivacionales y entrenamiento en solución de problemas para enfrentar situaciones difíciles en casa. Este modelo describe los diferentes prototipos de comportamientos del cuidador y su estilo de respuesta emocional, mediante el uso didáctico de metáforas con animales. Estos estilos pueden obstruir y dificultar el proceso o, por el contrario, facilitararlo. De acuerdo con Treasure et al., los prototipos de comportamiento en los cuidadores son los siguientes:

Prototipo canguro: Presente en cuidadores de pacientes con importante afectación de su estado físico, intentando hacerse cargo de todos los aspectos de la

vida del paciente, tratándola con “guantes de seda”, intentado evitarle cualquier malestar, por lo que el cuidador se acomoda a todas las demandas de los pacientes, incluso las más irracionales.

Prototipo rinoceronte: Centrado en los detalles que se consideran importantes para tener el “control de la situación”, por lo que cuidador intentan persuadir y convencer al paciente de su “error”, mediante el uso de estrategias “racionales” basadas en la lógica. No obstante, el excesivo control ejercido limita la construcción de autonomía en los pacientes, fortaleciendo los rituales que favorecen a la enfermedad.

Prototipo delfín: Se trata de un patrón de respuesta que dirige al paciente hacia la seguridad, le acompaña, le “abre camino”, le guía.

En tanto que los prototipos de respuesta emocional son los siguientes:

Prototipo avestruz: Se presenta en cuidadores que tienen dificultades para enfrentar la angustia generada por tener un familiar con TCA, por lo que evitan totalmente hablar o pensar en la enfermedad, intentan estar fuera del hogar la mayor parte del tiempo y ocuparse en actividades diferentes a compartir en familia.

Prototipo medusa: Se caracteriza por una intensa respuesta emocional en el cuidador, muchas veces sesgada por la interpretación equivocada de la enfermedad y sus causas, con altos niveles de auto-culpabilización e impotencia, pero –a su vez– con muy altas expectativas en relación con su rol de padres y su responsabilidad en la “felicidad” de su hijo, con la consecuente afectación en su propia salud mental.

Prototipo san bernardo: Patrón de respuesta tranquilo, cálido, sereno, incluso frente a situaciones peligrosas; de modo que son cuidadores organizados que proporcionan acompañamiento.

Estos prototipos de comportamiento y respuesta emocional de los familiares pueden hacerse particularmente evidentes durante las horas de comida en casa. Cuando son disfuncionales, pueden inducir mayor tensión y resistencia en el paciente y el resto de los miembros de la familia. El escenario de la comida familiar se puede volver una “lucha de fuerzas” que desgasta y no aporta soluciones, al promover el mantenimiento de

los síntomas de la persona enferma. Por tanto, su observación directa desde la primera fase del tratamiento puede ser útil y muy reveladora para los terapeutas.

Aunque en su modelo original la CTF parte de dar instrucciones precisas a los padres de adolescentes con AN o BN acerca de qué servir y cómo proceder en la mesa, en el presente estudio se optó por explorar y analizar el desarrollo de sesiones de CTF en pacientes de diversas edades y de manera más espontánea, sin entregar a los padres un guion detallado de las características del menú que debía ser traído a las sesiones. Esto bajo el supuesto de que dicha modificación al protocolo original aportaría, a manera de evaluación diagnóstica, información clave acerca del funcionamiento familiar a la hora de las comidas, misma que guiaría la intervención posterior. Así, el objetivo de esta investigación fue observar *en vivo* sesiones de CTF de un grupo de familias de pacientes con AN o BN, para describir sus patrones de interacción, roles y estilos de respuesta emocional, así como las características del menú traído espontáneamente. Con esta información se busca poder identificar con mayor facilidad y más tempranamente los focos de intervención terapéutica, esto desde las dos primeras semanas de tratamiento ambulatorio intensivo.

MÉTODO

Participantes

Como criterios de inclusión se consideraron los mismos que rigen el ingreso de los participantes en el programa ambulatorio intensivo (PAI) para TCA del que se desprende el presente estudio, siendo los siguientes: pacientes adolescentes o adultos; sexo indistinto; cumplimiento de los criterios diagnósticos para AN, BN, trastorno por atracones de alimentación o cuadros incompletos, según la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association, 2013); sin riesgo vital o indicaciones para tratamiento hospitalario. Se excluyó a aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica que representara riesgo para la vida, índice de masa corporal < 13, riesgo de suicidio o comorbilidad con psicosis o dependencia de sustancias con consumo activo.

Para este estudio fueron convocadas 16 familias, de las cuales solo tres no respondieron favorablemente a la convocatoria; una familia argumentó motivos religiosos (era judía), mientras que las otras dos no externaron un motivo claramente definido. Por tanto, este estudio incluyó 13 familias de pacientes con AN o BN, ingresadas durante las dos semanas anteriores, entre Junio y Septiembre de 2016, en el PAI. Fueron invitados a participar los padres, los hermanos y otros miembros de la familia que convivían con el paciente, o bien, otros miembros de la familia que aunque no convivieran cotidianamente con él, ejercían un rol importante en el entorno familiar y/o compartían ocasionalmente momentos de comida con el paciente. En total asistieron 58 personas, con un promedio por familia de cuatro participantes.

Dado que en el período de duración del estudio no asistieron hombres, todos los pacientes fueron mujeres. Estas participantes asistían al programa de lunes a viernes, entre las 12:30 pm y las 6:00 pm. El tratamiento ofrecido es multimodal y multidisciplinario, con la participación de psiquiatras, psicólogos clínicos, nutriólogos y nutricionistas. Semanalmente cada paciente recibe una hora de psicoterapia individual cognoscitivo-comportamental y una hora de terapia individual de orientación psicodinámica, impartidas éstas por dos terapeutas diferentes, además de sesiones de terapia grupal bajo diversos enfoques (e.g., conductual-dialéctica, cognoscitivo-comportamental, artística, expresiva, conciencia plena, imagen corporal). Asimismo, los asistentes reciben almuerzos y refrigerios terapéuticos, trabajo sobre metas y registros de alimentación, y educación nutricional. Aunque el PAI no supone una intervención clásica de TBF, sí integra el módulo de entrenamiento a padres y cuidadores del *nuevo método Maudsley* (Treasure et al., 2016), e incluye la CTF. Los familiares asisten a siete sesiones psicoeducativas multifamiliares, cada una semanalmente y con duración de dos horas. Adicionalmente, los padres se reúnen cada mes con los terapeutas a cargo para evaluar el proceso terapéutico y fijar metas.

Consideraciones éticas

Todos los participantes, tanto pacientes como familiares, dieron su consentimiento por escrito de acuerdo

con las normas del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Resolución N° 8430/1993) para investigaciones con seres humanos y, en este caso, clasificada sin riesgo. Además, el protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la institución. A los participantes se les explicaron los objetivos y procedimientos del estudio, garantizándoseles la protección de su identidad en caso de ser divulgados los resultados obtenidos, a través de su presentación en eventos académicos o su publicación en revistas científicas.

Procedimiento

Los terapeutas se encargaron de invitar a las familias a la CTF, la cual se llevó a cabo en las instalaciones del Programa Equilibrio, específicamente en el área de comedor. Para este estudio, las adaptaciones realizadas al modelo original de CTF fueron las siguientes: los integrantes de la familia debían decidir el menú, elaborarlo y traerlo a la sesión, de modo que los alimentos no podían ser solicitados a un restaurante, sino que debían corresponder a la alimentación cotidiana de la familia. Intencionalmente, no se dieron indicaciones de contenidos, forma de preparación o tamaño de las porciones.

Para el presente estudio se utilizó una metodología cualitativa, con base a métodos etnográficos rápidos. Por tanto, se observó y analizó el contenido de la CTF, una sesión con cada familia, sin grabación de audio o video. Para propiciar la interacción más natural posible entre los participantes, los terapeutas no interactuaron con los participantes durante la comida, ni hicieron intervenciones o señalamientos. Para la recolección de los datos se diseñó una matriz de observación que fue diligenciada por dos terapeutas de manera independiente y, adicionalmente, se tomaron notas de campo. Las unidades de análisis fueron las pacientes y sus familiares. Desde su diseño, en la matriz de observación se incluyeron las categorías de análisis siguientes: Roles observados, Estilo de respuesta emocional de los familiares, Estilo de respuesta emocional de la paciente, Características del menú traído a la sesión, y Prototipos de comportamiento y de respuesta emocional de los cuidadores, esto de acuerdo con las metáforas

de animales propuestas en el *nuevo método Maudsley* (Treasure et al., 2016). Se codificaron manualmente las observaciones y respuestas. Para mejorar la validez se utilizaron estrategias de triangulación de datos, considerando diferentes fuentes de información: contenidos de las sesiones individuales y grupales realizadas por el equipo terapéutico; así como triangulación de técnicas: observación *en vivo* de las sesiones de CTF y entrevista posterior a la familia.

La duración de cada sesión de CTF fue de aproximadamente una hora con 45 min. Luego de finalizar la sesión de comida, los dos terapeutas se reunían para comentar lo observado por cada uno de ellos, y posteriormente entrevistaron a los pacientes y sus familiares, brindándoles retroalimentación. Las dos preguntas formuladas fueron: “¿Cómo se sintieron durante esta sesión?” y “¿Quién escogió el menú traído?”. Durante la entrevista los terapeutas buscaron explorar, valorar, connotar positivamente y potenciar patrones interaccionales sanos; o, por el contrario, limitar y redireccionar los comportamientos disfuncionales (mantenedores de la enfermedad). Además, los terapeutas indagaron acerca de si los alimentos traídos, así como la forma en que fueron preparados y servidos era la usual en la familia, quién los compró y quién los preparó, además de registrar si las familias habían traído un solo menú para todos sus miembros, o si para la paciente se había escogido un menú o preparación diferente.

Finalmente, los terapeutas hicieron entrega por escrito de recomendaciones generales y específicas a la familia, a manera de prescripción.

RESULTADOS

Como ya se señaló, los 58 participantes incluían a 13 pacientes (nueve con AN y cuatro con BN) y sus respectivas familias. El rango de edad de las pacientes iba de los 12 a los 29 años ($M = 18.0$, $DE = 3.0$). La cronicidad de los síntomas del TCA fue desde seis meses hasta 16 años ($M = 38.3$ meses, $DE = 33.6$). Con respecto a las familias, seis estaban compuestas por padres separados, y en todos los casos la paciente vivía con su madre; además asistieron la mayoría de los hermanos de las

pacientes, de los que más de la mitad eran mayores a la paciente. De las familias con padres separados, asistió un padre y un padrastro que ejercía el rol de padre. Las características generales de las pacientes se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus familias.

Característica	Casos	%
Tipo de trastorno		
Anorexia nerviosa	9	69.2
Subtipo restrictivo	7	
Subtipo atracones/purgas	2	
Bulimia nerviosa	4	30.8
Edad		
12-17 años	7	53.8
18 o más	6	46.2
Nivel de estudios		
Secundaria incompleta	5	38.4
Secundaria completa	4	30.8
Universitarios	4	30.8
Estado civil		
Solteras	11	84.6
Casadas o con pareja	2	15.4
Estructura de las familias		
Con padres separados	6	46.2
Monoparentales	4	30.8
Con hermanos	13	100
Asistentes a la CTF		
Ambos padres	8	61.5
Un solo padre	5	38.5
Hermanos(as)	10	76.9
Otros familiares	6	46.2

Nota. CTF = Comida terapéutica familiar

Patrones de interacción/roles

Con respecto a los *patrones de interacción familiar*, que hacen referencia a las características comportamentales observadas durante las CFT, de acuerdo con el rol asignado en la familia (e.g., paternal, fraterno, conyugal), en la mayoría de los casos se identificó un clima emocional afable, no confrontacional frente a los terapeutas, con una comunicación cordial entre sus miembros. No obstante, en una de las familias se identificó un clima emocional tenso, con conversaciones poco fluidas y actitudes suspicaces. En siete familias los roles parentales no fueron ejercidos por los padres, sino por otros cuidadores (e.g., abuelos, tías, hermanos). Por ejemplo, debido a sus estudios universitarios, algunos pacientes vivían con sus abuelos o tíos; o bien, en otros

casos se observó que eran los hermanos mayores quienes asumieron el rol parental durante la CFT.

En cuanto a los *roles fraternos*, se pudo identificar que la mayoría de los hermanos ejercían su rol de forma adecuada, presentando patrones caracterizados por el acompañamiento y apoyo a las pacientes. Sin embargo, en una familia se hizo presente un rol fraterno inadecuado que usurpaba el rol parental, con actitudes de crítica y castigo frente a los comportamientos alimentarios disfuncionales de la paciente. Además, en dos familias en las que había niños pequeños se observó un rol de denuncia frente a la discordancia entre lo que ocurría en casa y lo que estaba sucediendo en la CTF. Por ejemplo, durante la comida hacían comentarios como: "...mi hermana siempre se demora", "...ella nunca toma jugo", o "...en la casa siempre molesta con la comida".

Respecto a la *interacción conyugal*, en cinco de las siete familias en que asistieron ambos cónyuges se evidenciaron patrones de interacción respetuosos, y distante en las dos restantes. En general, aunque existiera una conflictiva conyugal, ésta no fue expuesta por ninguna de las familias.

En general, de acuerdo con el tipo de TCA, no se visibilizaron diferencias en los roles ni en los patrones de interacción familiar, a excepción de un caso en que la madre de una paciente con BN se limitó a comer una galleta con café durante la comida. En función de la edad de las pacientes, no se identificaron diferencias en la dinámica de las familias.

Prototipos de comportamiento y respuesta emocional en padres y otros cuidadores

Respuestas evitativas. Éstas fueron notorias en ocho de las 13 familias. Frente al comportamiento de sus hijas, tanto en los padres como en las madres se identificaron características del prototipo *avestruz*, lo que corresponde a un rol evasivo con muy poca respuesta emocional. En la mesa ignoraban comportamientos típicos de la enfermedad, como: la extrema lentitud de la ingesta, el cortar los alimentos en trozos demasiado pequeños, el separar o secar los alimentos, o la franca negativa a comer. Esto se evidenciaba cuando los padres observaban

constantemente el plato de las pacientes y expresaban gestos de preocupación, pero no realizaban comentario alguno; y, ante esto, las pacientes no registraban cambios en su ingesta de alimento. Otro prototipo de comportamiento evitativo se observó en la respuesta sobreprotectora tipo *canguro*. Por ejemplo, los cuidadores de dos familias intentaron enfáticamente justificar los comportamientos de la paciente a través de su "normalización" (e.g., "Es que nosotros nunca tomamos jugo en casa... tomamos agua", "Nunca comemos postre, y por eso no lo trajimos"), o bien, trayendo a la sesión menús "seguros" que no pudieran precipitar un conflicto durante la comida.

Respuesta comportamental agresiva y de amenaza. Este prototipo de respuesta tipo *rinoceronte* fue observado únicamente en las figuras paternas de dos familias, y se evidenció en actitudes como tomar el control a la fuerza o intentar, a través de argumentos lógicos, de coerción o de un estilo hiper-crítico, el cambio en el comportamiento de la paciente. Por ejemplo: "Usted no debería tomarse el jugo... así como no se lo toma en la casa" (en un intento de mostrar a los terapeutas que la paciente estaba fingiendo) o "No seas psicorrígida... no pasa nada, tienes que estar dispuesta a los cambios" (expresado bajo un contexto hostil o descalificador). Ante esto, en general, la respuesta emocional de la paciente fue de no expresión verbal del malestar, pero si a través de patentes gestos de disgusto, o con persistencia de los comportamientos ritualizados (e.g., comer lentamente, evitar que los alimentos se mezclen).

Respuesta emocional muy intensa. Este prototipo de respuesta, denominado *medusa*, se presentó únicamente en la madre de una paciente. Esta respuesta emocional de ansiedad, impaciencia y frustración era explícita frente a la paciente, pero no verbalizada. Se percibía en el tono de la voz y la expresión facial de las madres. Por ejemplo: Cuando se estaba sirviendo el almuerzo, una de estas madres expresó, con ansiedad y miedo, "Hija, por favor... tienes que comer otras cosas".

Respuesta emocional de tipo provocadora. Este tipo de respuesta se caracterizó por la presencia de un malestar emocional que es manejado a partir de la presentación de los síntomas, y que busca regular la emoción

de la paciente. Esto se presentó en una de las familias, cuyo padre colocaron, frente a su hija con BN, la cesta de pan y un plato de salchichas (alimentos que esta paciente suele ingerir durante sus atracones). En respuesta, la paciente dirigió una mirada rabiosa hacia sus padres, mientras la madre expresó en tono irónico: "Ella siempre se sienta con rabia en los desayunos... no le gusta vernos tranquilos... por eso es preferible que haga un atracón... para que vuelva a la normalidad".

Respuesta comportamental segura tipo delfín. Este tipo de respuesta se presentó en seis familias, principalmente en las madres y otros cuidadores mujeres. Durante la CTF los familiares enfrentaron las situaciones características del TCA guiando y acompañando la situación, o realizando un modelamiento cariñoso. Por ejemplo: "Come linda... come mi amor, ya todos terminamos... Te ganamos en acabar el almuerzo... mira, ya acabamos... Me voy a sentar acá para ayudarte".

Respuesta emocional cálida tipo san Bernardo. Este tipo de respuesta únicamente se presentó en tres de las 13 familias, y sólo en las madres u otros cuidadores mujeres. Su respuesta emocional fue cálida y segura al enfrentar las situaciones difíciles, señalando los comportamientos disfuncionales de manera firme pero empática. Por ejemplo: "Corta más grandes los pedazos de la carne", "Cómete las papas...", "Tienes que comer... en eso quedamos...", "¿Vas a comer más?... come más grandecito...", "¿Por qué no te comiste todo?..."; "...no partes tan chiquito".

Respuesta emocional de las pacientes

Frente a los comentarios sobre su forma de comer, la respuesta emocional más frecuentemente en las pacientes fue la hostilidad. Con evidentes expresiones de rabia, ésta se hizo presente en nueve pacientes, quienes expresaron, por ejemplo: "Qué pérdida de tiempo...", "Ya tomé agua" o "Ya sé". Dicha hostilidad también se expresó a través de respuestas impacientes que las pacientes acompañaron con gestos de desaprobación; por ejemplo: "No me acoses" o "Ya voy". También se identificaron algunas respuestas opositoras, como: "No me voy a comer eso", "No quiero comer queso" o "No me voy a tomar el jugo". Pero, como contraparte, cuatro

pacientes también presentaron respuestas cálidas, con contenidos verbales como: “*Si mami, ya comí*” o “*Te quedó rico*”, mostrándose calmadas y tranquilas mientras comían.

De acuerdo con el tipo de TCA, se encontró que las respuestas emocionales de cuatro de las siete pacientes con AN fueron opositoras. Por el contrario, en las pacientes con BN no se identificó resistencia y en general se mostraron cooperativas, de modo que la CTF transcurrió más fluida y amablemente. Aunque la excepción a ello fue una paciente con BN, cuyos padres “intentaron provocarle” un atracón durante la CTF, frente a lo cual la paciente mostró su malestar pre-verbalmente (emitiendo una mirada de disgusto y guardando enfático silencio).

Respuesta emocional de otros cuidadores

En cuanto a ocho de las 10 familias en que asistieron los hermanos, estos presentaron respuestas emocionales cálidas y calmadas. Por ejemplo, cuando veían a las pacientes comer más lento que los demás, les expresaban: “*¿Otro café?...*”, “*Te damos un premio si comes*” o “*¿Y el postre?...*”. Por otra parte, en dos de las familias los hermanos fueron críticos y reactivos ante los comportamientos de los pacientes, de modo que hacían gestos de desaprobación y comentarios “cargados” de intencionalidad; por ejemplo: “*Como toca esconder la comida en la casa...*” o “*Siempre es la misma historia con ella*”.

Características del menú llevado a la sesión

Al analizar las características de los alimentos llevados por las familias a la CTF (e.g., tipo de alimentos, variedad de los mismos, forma de preparación, porciones, formas de presentación), se pudo observar que casi la mitad acudió con alimentos acordes a la pauta nutricional proporcionada (ver Tabla 2). En tanto que aquellas otras familias que no, llevaron alimentos “seguros”, como son aquellos preparados “al vapor” o sin salsas, además de omitir los postres y las bebidas de sabor. También se pudo evidenciar que nueve familias diferenciaron claramente entre el menú proporcionado a las pacientes y el de ellos, con carbohidratos distintos o porciones mayores. Por el contrario, aunque cuatro de

las familias incluyeron alimentos considerados “poco seguros” para las pacientes (e.g., alimentos que contienen grasas, salsas, harinas o azúcares refinados), en su mayoría las porciones fueron adecuadas (i.e., con una proporción de proteínas y carbohidratos acorde a las necesidades nutricionales). No obstante, cabe mencionar que si bien las familias de las pacientes con AN tienen indicaciones de fortificar los alimentos para aumentar su valor calórico, ninguna familia acudió a la sesión con un menú fortificado (e.g., lácteos, mantequilla extra, alimentos fritos). Por último, es de notar que de acuerdo con el tipo de TCA (AN vs. BN) no fue posible identificar diferencias en los menús traídos a la CTF.

DISCUSIÓN

De manera general, en las familias participantes predominaron los patrones evitativos de respuesta emocional, lo cual se hizo evidente de varias maneras. En primer lugar, el comportamiento de las familias durante la comida denotó una marcada contención en la respuesta emocional, posiblemente para evitar el conflicto frente a los terapeutas. Además, a esto pudo haber contribuido la condición de estar siendo observados y el que no se le suministró a la familia un guion acerca de cómo proceder durante la sesión de CTF, de modo que la situación observada contrasta con lo reportado por las pacientes, durante sus sesiones individuales y grupales, que ocurre en casa. En estas sesiones las pacientes narran múltiples conflictos que viven a diario durante la hora de la comida en casa, con base a frases descalificadoras y gritos de parte de los padres, o bien, con súplicas y expresiones ansiosas por parte de las madres. Tal como lo han planteado algunos autores (Lock et al., 2001; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 2000), esto no favorece el rompimiento de los síntomas alimentarios y, por el contrario, se comporta como un mantenedor de la enfermedad.

De esta forma, en cuanto a los patrones de respuesta emocional en los cuidadores, se observó un predominio de respuestas tipo *avestruz*, de modo que los participantes no se involucraban en discusiones, ignoraban o minimizaban el problema, evitaban hablar

Tabla 2. Características de los alimentos llevados por las familias a la sesión de CTF.

	Ajustados a pauta nutricional		Diferente menú para pacientes y familia		Incluyó alimentos poco seguros		Porciones adecuadas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Si	6	46.0	9	69.2	4	30.8	9	69.2
No	7	54.0	4	30.8	9	69.2	4	30.8

y no confrontaban al paciente; por supuesto, no lograban que las pacientes comieran, y menos aún aquellas con AN. Según Treasure et al. (2016), este tipo de respuesta emocional puede llegar hasta el extremo de no consultar o buscar ayuda; de hecho, tres de las familias convocadas no asistieron a la CTF. Usualmente estas familias albergan sentimientos de vergüenza, culpa, desesperanza o impotencia con relación a su capacidad para brindar ayuda al paciente o, por el contrario, lo responsabilizan de su situación, aislándolo y dejándolo solo. Se muestran fríos y distantes, con lo cual aumenta la sensación de soledad y desconexión de la persona enferma, con lo que se cierra un círculo vicioso que perpetúa los síntomas.

Otra conducta evitativa del conflicto presente en la sesión CTF fue el traer a la mesa alimentos no “retadores” para las pacientes, considerados por ellas como “seguros”. De esto se deduce un comportamiento tipo *canguro*. Aunque en pocas ocasiones los menús presentados por las familias estuvieron ajustados a la pauta nutricional de las pacientes, presentaban porciones adecuadas y no implicaron la exposición a la paciente de “alimentos temidos”. También, algunos cuidadores desplegaron comportamientos dirigidos a “evitarles el sufrimiento” a las pacientes, justificando todo el tiempo lo que hacían, incluso ante comportamientos no funcionales. De modo tal que se “acomodaban” a todas las demandas de las pacientes, sin señalarles aquellos rituales que presentaban en la mesa. Además, en un caso resultó notable el que la madre trajo para sí misma un menú claramente restrictivo.

Con respecto a otras respuestas emocionales, se identificó que el prototipo *rinoceronte* fue manifestado especialmente por varones. Sin embargo, sus intentos de incidir en el comportamiento de la paciente (con base a expresiones agresivas, hostiles, descalificantes o

denunciantes), tampoco lograron que ésta respondiera (dada su propia rigidez), entrando dichos padres en estados de frustración y rabia. Al respecto, Treasure et al. (2016) advierten que el conflicto permanente genera un problema mayor, ya que la persona se siente rechazada, juzgada o incomprendida

La respuesta emocional tipo *medusa*, en la que el familiar mostraba desbordadamente su ansiedad y miedo, asociados a una visión catastrófica de la enfermedad, fue más visible en las sesiones de retroalimentación que los terapeutas realizaron después de la comida. En los padres de las pacientes este tipo de respuesta suele estar ligada a la creencia de haber fallado “como padres”, a sentimientos de culpa y a la creencia de ser totalmente responsables de la felicidad y la tranquilidad de sus hijos, dejándose arrastrar por sus emociones. Como consecuencia, se encuentra que el sufrimiento y la culpa de la paciente incrementa, dado el dolor que ésta causa a sus padres (Treasure et al., 2016).

Además de los prototipos incluidos en el *nuevo método Maudsley* (Treasure et al., 2016), durante la CTF fue posible identificar, en el caso de una paciente con BN, otro tipo de respuesta emocional en sus cuidadores. Se trata de un patrón caracterizado por la “provocación”, en el que el comportamiento de estos se dirigió a incitar los comportamientos alimentarios disfuncionales en la paciente; por ejemplo, al colocar intencionalmente los alimentos en la mesa que la paciente usaba para realizar sus atracones. Esta respuesta emocional evidenció un elemento perpetuador de los síntomas, en tanto que la familia “los provoca” para obtener a cambio el restablecimiento de la tranquilidad familiar. En este caso en particular la paciente respondía a la provocación familiar con la presentación del síntoma bulímico, configurándose un *círculo vicioso*. La paciente percibía en este comportamiento de su familia una especie de

“mandato” de enfermedad, del cual “le costaba salir”, lo que hizo necesario enfatizar su proceso de individuación en la psicoterapia.

Godfrey et al. (2015) han señalado que pese a que muchos de los cuidadores presentan comportamientos evitativos durante las CTF y el malestar relacional es poco deseable por los miembros de la familia, se convierte en un motivador de cambio conductual contra del mantenimiento de la enfermedad, esto tanto en los cuidadores como en las pacientes. Durante la CFT, la observación *en vivo* de los comportamientos de los miembros de las familias ha mostrado que la situación de malestar derivado de los señalamientos de los comportamientos disfuncionales es importante para el empoderamiento directo de los padres sobre sus hijas. Al respecto, Godfrey et al. y White et al. (2015) han indicado la importancia de identificar los comportamientos de evitación en las situaciones de confrontación parental durante la hora de la comida, dado que repercuten en la cantidad y el tipo de comida que ingieren los pacientes.

Al respecto, autores como Fitzpatrick, Darcy, Le Grange y Lock (2015) han señalado la difícil tarea que representa para los familiares de los pacientes la renutrición, en términos de la negociación que supone; sin embargo, es impensable la recuperación de una paciente con TCA sin la exposición a todo tipo de alimentos en las porciones adecuadas. Si el objetivo principal de la CTF es incrementar la confianza de los padres en su rol de renutrición en casa, pero estos no dejan ver sus dinámicas relacionales durante la sesión, o no traen los alimentos indicados, el terapeuta no podrá realizar su tarea y cumplir con el propósito central. Como lo enfatizan Wallis, Godfrey y Robertson (2016), la paciente necesita ver que sus padres pueden ser persistentes, que pueden mantenerse firmes y aliados con el equipo terapéutico en la lucha contra la enfermedad.

De acuerdo con lo anterior, y en concordancia con lo planteado por Treasure et al. (2016), se puede deducir que el tipo de las respuestas emocionales de los cuidadores se refleja directamente en el comportamiento de ingesta de los pacientes. De esta forma, los cuidadores que presentan respuestas emocionales tipo evi-

tativo, como los prototipos *avestruz* o *canguro*, hostiles (tipo *rinoceronte*) o provocadoras e intensas (tipo *medusa*), no promueven mejoría en el comportamiento de ingesta de los pacientes con TCA. Por el contrario, los cuidadores que presentan respuestas emocionales cálidas (tipo *san bernardo*) y seguras (tipo *delfin*), generan un cambio positivo en el patrón de ingesta de los pacientes. En este sentido, los resultados del presente estudio confirman la importancia del entrenamiento en la expresión de las emociones y de habilidades para el desarrollo de la confrontación asertiva y útil, que permita romper la evitación como conducta mantenedora de la enfermedad (Couturier et al., 2013; Hughes et al., 2014; Jewell et al., 2016; Lock et al., 2001; Lock et al., 2006; Lock et al., 2016; Lock y Le Grange, 2013).

No obstante, la utilidad de la CTF ha sido un tema cargado de controversias. Eisler, Simic, Russell y Dare (2007), al comparar los desenlaces de pacientes tras cinco años de haber recibido TBF con CTF vs. pacientes cuya intervención familiar de tipo sistémico no la incluyó, no encontraron diferencias. Sin embargo, es bien sabido que en AN la ganancia temprana de peso es un predictor de respuesta favorable a largo plazo, y a la TBF en general; en tanto que la CTF, en particular, puede contribuir a cumplir este objetivo de manera más ágil (Madden, Miskovic-Wheatley, Kohn, Hay y Touyz, 2015). O como plantea Cook-Darzens (2016), aunque la evidencia actual de la utilidad de las CTF sigue estando teñida por las preferencias o resistencias de los terapeutas, esta técnica propicia una mayor adherencia a los protocolos de TBF y aporta información útil para enfocar la intervención familiar.

En cuanto al papel que juegan los hermanos de las pacientes con TCA, en general su participación en la CTF fue positiva, excepto en un caso, porque frente a la parálisis parental, los hermanos asumieron dicho rol. Selvini-Palazzoli et al. (2000) refieren que los hermanos de las pacientes se convierten en testigos de la vida sana del individuo y de la familia, por lo que su implicación en la intervención terapéutica se justifica, pero siempre y cuando se abstengan de ejercer un rol que no les corresponde. En este caso, las indicaciones dadas por los terapeutas en la sesión de retroalimen-

tación señalaron a las familias la necesidad de establecer los roles adecuados a cada subsistema dentro de la dinámica familiar. En concordancia con lo planteado por Wallis et al. (2016), el terapeuta debe convocar a los hermanos a la sesión de CTF para proveer soporte emocional al paciente, y no para que sustituyan a los padres en la tarea de normalización del peso y los hábitos de alimentación de sus hijos.

A diferencia de estudios previos en los que la CTF se ha implementado, como parte del protocolo de la TBF, exclusivamente en familias de pacientes adolescentes (Godfrey et al., 2015; Fitzpatrick et al., 2015; White et al., 2015; Wallis et al., 2016), el presente estudio incluyó a pacientes sin restricción de edad. Esto en el entendido de que los factores de interacción familiar pueden ejercer un rol mantenedor de los síntomas a cualquier edad, y especialmente al considerar que la enfermedad impone comportamientos regresivos que retardan la construcción de la autonomía y la independencia en estos pacientes. Además, dado que en las familias hispanas –como corresponde a las de este estudio– los tiempos de convivencia de los hijos con sus padres y hermanos suelen ser más prolongados, este tipo de intervenciones pueden incidir favorablemente, y en menor tiempo, al desenlace de la enfermedad.

Con lo que respecta al tipo específico de TCA, los hallazgos de este estudio no mostraron grandes diferencias entre las familias de pacientes con AN vs. BN. De hecho, Chen et al. (2016) han venido trabajando en la adaptación del protocolo de TBF para pacientes adultos jóvenes, reportando buenos resultados en cuanto a la recuperación del peso y su mantenimiento tras un año.

Es importante mencionar que al realizar la triangulación de la información se encontraron diferencias importantes. En particular, en casa los padres y demás familiares no parecen incurrir en patrones tan evitativos del conflicto o de los señalamientos a la hora de la comida, como observamos en las sesiones de CTF. En su terapia individual, las pacientes reportaron que en su casa los comportamientos de sus cuidadores se caracterizaban por ser menos evitativos (tipo *avestruz*), y con mayor presentación de respuestas de tipo agresivo (*rinoceronte*). Lo anterior puede explicarse como el

resultado de un sesgo generado por la observación de la sesión por parte de los dos terapeutas, lo que pudo contener la expresión de las conductas cotidianas y naturales de los miembros de la familia en torno a los momentos de alimentación con las pacientes. Así, en general, las respuestas emocionales no se hicieron visibles, ya sea por la presencia de sentimientos de culpa en los padres con respecto a la enfermedad de sus hijas, o por el temor a hacer algo “inapropiado” que pudiera propiciar la emisión de un comentario descalificador por parte de los terapeutas.

En la elección del menú “seguro” traído a la CTF, como hemos señalado antes, parece persistir la evitación del conflicto. No obstante, en casa es frecuente que los padres preparen dos tipos de menús, una vez que preparan uno “light”, haciendo caso omiso de la pauta nutricional proporcionada. Tomando por alto que, si no trabajan en fortificar los alimentos de las pacientes con bajo peso, el proceso de renutrición se hace más lento. Una explicación para este comportamiento podría referir a los temores, las creencias y las actitudes disfuncionales de los propios padres frente a la comida, así como a sus propios temores respecto al peso y la forma corporal. Porque, tanto en las sesiones individuales como grupales, las pacientes mencionaron frecuentemente las conductas de dieta de sus padres, los tabúes familiares frente a la apariencia física, y el riesgo de engordar y ser rechazadas por este motivo. Esto visibilizó un doble mensaje de parte de los padres a las pacientes, lo que genera confusión en éstas. Situación que, no obstante, pudo ser trabajada de manera particular en cada caso y con cada familia.

Los hallazgos de este estudio confirman la importancia y la necesidad de incluir a la familia, desde el inicio de tratamiento, en los procesos de renutrición de las pacientes con TCA. En primera instancia, a partir de la observación *en vivo* de los patrones de interacción familiar y la forma de relacionarse con la comida, a manera de “evaluación diagnóstica”, como se hizo en este trabajo. Situación que visibiliza a los terapeutas información relevante a ser intervenida. Posteriormente se deben realizar sesiones de entrenamiento típicas de la TBF, proporcionando un guion a seguir y el modela-

miento directo de los terapeutas, como lo propone el modelo original (Godfrey et al., 2015; Lock y Le Grange, 2013). En estas sesiones posteriores el entrenamiento se puede enfocar en replantear los comportamientos disfuncionales de alianza con los síntomas, clarificar y afianzar los roles parentales, y lograr en casa mayor adherencia a la pauta nutricional propuesta, para así romper los comportamientos restrictivos, el uso de “alimentos seguros”, los rituales alimentarios de las pacientes con AN, o bien, la impulsividad a la hora de comer de las pacientes con BN o con atracones. Y, cuando sea el caso, proponer la inclusión de una terapia familiar formal.

Con relación a las limitaciones del presente estudio, se pueden señalar las siguientes: el número de familias participantes fue modesto. Se requiere realizar una observación más amplia con respecto a la ingesta de alimentos en los pacientes y su relación con los comportamientos evitativos de la familia frente a situaciones de confrontación durante la comida; así como introducir una segunda sesión de seguimiento, para registrar los avances y la implementación de las recomendaciones dadas a cada familia.

En conclusión, esta experiencia de CTF –en vivo y sin guion– en pacientes con AN o BN que están iniciando tratamiento arrojó información importante acerca de la contención en la expresión de emociones, las limitaciones en el cómo actuar en la mesa, los patrones evitativos del conflicto y la confrontación, y el uso de alimentos seguros. Todo esto en tanto un reflejo de lo que puede estar ocurriendo en casa, y que los padres podrían no reportar a los terapeutas, pero que dificultan y enlentecen el proceso de renutrición de las pacientes. La debilidad de los cuidadores, probablemente no consciente ni voluntaria, en el ejercicio de su tarea de renutrición en casa debe ser un foco de mayor atención y trabajo por parte de los terapeutas individuales, ya que el “poder” y control que ejerce el síntoma alimentario sobre el resto de la familia puede paralizar a los padres e interferir en el progreso del tratamiento, convirtiéndose en un factor de mantenimiento de los síntomas, alargando el proceso terapéutico y, con ello, aumentando sus costos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bruch, H. (1978). Four decades of eating disorders. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 7-18). Nueva York: Guilford Press.
- Chen, E., Weissman, J., Zeffiro, T., Yiu, A., Eneva, K., Arlt, J. et al. (2016). Family-based therapy for young adults with anorexia nervosa restores weight. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 701-707. <https://doi.org/10.1002/eat.22513>
- Cook-Darzens, S. (2016). The role of family meals in the treatment of eating disorders: A scoping review of the literature and implications. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 383-393. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0263-y>
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S., McVey, G. et al. (2013). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 177-188. <https://doi.org/10.1002/eat.22049>
- Doyle, P., Le Grange, D., Loeb, K., Doyle, A. y Crosby, R. (2010). Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 659-662. <https://doi.org/10.1002/eat.20764>
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104-151. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G. F., Dodge, E. y Le Grange, D. (2000) Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(6), 727-736. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00660>
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. y Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(6), 552-560. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01726.x>
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A. M., Le Grange, D. y Lock, J. (2015). In-vivo family meal training for initial non-responders. En K. L. Loeb, D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Family therapy for adolescent eating and weight disorders: New applications* (pp. 45-58). Nueva York: Routledge.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1999). *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Godfrey, K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Clarke, S., Kohn, M. et al. (2015). Just one more bite: A qualitative analysis of the family meal in family-based Treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 77-85. <https://doi.org/10.1002/erv.2335>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (sexta edición). México: McGraw-Hill.
- Hughes, E., Le Grange, D., Court, A., Yeo, M., Campbell, S., White-law, M. et al. (2014). Implementation of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(4), 322-330. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.07.012>
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M. y Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: A critical review. *Family Process*, 55(1), 577-594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>
- Le Grange, D. (2010). Family-based treatment for adolescents with bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2), 165-175. <https://doi.org/10.1375/anft.31.2.165>
- Le Grange, D., Lock, J. y Dymek, M. (2003). Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 57(2), 237-251.
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, S., Bryson, S. y Jo, B. (2015). Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886-894. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Lock, J., Agras, S., Bryson, S., Brandt, H., Halmi, K., Kaye, W. et al. (2016). Does family-based treatment reduce the need for hospitalization in adolescent anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 891-894. <https://doi.org/10.1002/eat.22536>
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S. y Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 639-647. <https://doi.org/10.1002/eat.20328>
- Lock, J. y Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 64-67. <https://doi.org/10.1002/eat.20122>
- Lock, J. y Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach* (segunda edición). Nueva York: Guildford Press.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S. y Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Nueva York: Guildford Press.
- Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Kohn, M., Hay, P. y Touyz, S. (2015). Early weight gain in family-based treatment predicts greater weight gain and remission at the end of treatment and remission at 12-month follow-up in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 919-922. <https://doi.org/10.1002/eat.22414>
- Minuchin, S., Baker, B. L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L. y Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031-1038. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260095008>
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, B. L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Nueva York: Jason Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (2000). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona, España: Paidós.
- Treasure, J., Smith, G. y Crane, A. (2016). *Skills-based caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method*. Nueva York: Routledge.
- Wallis, A., Godfrey, K. y Robertson, A. (2016). Family meal in family therapy for anorexia nervosa: Is it important? En T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of feeding and eating disorders* (pp. 1-6). Singapur: Springer.
- White, H., Haycraft, E., Madden, S., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A. et al. (2015). How do parents of adolescent patients with anorexia nervosa interact with their child at mealtimes? A study of parental strategies used in the family meal session of family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 72-80. <https://doi.org/10.1002/eat.22328>