

Efectividad de la aplicación del programa Echomantra en una adolescente con anorexia nerviosa y su familiar: Un estudio de caso

Álvaro Ruiz¹, Yolanda Quiles^{1,2}, María José Quiles^{1,2}, Eva María León¹, María Roncero³, María Marco² & Mainer Crujeiras²

¹Departamento de Ciencias del Comportamiento y Salud. Universidad Miguel Hernández. Avda. de la Universidad s/n. Elche (Alicante).

²Centro CREA. Centro Recuperación Emocional y Alimentaria. Avda. de la Universidad s/n. Edificio Quorum IV. Parque Científico Empresarial Universidad Miguel Hernández de Elche

³Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia. Av. Blasco Ibáñez, 13. 46010 Valencia

Resumen

El programa ECHOMANTRA tiene como finalidad facilitar la transición de las pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria desde el ingreso hospitalario a su vida cotidiana. Consta de una intervención para los/las familiares (ECHO; Treasure et al., 2015) y otra para las pacientes (MANTRA, Schmidt, et al, 2014). El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad del programa ECHOMANTRA, aplicado junto al tratamiento usual, en una adolescente de 15 años con anorexia nerviosa (AN) y su madre. Se utilizó un diseño de caso único y medidas pre-post, con seguimiento a los 3 y 6 meses. En la paciente se evaluó: patología alimentaria (EDE-Q), estado emocional (DASS-21), ajuste psicosocial (EQ-5D-5L y el CIA 3.0) y motivación al cambio; y en la madre: emoción expresada (EQ), impacto de los síntomas (EDSIS), acomodación a la enfermedad (EAISA), estado emocional (DASS-21) y habilidades de cuidadora (CSS). Ambos programas constaban de 8 sesiones online individuales y semanales. Los resultados mostraron una reducción en la sintomatología de AN, aumento del IMC, mejora del estado emocional, motivación al cambio y ajuste psicosocial; y en la madre, mejoró el estado emocional y las habilidades de cuidado, y disminuyó la acomodación a la enfermedad, la emoción expresada y el impacto de los síntomas. Estos cambios se mantuvieron en el seguimiento. Ambas valoraron el programa como satisfactorio. La aceptabilidad y la eficiencia del tratamiento de la AN puede mejorarse utilizando el ECHOMANTRA para preparar la transición de la atención hospitalaria, apoyando a las pacientes y familiares.

Palabras clave: ECHOMANTRA; anorexia; adolescente; familiar; estudio de caso único.

Abstract

Effectiveness of the application of the Echomantra in an adolescent girl with anorexia nervosa and her caregiver: A case study. The aim of the ECHOMANTRA program is to facilitate the transition from hospital back into the community. ECHOMANTRA is based on interventions for carers (Experienced Carers Helping Others, ECHO; Treasure et al. 2016) and patients (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults, MANTRA; Schmidt, et al., 2014). The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the ECHOMANTRA program, applied together with the usual treatment, in a 15-year-old adolescent girl with anorexia nervosa (AN) and her mother. A single case design and pre-post measures were used, as well as follow-up at 3 and 6 months. The patient was assessed for: eating pathology (EDE-Q), emotional state (DASS-21), psychosocial adjustment (EQ-5D-5L and CIA 3.0) and motivation to change. In the mother: expressed emotion (EQ), symptom impact (EDSIS), accommodation to illness (EAISA), emotional state (DASS-21) and her caregiver skills (CSS) were assessed. Both programs consisted of 8 on-line sessions, which were conducted individually and on a weekly basis. The results showed a reduction in AN symptomatology, increased BMI, improved emotional state, motivation to change and psychosocial adjustment; and in the mother, improved emotional state and caregiving skills, and reduced accommodation to illness, expressed emotion and the impact of symptoms. These changes were maintained at follow-up. Both patient and family valued the program as satisfactory. Both the acceptability and efficiency of treatment for AN may be improved by using ECHOMANTRA to prepare for transition from inpatient care, by giving support to both patients and their carers.

Keywords: ECHOMANTRA; anorexia; adolescent; relative/caregiver; case study.

Correspondencia:

Yolanda Quiles Marcos
Departamento de Ciencias del Comportamiento y Salud. Universidad Miguel Hernández.
Edificio Altamira. Avda. de la Universidad, s/n C. P. 03202 ELCHE (Alicante)
E-mail: y.quiles@umh.es

En la actualidad, la anorexia nerviosa (AN) es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en mujeres jóvenes, presentando una prevalencia de entre 0,3-0,9% en adolescentes (Herpertz-Dahlmann, 2015; Martínez-González et al., 2020). Sin el tratamiento adecuado, el trastorno puede adquirir un curso crónico e incapacitante. Éste persigue normalizar el peso, tratar las complicaciones físicas, conductuales, cognitivas y emocionales, proporcionar educación nutricional y tratar los trastornos asociados (Arrufat, 2009). Es multidisciplinar y se efectúa en distintos niveles asistenciales: el tratamiento ambulatorio es la intervención de primera línea, pero se requiere hospitalización cuando hay alto riesgo de presentar complicaciones biológicas y psicológicas graves, no hay respuesta al tratamiento ambulatorio y/o se dispone de limitados recursos psicosociales (NICE, 2017). La principal limitación del ingreso hospitalario es la dificultad que presentan las pacientes para generalizar las pautas al ámbito cotidiano, que se manifiesta en la cronificación del trastorno en el 20-30% de los casos, con unos índices de recuperación completa inferiores al 50-60%, unas altas tasas de recaídas tras el alta médica, además de una mortalidad de 10-12 veces y un índice de suicidio 200 veces superior que en población general (Gómez-Candela, 2018; Grave et al., 2014; Legenbauer y Meule, 2015; Schmidt et al. 2014). Por tanto, es necesario que las intervenciones terapéuticas de los TCA optimicen sus resultados durante y después del tratamiento.

Con este propósito y con el objetivo de facilitar la transición desde el ingreso hospitalario a la vida cotidiana, el equipo de la Dra. Janet Treasure desarrolló el programa de intervención ECHOMANTRA, compuesto por un programa para los/las familiares/cuidadores/as (ECHO; Experienced Carers Helping Others; Treasure et al., 2015) y otro para las pacientes (MANTRA; Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults; Schmidt et al., 2014).

La parte ECHO, basada en el Modelo de Afrontamiento y Estrés del Cuidador/a en los TCA (Treasure et al., 2003), proporciona asistencia y entrena a los familiares/cuidadores para lidiar con dicho rol. Aplicaciones previas evidencian una reducción en los costes asociados a los servicios y unos resultados positivos y estables en la reducción de la carga de cuidado, la emoción expresada y el malestar psicológico tras la intervención (Hibbs et al., 2015; Hodsoll et al., 2017; Magill et al., 2016; Pérez-Pareja et al. 2014; Quiles et al., 2018; Treasure et al., 2021).

El MANTRA se basa en el Modelo de Mantenimiento Cognitivo de la AN (Schmidt et al., 2014) e interviene en la regulación emocional de las pacientes y en su comportamiento alimentario, poniendo énfasis en las estrategias de cambio conductual y centrándose en los pasos para prosperar en la transición desde el ingreso hospitalario a la vida cotidiana.

Estudios sobre su eficacia en pacientes adultas muestran mejoras estables en la psicopatología de los TCA y el IMC, alta aceptabilidad y bajas tasas de abandono (Schmidt et al., 2015; 2016). De hecho, ha sido recomendado como intervención psicológica de primera línea en pacientes adultas con AN (NICE, 2017). Debido a la escasez de investigación sobre intervenciones de AN juvenil y las altas tasas de abandono y recaídas en los abordajes ya establecidos, es necesario el desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos en población adolescente con AN. Por tanto, aunque el MANTRA haya sido aplicado únicamente en población adulta, algunas de sus características podrían ser especialmente beneficiosas en adolescentes (Schmidt, 2009; Wittek et al., 2021).

Por tanto, el objetivo del presente estudio de caso es examinar la efectividad del programa ECHOMANTRA, como complemento al tratamiento usual (TAU), en una adolescente con AN ingresada en un centro de día. Éste tiene el propósito de mejorar la transición de la paciente desde el ingreso hospitalario a la comunidad (vida cotidiana) y su bienestar. Tras la intervención se espera en la paciente una reducción de la sintomatología conductual y cognitiva de AN, un incremento del IMC y una mejora del ajuste psicosocial; y en su familiar una mejora en las habilidades de cuidado y estado emocional y una menor acomodación al síntoma, emoción expresada e impacto de los síntomas.

Descripción del caso

Identificación de la paciente

C. es una adolescente de 15 años de nacionalidad española. Cursa cuarto de Educación Secundaria Obligatoria. Pertenece a una familia de nivel socioeconómico medio-alto. Vive con sus padres, ambos tienen 45 años y son profesores, y con su hermana mayor de 17 años.

Esta paciente presenta un diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva (AN-R) y es atendida en un centro especializado en el tratamiento de los TCA en régimen de centro de día, éste es uno de los perfiles más frecuentes y representativos en la práctica clínica, y que justifica su selección para este estudio.

Para la realización de este estudio, se contó con el visto bueno y valoración positiva del comité ético de la Universidad Miguel Hernández y se obtuvo un consentimiento informado de la paciente y su familiar aceptando participar en la investigación.

Motivo de consulta

C. ingresó en el centro de día derivada desde la Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente (USMIA) con diagnóstico de AN-R, acorde a los criterios del DSM-V. Debido al estadio de la enfermedad y la predisposición de su madre a colaborar en el tratamiento, se consideró que C. podía beneficiarse de la aplicación del Programa ECHOMANTRA.

Historia del problema

Desde pequeña, C. practicaba la natación de competición. Según refiere, ésta actuaba como punto de unión en la relación paterno-filial, al ser él su entrenador, y como rasgo identitario en la familia: su hermana era “la estudiosa” y ella “la nadadora”. Sin embargo, se lesionó la rodilla y tuvo que abandonarla, perjudicando la relación paterno-filial, y afrontando una rehabilitación que se prolongaría cinco meses.

Durante esta temporada, coincidente con el confinamiento por la COVID-19, C. expone que comenzó a sentirse mal con su cuerpo y presentaba miedo a engordar como resultado de la inactividad física. Inició una dieta vegetariana, redujo progresivamente la ingesta y aumentó el ejercicio físico para “cambiar su físico como ella quería”. Como desencadenante de la enfermedad, C. identifica la delgadez ocasionada por la atrofia muscular en la pierna lesionada. Según refiere, su madre presentaba un estilo parental permisivo y su padre autoritario, destacando en el hogar una comunicación hostil predominante.

temente pasivo-agresiva. Durante las discusiones conyugales C. se percibía como canal de comunicación entre sus padres y como nexo de unión en su familia, al ser la única que mantenía buena relación con ambas partes. Expresa que al mostrar explícitamente sintomatología del trastorno los conflictos familiares disminuían verbalizando “desde que estoy enferma no discuten tanto”. Estos factores resultaron en una pérdida de peso de 10kg, aparición de miedo a ganar peso, un aumento del ejercicio físico extenuante, un estado de ánimo deprimido y malestar en sus relaciones sociales.

Posteriormente, acudió a una nutricionista quien, según afirman sus padres, reforzaba la restricción alimentaria; y recibió tratamiento con una psicóloga privada donde abordaría la sintomatología depresiva, expresión de la ira tras la lesión, gestión de las dificultades maritales de sus padres y habilidades interpersonales.

Más adelante acudió a un psiquiatra privado quien, debido a su bajo IMC (13.9 kg/m²), pautó un ingreso domiciliario y reposo absoluto iniciando los estudios desde casa. Además, derivó el caso de C. a la USMIA donde la diagnosticaron con AN restrictiva y se recomendó su hospitalización en la Unidad de Hospitalización de Trastornos Alimentarios del Hospital provincial de referencia. Sus padres rechazaron dicha medida y se propuso el centro especializado en TCA donde ingresó semanas después en régimen de centro de día, lugar donde se aplicó la intervención de estudio.

En la información aportada por su madre, expresa la incertidumbre ante el problema de su hija, culpabilidad, sobreimplicación emocional, comprobación en su comportamiento, búsqueda de seguridad en la terapeuta y verbaliza la necesidad de mayor conocimiento en cuanto al TCA.

Estrategias de evaluación

Se emplearon los siguientes instrumentos:

Con la paciente:

Cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas elaborado ad-hoc. Las variables clínicas fueron cumplimentadas por la psicóloga que la atendía en el centro de día: diagnóstico, duración del TCA, tratamientos e ingresos previos, tratamiento farmacológico e índice de masa corporal (IMC).

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn y Berglin, 1997). Evalúa comportamientos, actitudes y sentimientos con respecto a la alimentación y la imagen corporal en los TCA. Compuesto por cuatro factores: restricción alimentaria, preocupación por el peso, la figura y por comer. Puntuaciones elevadas indican mayor sintomatología. La validación española presenta una consistencia interna de entre $\alpha=,74$ y $\alpha=,93$ en las dimensiones y en la escala total (Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2013).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond y Lovibond, 1995). Compuesto por tres subescalas: depresión, ansiedad y estrés. La validación española presenta consistencia interna entre $\alpha=,70$ y $\alpha=,84$ (Badós, Solanas y Andrés, 2005).

The Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) (Flett et al., 1997). Consta dos dimensiones: Perfeccionismo Autoorientado, evalúa autoimposiciones poco realistas; y Perfeccionismo Prescrito Socialmente, evalúa la presión ejercida por otros para alcanzar metas poco realistas. La validación española

presenta una consistencia interna de $\alpha=,87$ (Castro et al., 2004).

EQ-5D-5L. Desarrollada por el Grupo EuroQuol (2009) y validada en población española por Hernández et al. (2018). Evalúa dificultades en cinco dimensiones respondidas: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Incluye una Escala Visual Analógica (EVA) para determinar el estado de salud autopercebido del 0 al 100.

Clinical Impairment Assessment (CIA 3.0) (Bohn et al., 2008). Compuesta por tres subescalas de deterioro: personal, social y cognitivo. Puntuaciones elevadas indican un mayor deterioro psicosocial. La validación española presenta consistencia interna de $\alpha=,90$ (Martín et al., 2015).

Regla de motivación al cambio. Basada en la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1999), consta de dos ítems: “¿En qué medida es importante para ti cambiar?” y “¿Cuánta confianza tienes en tu capacidad para cambiar?” con una escala de respuesta del 1 al 10. Puntuaciones elevadas indican mayor motivación al cambio.

Con su familiar:

Cuestionario Familiar (FQ) (Wiedemann et al., 2002). Consta de dos dimensiones: comentarios críticos y sobreprotección. Puntuaciones elevadas indican mayor emoción expresada. La validación española presenta una consistencia interna de $\alpha=,83$ y $\alpha=,72$, respectivamente (Sepúlveda et al., 2014).

Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) (Sepúlveda et al., 2008). Compuesta por cuatro dimensiones: dificultades nutricionales, culpa, conductas disfuncionales y aislamiento social. Puntuaciones elevadas indican mayor carga de cuidado percibida. La validación española presenta una consistencia interna entre $\alpha=,74$ y $\alpha=,88$ en la escala total y las dimensiones (Carral-Fernández et al., 2013).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

Escala de Acomodación a los Síntomas de la Enfermedad (EAISA) (Sepúlveda, Kyriacou y Treasure, 2009). Compuesta por cinco subescalas: evitación y modificación de la conducta, rituales en torno a la comida, control de la familia y “hacer la vista gorda”. Mayores puntuaciones indican mayor acomodación a la enfermedad. La validación española presenta una consistencia interna entre $\alpha=,74$ y $\alpha=,89$ (Quiles et al., 2016).

The Caregiver Skills Scale (CASK) (Hibbs et al., 2015). Compuesta por seis factores: “no quedarse en el detalle”, autocuidado, morderse la lengua, comprensión y aceptación, inteligencia emocional y tolerancia a la frustración. La validación española presenta una consistencia interna entre $\alpha=,70$ y $\alpha=,75$ (Vintró-Alcaraz et al., 2018).

Análisis topográfico y funcional

Mediante la información obtenida a través de la entrevista inicial, su historia clínica y los instrumentos psicométricos, se ha establecido la relación funcional entre las variables antecedentes y mantenedoras del TCA de C.

Como factores de vulnerabilidad (O), dentro de la historia de aprendizaje, se encuentran: la lesión y el proceso de rehabilitación, vivido como una pérdida de reforzadores por la quiebra de identidad y de la relación paternofilial; los conflictos conyugales, un estilo de comunicación predominantemente pasivo-agresivo y hostil en el hogar y la percepción de un estilo parental permi-

sivo en su madre y autoritario en su padre; y un estilo de pensamiento perfeccionista autoorientado y autoexigente. En cuanto a las variables biológicas, hay evidencias de antecedentes de AN en la familia extensa.

Como factores desencadenantes (E) remotos externos se encuentra la dismorfia corporal real ocasionada por la atrofia muscular fisiológica en la pierna lesionada, el confinamiento por la crisis del COVID-19, que incrementó el aislamiento social, la inactividad física y los conflictos familiares, así como las dietas restrictivas pautadas por la nutricionista a la que acudió. Los internos serían el estado de ánimo deprimido, pensamientos sobre delgadez, la insatisfacción corporal y la pérdida de identidad. Como factores desencadenantes inmediatos externos, las cinco comidas diarias pautadas y el reposo; e internos, la preocupación sobre la alimentación, el peso y la forma corporal y las emociones negativas.

Como respuestas (R) motoras destaca la restricción alimentaria y el ejercicio físico excesivo. A nivel fisiológico, presenta ansiedad grave y estrés moderado. A nivel cognitivo, pensamientos rumiativos sobre la comida, forma y peso corporal y miedo a ganar peso.

Como consecuencias (C) externas, la mayor atención y cuidado de sus padres, la emoción expresada (sobreimplicación emocional y comprobación de su comportamiento) y el cese de los conflictos conyugales actuarían como reforzadores del comportamiento de enfermedad. También cesan las relaciones con sus iguales y su hermana, quien se aleja de C. a raíz del trastorno. En cuanto a las consecuencias internas, la sensación de control y satisfacción ante la pérdida de peso y la evitación del malestar al adherirse a las normas alimentarias autoimpuestas refuerzan el problema.

Diseño del estudio

Se trata de un experimento de caso único (N=1), se emplea el modelo básico A-B (Montero y León, 2007). El caso es el propio control y se mide el efecto de la intervención en base a los objetivos terapéuticos establecidos. Se realizaron medidas pre-post, con seguimiento a los 3 y 6 meses.

Intervención

Objetivos

Como *objetivo central* se planteó mejorar la transición de la paciente desde el ingreso en centro de día a la comunidad (vida cotidiana) y su bienestar.

Como *objetivos específicos* se propusieron:

Paciente

1. Reducir la sintomatología de AN
2. Incrementar el IMC
3. Mejorar el estado emocional
4. Aumentar la motivación al cambio
5. Aumentar el ajuste psicosocial
6. Disminuir el perfeccionismo

Familiar

1. Mejorar el estado emocional
2. Mejorar las habilidades de cuidado

3. Reducir la acomodación al síntoma
4. Reducir la emoción expresada
5. Reducir el impacto de los síntomas

Aplicación del tratamiento

La paciente recibía simultáneamente el tratamiento protocolizado del centro de ingreso (TAU) y la intervención de estudio.

Tratamiento usual (TAU)

Incluía rehabilitación nutricional e intervención psiquiátrica y psicológica, donde recibía: terapia cognitivo-conductual semanal y asistía a grupos terapéuticos psicoeducacionales de nutrición, gestión de emociones, imagen corporal, habilidades sociales y resolución de problemas. Acudía al centro de ingreso de lunes a viernes seis horas diarias y realizaba dos ingestas.

Programa ECHOMANTRA

El programa ECHOMANTRA fue traducido y adaptado al español.

Paciente

Se realizaron ocho sesiones telemáticas semanales con una duración de 60 minutos, cuyos contenidos fueron extraídos del programa MANTRA; y complementadas por un "Cuaderno del paciente". Éstas incluyeron: psicoeducación, motivación al cambio, entrenamiento en autocompasión, estilos de pensamiento y habilidades para el funcionamiento social, gestión emocional y el establecimiento de objetivos y el uso del apoyo social para planificar la transición. Todas las sesiones seguían la misma estructura, en la que se revisaban las tareas propuestas y la lectura del Cuaderno, se presentaban los contenidos correspondientes a la sesión según el protocolo y se enviaban tareas y ejercicios para la semana. A lo largo del programa, se fomentaba la reflexión sobre los contenidos y ejercicios implementados durante las sesiones.

Para una descripción más detallada de los ejercicios, ver Schmidt et al. (2014).

Familiar

Se realizaron ocho sesiones telemáticas semanales con una duración de 60 minutos complementadas por un "Cuaderno del cuidador". Éstas seguían la misma estructura descrita anteriormente en las sesiones con la paciente y se fomentaba la discusión sobre la información y ejercicios propuestos en el cuaderno. Estas sesiones incluyeron el entrenamiento en manejo del estrés, comunicación (basada en las técnicas de la Entrevista Motivacional), estrategias para reducir la acomodación al síntoma, la emoción expresada y desarrollar nuevos hábitos en el hogar para lograr un apoyo social efectivo. Además, se propuso la lectura del libro "Los trastornos de la alimentación: guía práctica para cuidar de un ser querido" (Treasure et al., 2011) y se presentaron clips de vídeo del DVD "How to Care for Someone with an Eating Disorder" con estrategias y técnicas aplicadas para desarrollar habilidades para ayudar a su ser querido durante la recuperación y cuidar de su propio bienestar siguiendo el "The New Maudsley Approach".

Para implementar la intervención, se reclutó a dos psicólogas generales sanitarias, con experiencia en el campo de los TCA y con formación en la aplicación del programa ECHOMANTRA.

Para valorar la adherencia al programa, las terapeutas emplearon un registro escrito sobre los temas y módulos del workbook tratados durante la sesión, el cumplimiento de tareas y la asistencia a las sesiones. Se consiguió una buena adherencia, en ambos casos el cumplimiento y asistencia fue del 100%. Además, las terapeutas afirmaron conseguir un buen vínculo con la paciente y su familiar, respectivamente.

Resultados

Análisis cualitativo

Paciente

Al finalizar la intervención, la paciente valoró las sesiones como muy satisfactorias y útiles para afrontar el problema alimentario, le habían servido para entender el problema alimentario y los factores de origen y mantenimiento, mejorar su motivación hacia la recuperación y sus relaciones sociales, tener una actitud más autocompasiva, comprender los estilos de pensamiento y gestionar sus emociones. Destacó su utilidad para planificar la transición desde el centro de día, establecer metas y mejorar la resolución de problemas durante el proceso de recuperación.

Familiar

Su madre también valoró la intervención de manera satisfactoria, considerando las sesiones útiles para entender el trastorno alimentario, mejorar su experiencia como cuidadora, desarrollar herramientas para afrontar situaciones conflictivas y mejorar su comunicación con su hija (más compasiva y menos crítica).

Análisis cuantitativo

Paciente

Patología alimentaria (Eating Disorders Questionnaire, EDE-Q): inicialmente las puntuaciones de la paciente superaron el punto de corte (≥ 4) en todas las subescalas. Atendiendo a las puntuaciones tras la intervención y al Índice de cambio fiable (ICF) y seguimientos, se produjo una reducción significativa en todas ellas por debajo del punto de corte. (Tabla 1).

Figura 1. Puntuaciones en la patología alimentaria, obtenidas a través del EDE-Q

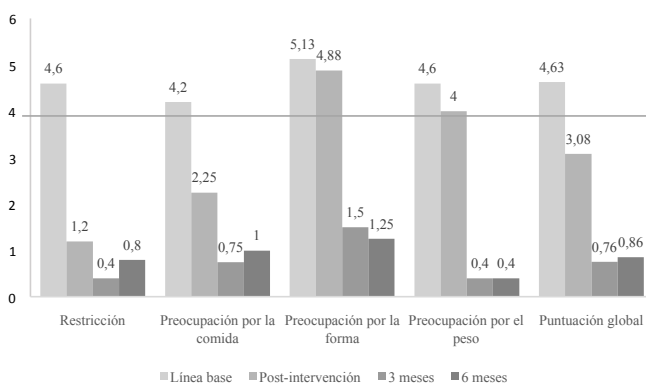


Tabla 1. Índice de cambio fiable (ICF) para las puntuaciones del EDE-Q

	T0-T1	T0-T2	T0-T3
Restricción (R)	-4,493*	-5,551*	-5,022*
Preocupación por la comida (EC)	-1,483	-2,623*	-2,433*
Preocupación por la forma (SC)	-0,361	-5,244*	-5,605*
Preocupación por el peso (WC)	-0,473	-3,309*	-3,309*
Puntuación total (GS)	-1,604	-4,005*	-3,902*

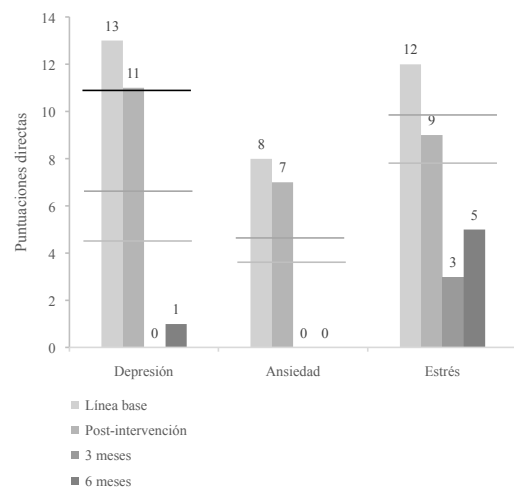
*Reducción significativa ($p < 0.05$)

En los ítems conductuales las “*Conductas regulares de dieta*” se redujeron de 23-27 días en el último mes a ningún día. Los “*Episodios regulares de ejercicio excesivo*” disminuyeron de 2-3 días a la semana a 1.

Índice de Masa Corporal (IMC): la paciente presentaba un IMC de 14,50 kg/m², que incrementó a 16,90 kg/m² tras la intervención y 18,90 kg/m² en los seguimientos.

Estado emocional (DASS-21): en la evaluación inicial la paciente obtuvo una puntuación directa de 33, equivalentes a *depresión* y *ansiedad graves* y *estrés moderado*. En el último seguimiento se redujo a 6, situándose por debajo de los puntos de corte y obteniendo unos porcentajes de mejora entre 58,33-100% para las dimensiones y la puntuación total.

Figura 2. Puntuaciones en el estado emocional, obtenidas a través del DASS-21



Motivación al cambio: inicialmente la paciente otorgó un 8 a la *importancia del cambio* y un 6 a su *confianza para cambiar* que incrementaron respectivamente a 10 y 9 tras la intervención.

Ajuste psicosocial: en el EQ-5D-5L, inicialmente la paciente mostró problemas leves para realizar las actividades cotidianas, dolor/malestar leve y estar moderadamente ansiosa/deprimida. A los 6 meses únicamente manifestó estar levemente ansiosa/deprimida. En la EVA, inicialmente evaluó su estado de salud con un 75 y al finalizar los seguimientos con un 89.

En la *Clinical Impairment Assessment (CIA 3.0)* en la evaluación inicial la paciente obtuvo una puntuación directa de 33, reducida a 8 en el último seguimiento. Del mismo modo ocurrió en las puntuaciones de las dimensiones, obteniendo unos porcentajes de mejora entre 50-90,91%.

Perfeccionismo (The Child and Adolescent Perfectionism Scale, CAPS): inicialmente la paciente mostró una puntuación directa de 35 en *perfeccionismo autoorientado*, 20 en *perfeccionismo prescrito socialmente* y 55 en la escala total durante la eva-

luación inicial y tras la intervención. A los tres meses se redujeron las puntuaciones a 19, 14 y 33, obteniendo unos porcentajes de mejora entre 30-45,71%. Sin embargo, estos cambios no se mantuvieron en el seguimiento posterior, las puntuaciones superaron los valores originales: 35, 25 y 60, respectivamente.

Familiar

Emoción expresada (Cuestionario familiar, FQ): inicialmente la madre presentó unas puntuaciones directas de 31 en la escala total, 10 en *comentarios críticos* y 21 en *sobreprotección*, no superando el punto de corte. En el último seguimiento se redujeron, obteniendo unos porcentajes de mejora entre 30-61,29%.

Impacto de los síntomas (Escala del Impacto de Síntomas de los Trastornos Alimentarios, EDSIS): inicialmente la madre mostró unas puntuaciones directas de 9 en *aislamiento*, 15 en *culpa*, 16 en *nutrición*, 6 en *conductas desreguladas* y 46 en la escala total. Tras los seguimientos estas puntuaciones disminuyeron, obteniendo unos porcentajes de mejora entre 50-86,67%.

Acomodación a la enfermedad (Escala de Acomodación a los Síntomas de Enfermedad, EAISA): inicialmente la madre mostró unas puntuaciones directas de 26 en *evitación y modificación de conducta*, 7 en *búsqueda de seguridad*, 2 en *rituales de comida*, 16 en *control de la familia* y 51 en total. En el último seguimiento las puntuaciones disminuyeron, obteniendo porcentajes de mejora significativos entre 68,75-88,46%. La puntuación de la subescala de *hacer la vista gorda* se mantuvo en 0 durante todas las evaluaciones.

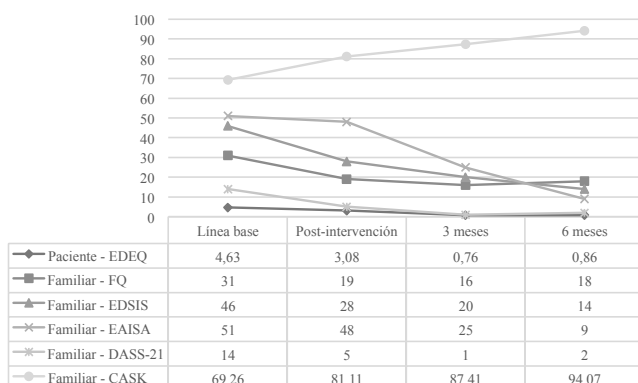
Estado emocional (DASS-21): inicialmente la madre obtuvo una puntuación directa de 14, mostrando puntuaciones equivalentes a *depresión moderada*. Tras los seguimientos se redujo a 2, obteniendo unos porcentajes de mejora entre 66,67-100%.

Habilidades de cuidadora (The Caregiver Skills Scale, CASK): inicialmente la madre mostró una puntuación media total de 69,26, que se incrementó a 94,07 tras los seguimientos. Las puntuaciones en cada subescala incrementaron, obteniendo porcentajes de mejora entre 34,29-85,71%.

Evolución temporal

En la Figura 3 se muestra la evolución temporal de las puntuaciones de la paciente en la *patología alimentaria (EDEQ)* y las de su madre en la *emoción expresada (FQ)*, *impacto de los síntomas (EDSIS)*, *acomodación a la enfermedad (EAISA)*, *estado emocional (DASS-21)* y *habilidades de cuidadora (CASK)*.

Figura 3. Evolución temporal de puntuaciones directas en las escalas



Discusión

El objetivo principal de este estudio fue examinar la efectividad del programa ECHOMANTRA, como complemento al TAU, en una adolescente con AN ingresada en un centro de día para mejorar la transición desde el ingreso a la comunidad. Tras la intervención se observaron mejoras en los objetivos terapéuticos propuestos para ella: reducir la sintomatología de AN, incrementar el IMC, mejorar el estado emocional, la motivación al cambio y el ajuste psicosocial; y su familiar: mejorar el estado emocional y las habilidades de cuidado y reducir la acomodación a la enfermedad, la emoción expresada y el impacto de los síntomas. Estos cambios se mantuvieron e incluso algunos aumentaron a lo largo del seguimiento. Además, ambas partes realizaron una valoración subjetiva satisfactoria del programa, lo que se reflejó en una adecuada adherencia a la intervención.

Debido a la naturaleza observacional de este estudio no se pueden extraer relaciones directas entre las variables. No obstante, atendiendo a los resultados obtenidos se observa una disminución de la sintomatología de AN en la paciente simultánea al aumento de habilidades de cuidadora y reducción de la emoción expresada y acomodación al síntoma en su familiar. Estos resultados enfatizan, tal y como se propone en la literatura científica existente, la asociación de estas variables familiares con la optimización de los resultados terapéuticos y, con ello, la importancia de incluir a las familias como agentes activos en el proceso de cambio (Salerno et al., 2016; Philip et al., 2021).

A pesar de la mejora observada en la sintomatología de AN y el resto de variables, no se observaron cambios en el perfeccionismo de la paciente. Tal y como se hipotetiza en la literatura científica, el perfeccionismo tiende a mantenerse estable durante y tras la recuperación parcial de un TCA, definida esta como el cese de la sintomatología alimentaria y recuperación de peso (e.g. Bardone-Cone et al., 2007; Nilsson et al. 2008, Serrano et al., 2018). Esto apoyaría la hipótesis de que el perfeccionismo no es un estado asociado a la fase activa de la enfermedad, siendo una entidad unidimensional y cognitiva, sino que se trata de un constructo de personalidad multidimensional con tendencia temporal estable (Hewitt y Flett, 1991). Sin embargo, otros estudios plantean que, cuando la recuperación total se define más estrictamente, los niveles de perfeccionismo en muestras recuperadas no distan de los presentados en controles sanos (Bardone-Cone et al., 2010).

Tras la intervención, la paciente continúa recibiendo la TAU en régimen ambulatorio tal y como recogen las guías clínicas (Arrufat, 2009).

Este estudio tiene importantes implicaciones clínicas, ya que muestra evidencia de la efectividad de un programa que aplicado junto al TAU consigue resultados positivos en el abordaje de la AN-R en adolescentes. Además, el ECHOMANTRA está protocolizado en ocho sesiones, por lo que se puede replicar fácilmente en diferentes contextos, como un hospital de día o una unidad de hospitalización. Este programa, se diseñó para que fuera asequible, escalable y tuviera un amplio alcance (Cardi et al., 2016). Las sesiones de tratamiento se han realizado de manera telemática, lo que permite tanto a las pacientes como a los familiares adaptar el aprendizaje y la mejora de las habilidades terapéuticas a su rutina diaria, y permite aumentar el compromiso con la intervención. Este tipo de diseño permite superar algunos de los obstáculos que dificultan la adhesión de

los participantes, especialmente la de los familiares.

Entre las limitaciones de este estudio cabe mencionar que, al tratarse de un diseño de caso único, los resultados no se pueden generalizar; la buena predisposición de la familia y de la paciente a recibir la intervención, puede haber afectado a la respuesta y resultados presentados. Además, las herramientas de evaluación fueron autoadministradas, lo que pudo interferir en la validez de los resultados obtenidos. Tampoco se puede concluir si los cambios observados en la paciente se deben a la intervención del programa ECHOMANTRA o al TAU. Por tanto, y en lo que respecta a la investigación, se requiere de futuros ensayos clínicos aleatorizados, como los que están realizando actualmente Cardi et al., (2016) y Quiles et al., (2021) con el fin de poder conocer la efectividad de este programa.

A pesar de estas limitaciones, podemos concluir que el programa ECHOMANTRA como complemento a la TAU ha sido efectivo en el abordaje de la transición desde la unidad hospitalaria a la vida cotidiana en un caso de una paciente adolescente con AN. Por tanto, este programa se presenta como una intervención con efectos beneficiosos en la mejora de la sintomatología de AN y el bienestar y habilidades del familiar, así como en el mantenimiento del cambio terapéutico tras el ingreso, constituyendo una adecuada herramienta para el abordaje de este proceso no solo en población adulta, sino también adolescente.

Conflicto de Interés

Los autores no presentan ningún conflicto de interés.

Financiación

Estudio realizado gracias a la Fundación Alicia Koplowitz

Referencias

- Arrufat, F., Badía, G., Benítez, S., Cuesta, L., Duño, L., Estrada, M., Fernández, F., Franch, J., Lombardia, C., Peruzzi, S., Puig, J., Rodríguez, M.G., Serra, J., Soriano, J.A., Trafach, G., Turón, V. y Voltas, M. (2009). *Guía de práctica clínica de los trastornos de conducta alimentarios*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679-683. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8331>
- Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P. y Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 139-148. <https://doi.org/10.1002/eat.20674>
- Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S. y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 0-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., Schmidt, U., McIntosh, V., Allen, K., Fursland, A. y Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823-2833. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001349>
- Cardi, V., Ambwani, S., Robinson, E., Albano, G., MacDonald, P., Aya, V., Rowlands, K., Todd, G., Schmidt, U., Landau, S., Arcelus, J., Beecham, J. y Treasure, J. (2017). Through Guidance Online from Peer and Carer Expertise (TRIANGLE): study Protocol. *European Eating Disorders Review*, 25, 512-523. <https://doi.org/10.1002/erv.2542>
- Carral-Fernández, L., Sepulveda, A. R., Del Barrio, A. G., Graell, M. y Treasure, J. (2013). The Spanish validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) among caregivers. *Psychiatry Research*, 209(3), 626-631. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.019>
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 392-398. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.11.094>
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Flett, G., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., Munro, Y., Davidson, L. A. y Gale, O. (2016). The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, psychometric properties, and associations with stress, distress, and psychiatric symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 634-652. <https://doi.org/10.1177/2F0734282916651381>
- Grave, R.D., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M. y Fairburn, C. G. (2014). Inpatient Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa: Immediate and Longer-Term Effects. *Frontiers in Psychiatry*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00014>
- Hernández, G., Garin, O., Pardo, Y., Vilagut, G., Pont, À., Suárez, M., Neira, M., Rajmil, L., Gorostiza, I., Ramallo-Fariña, Y., Cabases, J., Alonso, J. y Ferrer, M. (2018). Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Quality of Life Research*, 27, 2337-2348. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1877-5>
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. y Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 349-361. <https://doi.org/10.1002/eat.22298>
- Hibbs, R., Rhind, C., Salerno, L., Lo Coco, G., Goddard, E., Schmidt, U., Micali, N., Gowers, S., Beecham, J., Macdonald, P., Todd, G., Campbell, I. y Treasure, J. (2015). Development and validation of a scale to measure caregiver skills in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 290-297. <https://doi.org/10.1002/eat.22362>
- Hodsoll, J., Rhind, C., Micali, N., Hibbs, R., Goddard, E., Nazar, B. P., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Todd, G., Landau, S. y Treasure, J. (2017). A pilot, multicentre pragmatic randomised trial to explore the impact of carer skills training on carer and patient behaviours: testing the cognitive interpersonal model in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25, <https://doi.org/551-561>. <https://doi.org/10.1002/erv.2540>
- Legenbauer, T. M. y Meule, A. (2015). Challenges in the Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa – Is Enhanced Cognitive Behavior Therapy The Answer?. *Frontiers in Psychiatry*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00148>
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck. *Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy*, 33; 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

- Magill, N., Rhind, C., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Arcelus, J., Morgan, J., Beecham, J., Schmidt, U., Landau, S. y Treasure, J. (2016). Two-year follow-up of a pragmatic randomised controlled trial examining the effect of adding a carer's skill training intervention in inpatients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 122-130. <https://doi.org/10.1002/erv.2422>
- Martín, J., Padierna, A., Unzurrunzaga, A., González, N., Berjano, B. y Quintana, J. M. (2015). Adaptation and validation of the Spanish version of the Clinical Impairment Assessment Questionnaire. *Appetite*, 91, 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.031>
- Martínez-González, L., Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Delgado-Rodríguez, M. y Martín, V. (2020). Incidence of Anorexia Nervosa in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3824. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113824>
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Eating Disorders: Recognition and Treatment (Guideline). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.
- Nilsson, K., Sundbom, E. y Hagglof, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 386-394. <https://doi.org/10.1002/erv.850>
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2012). Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(02), 817-824. <https://doi.org/10.5209/revsjop.2012.v15.n2.38893>
- Pérez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubal, L. y Quiles, M. J. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 30(1), 37-45. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149411>
- Philipp, J., Truttmann, S., Zeiler, M., Franta, C., Witteck, T., Schöfbeck, G., Mitterer, M., Mairhofer, D., Zanko, A., Imgart, H., Auer-Welsbach, E., Treasure, J., Wagner, G. y Karwautz, A.F.K. (2021). Reduction of High Expressed Emotion and Treatment Outcomes in Anorexia Nervosa—Caregivers' and Adolescents' Perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7). <https://doi.org/10.3390/jcm9072021>
- Quiles, Y., Quiles, M. J., Escolano, M., San Martín, R. y Treasure, J. (2018). Testing carer skill training programs in Spanish carers of patients with eating disorders. *Psicothema*, 30, 295-303. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.368>
- Quiles, Y., Quiles, M. J., León, E. M., Roncero, M., Ruiz, Á., España, M., Romero, C. y Elvira, V. (2021). Adaptation and Implementation of an Intervention Programme on Spanish Carers and Adolescent Patients With an Eating Disorder: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 12, 697916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.697916>
- Quiles, Y., Quiles, M. J., Pamies, L., Sepulveda, A. R. y Treasure, J. (2016). The Spanish validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders among carers: a pilot study. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 62-68. <https://doi.org/10.1002/erv.2378>
- Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Goddard, E., Todd, G., Lo Coco, G. y Treasure, J. (2016). An examination of the impact of care giving styles (accommodation and skilful communication and support) on the one year outcome of adolescent anorexia nervosa: Testing the assumptions of the cognitive interpersonal model in anorexia nervosa. *Journal of affective disorders*, 191, 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.016>
- Schmidt, U. (2009). Cognitive Behavioral Approaches in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 147-158. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.011>
- Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366. <https://doi.org/10.1348/014466505x53902>
- Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., Lose, A., Broadbent, H., Loomes, R., Yasin, H., Watson, C., Ghelani, S., Bonin, E.M., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., ... Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796-807. <https://doi.org/10.1037/ccp0000019>
- Schmidt, U., Ryan, E. G., Bartholdy, S., Renwick, B., Keyes, A., O'Hara, C., McClelland, J., Lose, A., Kenyon, M., Dejong, H., Broadbent, H., Loomes, R., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Bonin, E., Beecham, J., ... Treasure, J. (2016). Two-year follow-up of the MOSAIC trial: A multicenter randomized controlled trial comparing two psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(8), 793-800. <https://doi.org/10.1002/eat.22523>
- Schmidt, U., Wade, T. D. y Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 48-71. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48>
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F. y Graell, M. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 321-327. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.310>
- Sepúlveda, A. R., Kyriacou, O. y Treasure, J. (2009). Development and validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESD) for caregivers in eating disorders. *BMC Health Services Research*, 9, 171. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-171>
- Sepúlveda, A.R., Whitney, J., Hankins, M. y Treasure, J. (2008). Development and Validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for Caregivers of People with Eating Disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 28. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-28>
- Serrano, E., Campos, A., Godrid, M., Cañas, L., Carulla, M., Matalí, J. y Doiz, M. (2018). Adolescentes, trastornos alimentarios y perfeccionismo: ¿qué papel juegan las conductas purgativas?. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 32, 67-75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7620009>
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G. y Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11, 25-37. <https://doi.org/10.1002/erv.485>
- Treasure, J., Parker, S., Oyeleye, O. y Harrison, A. (2021). The value of including families in the treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 29, 393-401. <https://doi.org/10.1002/erv.2816>
- Treasure, J., Rhind, C., Macdonald, P. y Todd, G. (2015). Collaborative Care: The New Maudsley Model. *Eating Disorders*, 23(4), 366-376. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1044351>
- Treasure, J., Schmidt, U. y Crane, A. (2011). *Los trastornos de La Alimentación: Guía Práctica Para Cuidar De Un Ser Querido*. Desclée de Brouwer.

- Vintró-Alcaraz, C., Mestre-Bach, G., Steward, T., Lozano-Madrid, M., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Pedraza, A., Serrano-Troncoso, E., Ortiz, A., Rangil, T., Lorán, E., Soriano-Pacheco, J., Medrano-Puidollers, L., Bujalance-Arguijo, S., Badia, G., Luque, M., Tráfach, G., Gómez, O., Peña, J., ... Fernández-Aranda, F. (2018). Validation of the Caregiver Skills (CASK) scale in Catalonia: Concordance between caregivers in attitudes and behaviours. *European Eating Disorders Review*, 26, 329–336. <https://doi.org/10.1002/erv.2604>
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new selfreport scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265-279. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(02)00023-9)
- Wittek, T., Truttmann, S., Zeiler, M., Philipp, J., Auer-Welsbach, E., Koubek, D., Ohmann, S., Werneck-Rohrer, S., Sackl-Pammer, P., Schöfbeck, G., Mairhofer, D., Kahlenberg, L., Schmidt, U., Karwautz, A. y Wagner, G. (2021). The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRa): a study protocol for a multi-center cohort study. *Journal of eating disorders*, 9(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00387-8>