

Intervenciones para Empoderar a Adultos con Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus Parejas Durante la Transición a la Parentalidad

SHIRI SADEH-SHARVIT^{*,†}
MADELINE R. SACKS^{*}
CRISTIN D. RUNFOLA^{*}
CYNTHIA M. BULIK^{‡,§,¶}
JAMES D. LOCK^{*}

Keywords:

Palabras clave Parejas; Trastornos de la Conducta Alimentaria; Trastornos de Alimentación Terapia Familiar y de Pareja; Prevención Basada en Padres y Madres; Transición a la Parentalidad

Fam Proc 0:1–18, 2020

La transición a la parentalidad es un acontecimiento vital alegre y estresante al mismo tiempo. Aunque un nuevo hijo o hija a menudo inspira sentimientos de amor y cercanía entre los nuevos padres, las parejas también reportan un aumento de los conflictos y los sentimientos de incapacidad (Perry-Jenkins, Goldberg, Pierce & Sayer, 2007). Tales experiencias pueden deberse a cambios biológicos, psicológicos e interpersonales que acompañan la transición a la paternidad/maternidad. Estos cambios pueden servir como catalizadores para el crecimiento individual y familiar (Johns & Belsky, 2007) o conducir a un estilo de interacción poco adaptativo dentro de la familia, lo que tiene consecuencias importantes tanto para los padres y su relación de pareja, como para el desarrollo del niño o niña (Perry-Jenkins et al., 2007). En el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria, para algunas personas estos diversos cambios biopsicosociales pueden facilitar la recuperación, en cambio en otras dichos cambios exacerban (o reactivan) los síntomas (Watson et al., 2013). Por lo tanto, las parejas con historias personales de trastornos de alimentación pueden enfrentar desafíos únicos en sus roles como pareja y como padres.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales severas que se asocian a una alta mortalidad y afectan aproximadamente a un 3,5 a 6,5% de las mujeres

^{*}Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA.

[†]Baruch Ivcher School of Psychology, Interdisciplinary Center, Herzliya, Israel.

[‡]Department of Psychiatry, UNC Center of Excellence for Eating Disorders, The University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC.

[§]Department of Nutrition, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA.

[¶]Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia.

La correspondencia en relación a este artículo debe dirigirse a Shiri Sadeh-Sharvit, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, 401 Quarry Rd., Stanford, CA 94305. E-mail: sshiri@idc.ac.il.

TABLA 1
Evidencia Empírica que Sustenta Intervenciones para Empoderar a Personas Adultas con Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus Parejas

Intervención	Publicación (es)	Objetivo Terapéutico	Participantes	Diseño del Estudio	Hallazgos Empíricos
A. Intervenciones diseñadas exclusivamente para personas con trastornos de alimentación y sus parejas					
Uniting Couples in the Treatment of Anorexia Nervosa (UCAN; Tratamiento en Pareja para Anorexia Nerviosa)	Baucom y cols. (2017)	Intervención para adultos con AN y sus parejas, con el fin de potenciar los resultados del tratamiento estándar	Veinte parejas en las cuales un/a integrante tenía AN. Once de ellas tenían hijos/as	Serie de casos: 13 parejas participaron en el programa UCAN y otras 7 recibieron terapia de apoyo para parejas. Ambos tratamientos se realizaron en un centro ambulatorio en paralelo con 22 sesiones de terapia individual	Postratamiento y en seguimiento a los tres meses las/los pacientes mostraron mejorías en varios índices relacionados con AN, ansiedad, depresión y ajuste relacional. Los otros miembros de la pareja también mejoraron en cuanto a ansiedad, depresión y ajuste relacional. En los análisis comparativos entre el tratamiento individual para AN y el tratamiento de pareja los resultados fueron similares en lo relativo a la AN, pero las tasas de deserción fueron más bajas en UCAN. La deserción fue del 10%
Uniting Couples in the Treatment of Eating Disorders (UNITE; Tratamiento en Pareja para Trastornos de la Conducta Alimentaria)	Runfola y cols. (2014)	Intervención con parejas para adultos con BED, con el fin de potenciar los resultados del tratamiento estándar	Once parejas heterosexuales en las que uno o ambos miembros tenían un cuadro clínico o subclínico de BED	Serie de casos: todas las parejas recibieron UNITE en 22 sesiones semanales en un centro ambulatorio, en paralelo con terapia individual. Seguimiento a los tres meses	Los puntajes de ingesta y depresión mejoraron, como también la regulación emocional en los dos momentos evaluados. Tanto las y los pacientes como sus parejas reportaron mejorías en la comunicación afectiva y se mantuvieron satisfechos en el plano relacional a lo largo del tiempo. La tasa de deserción fue de 9%

TABLE TABLA 1
Continued

Intervención	Publicación (es)	Objetivo Terapéutico	Participantes	Diseño del Estudio	Hallazgos Empíricos
Parent-Based Prevention (PBP); Prevención Basada en los Padres y Madres)	(1) Sadeh-Sharvit, Zubery, Mankovski, Steiner, and Lock (2016) (2) Sadeh-Sharvit et al. (2019)	Programa sobre parentalidad dirigido a madres y padres con antecedentes de trastorno de alimentación, que incorpora la participación del otro miembro de la pareja	(1) 16 madres/padres con trastornos de alimentación y sus parejas (2) 24 madres/padres con trastornos de alimentación y sus parejas. En ambos estudios las y los participantes tenían hijos e hijas entre 1 y 5 años de edad	(1) Serie de casos: 16 madres recibieron PBP a lo largo de 24 sesiones de tratamiento: 12 sesiones grupales y 12 sesiones familiares (2) ECA, 24 madres fueron aleatorizadas en dos condiciones: 12 sesiones de PBP en pareja versus tratamiento habitual	En ambos estudios las madres mostraron una mejora en la forma de alimentar a su bebé, en sus síntomas alimentarios y de comorbilidad, y en las conductas del hijo o hija. Ambos estudios reportaron un 25% de deserción
B. Intervenciones diseñadas especialmente para personas adultas con trastornos de alimentación, que incluyen a las parejas y que han sido evaluadas en al menos un estudio controlado aleatorizado					

TABLE TABLA 1
Continued

Intervención	Publicación (es)	Objetivo Terapéutico	Participantes	Diseño del Estudio	Hallazgos Empíricos
Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA; Modelo Maudsley de Tratamiento para Adultos con Anorexia Nervosa)	Schmidt et al. (2016)	Intervención cognitiva interpersonal para adultos con AN Se alienta a las pacientes a incorporar en el tratamiento a su sistema de apoyo, incluyendo a sus parejas	142 adultos con AN	ECA: las y los participantes fueron aleatorizados en dos condiciones: MANTRA versus manejo clínico de apoyo especializado (SSCM) durante 24 a 34 sesiones. Evaluación de seguimiento a los 24 meses	Tanto en los pacientes del grupo MANTRA como los del grupo SSCM el IMC aumentó significativamente, mientras que el trastorno de alimentación y la comorbilidad disminuyeron significativamente en el seguimiento a los 24 meses. MANTRA tuvo mejores puntajes en aceptabilidad y credibilidad que SSCM en el seguimiento a los 12 meses Los pacientes que recibieron MANTRA tuvieron tasas más altas de participación en el tratamiento completo. Los resultados mostraron una tendencia levemente mayor aunque no estadísticamente significativa en el aumento del IMC con MANTRA. Sin embargo, en ambos grupos el 83% de los participantes no solicitó tratamiento intensivo adicional después del estudio Hubo 25% de deserción en MANTRA en comparación con 41% en SSCM

TABLE TABLA 1
Continued

Intervención	Publicación (es)	Objetivo Terapéutico	Participantes	Diseño del Estudio	Hallazgos Empíricos
Terapia Familiar	Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge (2008)	Tratamiento familiar para adultos con AN. Apunta a limitar el impacto del trastorno de alimentación en las interacciones familiares. Al menos dos tercios de las parejas u otros miembros de la familia	84 adultos con trastornos de la conducta alimentaria (edad promedio = 26,3 años; duración promedio de la enfermedad = 6,3 años), 20 de los cuales tenían pareja	ECA que comparaba terapia familiar, terapia psicodinámica, terapia cognitiva analítica y manejo de casos de baja frecuencia Las intervenciones se aplicaron durante un periodo entre 7 y 12 meses, con seguimiento al año	Todas las intervenciones mostraron efectos modestos. Sin embargo, la terapia familiar y la psicoterapia psicodinámica fueron superiores a las otras condiciones en la reducción de síntomas de AN y el incremento de peso corporal. Aproximadamente el 24 % desertó de la terapia familiar, mientras la tasa de deserción general de los estudios fue de 35%

Nota. AN = anorexia nerviosa; BED = trastorno por comer compulsivo; ECA = estudio clínico controlado aleatorizado.

y un 3 a 3,5% de los hombres en el mundo occidental (Allen, Byrne, Oddy & Crosby, 2013; Hoek & van Hoeken, 2003; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Raevuori, Keski-Rahkonen & Hoek, 2014). No sólo están presentes en el continente americano y en Europa, sino que también se han documentado en Asia y países en desarrollo de Medio Oriente (Galmiche, Déchelotte, Lambert & Tavolacci, 2019). Los principales diagnósticos en esta clasificación incluyen anorexia nerviosa (AN), bulimia (B), trastorno por atracón (BED, *binge eating disorder*), y trastorno de evitación y restricción de la ingesta alimentaria (ARFID, *avoidant/restrictive food intake disorder* [Asociación Americana de Psiquiatría, 2013]). El desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria se debe a una compleja interacción de circunstancias genéticas, biológicas y psicosociales. Los factores que pueden precipitar y perpetuar estas enfermedades incluyen la internalización del ideal de delgadez; dificultades en la tolerancia a la angustia; ansiedad y depresión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). A pesar de que existen intervenciones efectivas que cuentan con sustento empírico, sólo el 49% de los hombres y el 68% de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria buscan ayuda profesional para sus síntomas en algún momento de su vida (Mohler-Kuo, Schnyder, Dermota, Wei & Milos, 2016). Dado que un número significativo de personas experimentan un trastorno de este tipo durante su edad reproductiva, es importante guiar a las y los profesionales en su trabajo con esta población y ofrecer orientaciones para progresar en este campo. Cabe destacar que la transición a la parentalidad se ha estudiado principalmente en parejas heteronormativas, donde la persona con el trastorno de la conducta alimentaria era la madre. Por lo tanto, existe escasa investigación que indique si los hallazgos reportados se aplican o no a los padres con trastornos de la conducta alimentaria y a otras configuraciones de pareja y crianza como las familias adoptivas, los padres y madres LGBTQ, y las madres y padres solteros (Sadeh-Sharvit & Lock, 2018). Con esta advertencia en mente, revisamos la literatura y describimos intervenciones orientadas a las parejas que buscan fortalecer el apoyo dentro de la pareja, mitigar la psicopatología de uno o ambos padres y mejorar los indicadores del desarrollo de los niños y niñas.

TRANSICION A LA MATERNIDAD O PATERNIDAD

La parentalidad es un hito adulto significativo. Las expectativas sobre cuán satisfechos y exitosos se sentirán los padres y madres en su nuevo rol, la relación de pareja antes del nacimiento, la psicopatología parental y los factores contextuales (por ejemplo, el estado financiero, el embarazo intencional) influyen en la transición a la parentalidad (Lawrence, Nylén & Cobb, 2007). Durante el período perinatal, varias tareas del desarrollo se vuelven especialmente difíciles en presencia de un trastorno de la conducta alimentaria. La madre embarazada es la cuidadora directa del feto, lo que contribuye a sensaciones de responsabilidad y cercanía, pero también puede introducir nuevas preocupaciones y ansiedades y, en algunas madres primíparas, una menor tolerancia a las emociones negativas (Behringer, Reiner & Spangler, 2011; Ben-Ari, Ben Shlomo, Sivan & Dolizki, 2009; Stern, 1995). Estos procesos psicológicos se asocian con varios resultados posnatales, incluyendo el bienestar materno, el vínculo madre-hijo/a y el crecimiento y desarrollo fetal (Fonagy, Steele & Steele, 1991; Kluwer, 2010). El aumento del estrés prenatal en la madre, derivado de un desequilibrio entre los recursos maternos y los factores estresantes –por ejemplo, condiciones del entorno, apoyo social, y bienestar psicológico– se asocia con respuestas y comportamientos emocionales poco adaptativos, tales como el tabaquismo y la mala nutrición, e incluso el trabajo de parto prematuro (Beydoun & Saftlas, 2008). Además, durante el embarazo se experimentan fluctuaciones hormonales significativas, incluyendo niveles de estrógeno y progesterona entre cien y mil veces más altos que disminuyen bruscamente después del parto (Klier et al., 2007). Estos cambios dramáticos pueden precipitar

depresión posparto y dificultades emocionales en madres primerizas vulnerables (Schiller, Meltzer-Brody & Rubinow, 2015). Además, durante y después del embarazo, el cuerpo de una mujer necesariamente aumenta y luego disminuye de tamaño; en culturas donde la delgadez y el atletismo están idealizados, estos cambios en la figura y el peso pueden ser particularmente preocupantes para una madre primeriza (Abraham, 1998; Astrachan-Fletcher, Veldhuis, Lively, Fowler & Marcks, 2008).

Debido a que la maternidad supone el desarrollo de una nueva identidad, este proceso fundamental puede facilitar el crecimiento personal de una mujer que se hace madre (Nelson, 2000), y al mismo tiempo puede producir ansiedad en torno a la eficacia materna en este nuevo rol. Este proceso se ve exacerbado por los estándares socialmente construidos de feminidad y maternidad (Besser & Priel, 2003; Rublo et al., 1990). Además, las mujeres con condiciones preexistentes como trastornos del ánimo, ansiedad, baja tolerancia a la angustia y consumo de sustancias –que son aproximadamente el 56% de las personas con AN, el 95% de las personas con B y el 79% de las personas con BED (Hudson et al., 2007; Preti et al., 2009)– refieren un aumento de los síntomas durante el embarazo (Howard et al., 2014). Este empeoramiento de los síntomas hace que algunas mujeres con trastornos de la conducta alimentaria sean más vulnerables a la angustia en el posparto, incluyendo dificultades de adaptación a la maternidad y escaso cuidado personal (Koubaa, Hallstrom & Hirschberg, 2008; Lai, Tang & Tse, 2006; Watson et al., 2014).

El período perinatal también es un momento emocionante y desafiante para los padres varones primerizos (Condon, Boyce & Corkindale, 2004). Los cambios en el desarrollo que experimentan los padres se superponen en parte con los cambios de sus parejas mujeres, pero su propia experiencia podría verse eclipsada porque las transformaciones que experimentan las madres son más evidentes (Habib, 2012). Las primeras etapas de este proceso requieren que los nuevos padres asuman un rol aun cuando no están directamente involucrados con los principales eventos que implican el embarazo, el parto y la lactancia (Bradford & Hawkins, 2006; Schulz, Cowan & Cowan, 2006). Por lo tanto, los padres se enfrentan a la difícil tarea de lidiar con sentimientos de exclusión e ineficacia, al mismo tiempo que apoyan a sus parejas y dedican recursos psicológicos a desarrollar el apego con su hijo/a y la competencia paterna (Sevigny, Loutzenhiser & McAuslan, 2016). Los hombres también reportan un conjunto particular de desafíos después del parto, a saber, preocupaciones de desempeño relacionadas con el trabajo y el sexo, mayor angustia durante y después del embarazo, ajuste a los cambios en la relación de pareja y sentimientos de celos hacia la relación entre la madre y el bebé (Condon et al., 2004). A medida que los roles de género evolucionan y se vuelven más flexibles, los padres primerizos sienten que su búsqueda de modelos de capacidad nutritiva masculina y competencia paterna es más difícil que la de sus parejas mujeres (Sevigny, Loutzenhiser & McAuslan, 2016).

La transición a la parentalidad es un acontecimiento vital importante y un factor de estrés que reorganiza los roles, reglas y responsabilidades de los padres y madres (Johns & Belsky, 2007). Sin embargo, es posible adaptar los modelos que se han estudiado para familias heteronormativas a fin de entender a las familias monoparentales, adoptivas y del mismo sexo (Sadeh-Sharvit & Lock, 2018). Por ejemplo, la situación de tener o no pareja puede afectar el disfrute de la parentalidad: los padres y madres solos reportan niveles más altos de estrés, emociones negativas y fatiga, en comparación con los que tienen pareja (Meier, Musick, Flood & Dunifon, 2016). Otras características como el desempleo, el nivel socioeconómico bajo y la identificación con grupos minoritarios podrían causar tensión adicional en los padres y madres primerizos y actuar como barreras para buscar apoyo instrumental y emocional (Nelson, 2000). Los padres homosexuales y las madres lesbianas reportan una mejor adaptación cuando encuentran una mayor aceptación en su familia extendida, su lugar de trabajo, su vecindario y su estado/región (Goldberg & Smith, 2011). Del mismo modo, es posible que los padres y madres adoptivos tengan que

adaptarse a las diferencias interraciales e interculturales en la nueva familia, lo que implica usar recursos psicológicos adicionales en la fase perinatal.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRANSICION A LA PARENTALIDAD

Antes del nacimiento de un hijo o hija, el sistema familiar consiste en una relación de pareja en que los integrantes se influyen entre sí. Después del parto surgen tres relaciones recíprocas, cada una de las cuales contribuye al desarrollo y mantenimiento del sistema familiar y a la satisfacción de los otros miembros de esta relación triádica (Johns & Belsky, 2007). Dado que los recursos psicológicos están dirigidos en parte a manejar el trastorno mental y hacer frente a los desafíos de la vida (Nicholson, Sweeny & Geller, 1998), algunos padres y madres con enfermedades psiquiátricas pueden experimentar una sensación de menor eficacia parental y sentirse menos optimistas en relación a sus competencias parentales (Jones, O'Connell, Gound, Heller & Forehand, 2004). Además, muchos progenitores que tienen historias de enfermedad mental temen que sus hijos/as estén genéticamente predispuestos a tener dificultades similares, lo que complica aún más su confianza y su evaluación de sí mismos (Patel et al., 2002).

La calidad de la relación de pareja antes del nacimiento predice la participación en la crianza después de este, tanto para las madres como para los padres, particularmente durante los tres primeros años de vida (Belsky, Youngblade & Pensky, 1989; Cohn, Cowan, Cowan & Pearson, 1992). Sin embargo, esta asociación parece ser unidireccional: la calidad de la relación marital predice la participación de madres y padres en la crianza, pero no a la inversa (Carlson, Pilkauskas, McLanahan & Brooks-Gunn, 2011). Además, los trastornos mentales de los padres y madres tienen consecuencias adversas en ellos mismos y en sus hijos e hijas (Stein et al., 2014), lo que refuerza la importancia de identificar tempranamente la psicopatología parental y su impacto en las prácticas de crianza de los hijos.

La evidencia sugiere que las madres con historia de trastornos de la conducta alimentaria representan una población de pacientes singular y vulnerable que debe ser entendida en el contexto de su psicopatología, como también de su rol y responsabilidades parentales (Bryant-Waugh, Turner, East & Gamble, 2007; Sadeh-Sharvit, Levy-Shiff, Arnou et al., 2015; Sadeh-Sharvit, Levy-Shiff, Feldman et al., 2015; Taborelli et al., 2016; Watson et al., 2014). En las mujeres el embarazo y el parto afectan de diferentes maneras la sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria: entre el 29% y el 78% de ellas logran la remisión completa de dicho trastorno durante el embarazo, mientras que entre el 5% y el 8% de las mujeres embarazadas todavía presentan síntomas activos o bien desarrollan un trastorno de la conducta alimentaria durante ese período (Bulik et al., 2007; Micali et al., 2014; Watson et al., 2013). La forma de presentación del trastorno de alimentación después del parto también es variable; algunas mujeres se mantienen o empiezan a sentir alivio de los síntomas, mientras que para otras, el foco en sus cuerpos, su papel en la alimentación de sus hijos pequeños y las presiones de la maternidad actúan como desencadenantes, todo lo cual puede conducir a una recaída o a la persistencia de comportamientos asociados al trastorno de la alimentación (Blais et al., 2000; Conrad, Schablewski, Schilling & Liedtke, 2003; Crow, Agras, Crosby, Halmi & Mitchell, 2008; Sadeh-Sharvit et al., 2016).

Las madres que han tenido o tienen actualmente trastornos de la conducta alimentaria reportan más complicaciones y dificultades emocionales relacionadas con el embarazo, incluyendo un mayor riesgo de ansiedad y depresión posparto (Kimmel, Ferguson, Zerwas, Bulik & Meltzer-Brody, 2016). Tanto ellas como sus familiares, amigos y profesionales médicos están más centrados en su peso y su figura, en comparación con las madres sin

trastornos de la conducta alimentaria (Newton & Chizawsky, 2006; Patel et al., 2002). Los cambios físicos después del parto, combinados con cambios en sus necesidades energéticas y una mayor conciencia de sus cuerpos, obligan a las madres a renunciar a algunos de los comportamientos relacionados con la alimentación y el cuerpo que usaban previamente para regular sus emociones y responder al estrés (Abraham, 1998; Micali, Simonoff, Stahl & Treasure, 2011; Patel et al., 2002; Taborelli et al., 2016). La eliminación de estas estrategias de regulación emocional puede precipitar un mayor estrés. Además, los cambios hormonales relacionados con el embarazo afectan en gran medida las emociones y los antojos de alimentos, lo que puede complicar aún más la relación recíproca entre el embarazo, los cambios corporales, la alimentación y el estado de ánimo (Kimmel et al., 2016). Los trastornos de la conducta alimentaria de la madre también se asocian con una lactancia materna más breve (antes de los seis meses posparto), mayores dificultades para alimentar a su bebé, y se han reportado desafíos importantes en la vinculación materno-infantil y el disfrute de la maternidad (Koubaa et al., 2008; Lai et al., 2006; Stein, Woolley & McPherson, 1999; Torgersen et al., 2010). Estas complicaciones en la transición a la maternidad se asocian con una disminución de la eficacia materna percibida, problemas tempranos en la alimentación propia y la del hijo o hija, así como anomalías en el peso de los niños (Blissett, Meyer & Haycraft, 2006; Squires, Lalanne, Murday, Simoglou & Vaivre-Douret, 2014). Los datos de estudios piloto indican que tanto las madres como los padres con BED refieren dificultades similares para alimentar a sus hijos (Lydecker & Grilo, 2016). Sin embargo, a pesar del mayor estrés descrito por las madres con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria, la transición a la maternidad y el bienestar del niño o niña son fuerzas que motivan y mantienen la recuperación (Blais et al., 2000; Bulik et al., 2007; Patel et al., 2002; Sadeh-Sharvit et al., 2016).

LAS PAREJAS DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: EL DESAFÍO DE APOYAR A LA PAREJA

El apoyo del otro miembro de la pareja es fundamental para el funcionamiento parental. Debido a la naturaleza secreta e insidiosa de los trastornos de la conducta alimentaria, las parejas a menudo no son conscientes de la presencia, la severidad o el curso de los síntomas del trastorno de alimentación (Bulik, Baucom, Kirby & Pisetsky, 2011; Linville, Cobb, Shen & Stadelman, 2016). Además, suelen referir problemas de confianza, aislamiento, confusión y dificultad para entender el trastorno (Huke & Slade, 2006). A pesar de no tener consciencia de los síntomas, el otro miembro de la pareja suele sentirse presionado/a a monitorear el comportamiento de su pareja y ser un agente de cambio, pero no sabe cómo hacerlo de manera efectiva. Algunas personas tratan de apoyar pero perciben que sus intentos son ineficaces, y se sienten impotentes y responsables por las recaídas (Linville et al., 2016). En consecuencia, muchos de estos compañeros/as reportan niveles considerables de angustia. De hecho, la recarga del cuidador o cuidadora es mayor en los trastornos de la conducta alimentaria que en otros trastornos psiquiátricos graves, incluyendo la esquizofrenia y la depresión (Fischer, Baucom, Kirby & Bulik, 2015; Graap et al., 2008; Treasure et al., 2001; Zabala, Macdonald & Treasure, 2009).

Cuando uno de los miembros de la pareja experimenta este tipo de desafíos en la recepción y entrega de apoyo, es posible que se desarrollen patrones de comunicación ineficaces (Sadeh-Sharvit, Levy-Shiff, Arnow & Lock, 2015). Algunas personas toman una actitud evitativa por miedo a decir o hacer algo contraproducente, mientras otras se vuelven críticas o culpabilizadoras porque, por ejemplo, esperan que su pareja se recupere plena y rápidamente de su trastorno (Huke & Slade, 2006; Linville et al., 2016). Las y los compañeros de personas con BED pueden acomodarse a sus síntomas cuando, por ejemplo, habilitan y refuerzan los pensamientos y conductas asociadas al trastorno de

alimentación, en un intento de regulación emocional mutua (Weber et al., 2018). Estos patrones pueden reforzar o exacerbar inadvertidamente los síntomas del trastorno, como también la vergüenza, el secreto y la autocrítica que lo caracteriza, lo que genera un patrón de interacción perjudicial (Arcelus, Haslam, Farrow & Meyer, 2013; Linville et al., 2016). Por lo tanto, las dificultades típicas involucradas en la transición a la parentalidad pueden intensificarse en el contexto de un trastorno de la conducta alimentaria de la madre (Bradford & Hawkins, 2006; Sadeh-Sharvit & Lock, 2018; Sevigny et al., 2016; Squires et al., 2014), lo que a su vez puede conducir a una disminución de la participación de los padres y del apoyo a la pareja, que son cruciales para el cuidado del sistema familiar en general, y para el desarrollo del niño o niña en particular (Cimino, Cerniglia & Paciello, 2015; Epstein & Baucom, 2002).

INTERVENCIONES EN PAREJA PARA ADULTOS CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DURANTE LA TRANSICIÓN A LA PARENTALIDAD

Debido a las asociaciones existentes entre un trastorno de la conducta alimentaria en la madre o el padre, la calidad de la relación de pareja y el desarrollo de los niños y la familia, las intervenciones familiares tempranas que incorporan a la pareja en el trabajo con la persona que tiene un trastorno de alimentación son fundamentales para apoyar adecuadamente a estas familias (Howard et al., 2014; Velders et al., 2011). Con embarazo o sin él, la mayoría de las personas que se están recuperando de un trastorno de la conducta alimentaria mientras están en relaciones amorosas comprometidas refieren que recurren al apoyo de sus parejas durante su recuperación (Linville et al., 2016; Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie & Bulik, 2003). Más aún, la participación en un programa dirigido a parejas durante el período perinatal puede disminuir el grado de insatisfacción conyugal después de la transición a la parentalidad, mejorando así las relaciones familiares desde el inicio (Schulz, Cowan & Cowan, 2006). Como tal, el embarazo y el período posparto pueden ser momentos ideales para realizar intervenciones familiares tempranas en torno a un trastorno de la conducta alimentaria de alguno de los padres y las dificultades que éste puede conllevar para la nueva familia. Por lo tanto, se han desarrollado, manualizado y estudiado algunas intervenciones para abordar este período sensible. Estos programas se ofrecen como intervenciones independientes en una fase de desarrollo en que el sistema está listo para el cambio, ya sea cuando el subsistema pareja se ha vuelto más comprometido, o después del nacimiento de un hijo o hija. Estas intervenciones incorporan psicoeducación sobre trastornos de la conducta alimentaria, apoyo a la pareja a medida que se van adaptando y mejorando sus patrones de comunicación, desarrollo activo de la capacidad de regulación emocional, y asistencia en la resolución de problemas con respecto a la alimentación del bebé, los hábitos alimenticios y las conversaciones en familia sobre el cuerpo (la Tabla 1 presenta un resumen de las intervenciones diseñadas para adultos con trastornos de la conducta alimentaria y sus parejas).

Hay dos intervenciones específicas para apoyar a estas parejas que han sido evaluadas empíricamente (Bulik, Baucom & Kirby, 2012; Bulik et al., 2011; Runfola et al., 2018): una para el tratamiento de la AN (Uniting Couples in the Treatment of Anorexia Nervosa, UCAN [Tratamiento en Pareja para la Anorexia Nerviosa]) y otra para los trastornos tipo BED (Uniting Couples in the Treatment of Eating Disorders, UNITE [Tratamiento en Pareja para los Trastornos de la Conducta Alimentaria]). Estas intervenciones integran la terapia de pareja cognitivo-conductual mejorada y la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria, y al mismo tiempo se apoyan en técnicas de terapia conductual dialéctica para ayudar a las parejas a tomar decisiones conjuntas sobre el tratamiento y la recuperación, atendiendo a su fase de desarrollo, las transiciones de roles y las demandas contextuales. Ambas apuntan al trastorno de la conducta alimentaria y

reducen el estrés al promover una mejoría en distintas dimensiones: la comunicación en torno a los síntomas (Objetivo 1), las habilidades interpersonales de resolución de problemas y/o cambios de comportamiento (Objetivo 2) y las habilidades de regulación emocional (Objetivo 3). Para lograrlo se enseña a las parejas a manejar las horas de comida, a lidiar con los desencadenantes (por ejemplo, estrés, vacaciones, comentarios sobre el cuerpo) y a responder eficazmente a los impulsos y comportamientos del trastorno de la conducta alimentaria (por ejemplo, restricción, atracón, purga), mientras desarrollan apoyo, confianza y comunicación abierta en la relación. Cuando hay que evaluar la pertinencia de un tratamiento más intensivo para la persona con el trastorno de alimentación, el otro miembro de la pareja también puede contribuir en el proceso terapéutico (Kirby, Baucom, La Via & Bulik, 2016). Los resultados de ensayos clínicos abiertos con UCAN y UNITE (Baucom et al., 2017; Runfola et al., 2018) reportan al final del tratamiento un aumento de peso sustancialmente mayor (aumento promedio del IMC de 2,9), una tasa de recuperación más alta (del 25%) en pacientes con AN, y una alta tasa de abstinencia de atracones (del 78%) en pacientes con BED, en comparación con los ensayos clínicos en los que las y los pacientes recibieron tratamiento individual sin la participación de su pareja (Berkman et al., 2006; Brownley et al., 2016; McIntosh et al., 2005; Zipfel et al., 2014). Ambos ensayos también proporcionan sustento preliminar en el sentido de que las intervenciones con parejas reducen el trastorno de la conducta alimentaria (por ej., las preocupaciones sobre figura corporal y peso) y la comorbilidad psicopatológica (por ej., los síntomas de depresión y ansiedad), y al mismo tiempo mejoran la regulación emocional y la comunicación en ambos miembros de la pareja (Weber et al., 2018). Además, dado que se observaron tasas bajas de deserción (alrededor del 10 %) en ambos ensayos clínicos, el apoyo del otro miembro de la pareja podría ayudar a mantener a los pacientes en tratamiento. En términos generales, aun siendo preliminares, estos hallazgos sugieren que incluir al compañero/a en el tratamiento podría influir positivamente en el trastorno de la conducta alimentaria y en los resultados relacionados con la pareja. En el contexto de las parejas que están en el período perinatal, es posible modificar los programas UCAN y UNITE para abordar desafíos específicos y posibles obstáculos que los nuevos padres y madres pueden encontrar. Por ejemplo, es posible que sea necesario discutir factores de estrés propios de esta transición del ciclo vital, a fin de reducir la exposición de la persona a desencadenantes de trastornos de la conducta alimentaria de origen emocional y vinculados a la crianza (como desacuerdos sobre las prácticas de disciplina infantil o creencias sobre no ser una madre o padre “suficientemente bueno”) y/o para continuar trabajando en la recuperación del trastorno de alimentación.

Los trastornos de la conducta alimentaria de los padres tienen implicancias especialmente importantes para el desarrollo de patrones adaptativos en la manera de alimentar al niño o niña, su forma de comer y las interacciones familiares funcionales en lo referente a la comida (de Barse et al., 2015; Hoffman et al., 2014; Lydecker & Grilo, 2016; Stein et al., 2006). Por esta razón, la intervención *Parent-Based Prevention of Eating Disorders* (PBP, Prevención de Trastornos de la Alimentación Basada en Padres y Madres), está orientada a progenitoras/es con trastornos de la conducta alimentaria y sus parejas, y se centra en mejorar la eficacia de ambos padres y la comunicación de la pareja para reducir el riesgo de problemas en la alimentación y la relación padres-hijo/a (Sadeh-Sharvit & Lock, 2018; Sadeh-Sharvit, Runfola, Welch & Lock, 2019; Sadeh-Sharvit, Zubery, Mankovski, Steiner, & Lock, 2016). En PBP, el o la terapeuta trabaja con la pareja para identificar los desafíos específicos de su familia, y orienta a ambos padres para mejorar los problemas a nivel de pensamientos, emociones y comportamientos asociados con los riesgos antes mencionados. El enfoque personalizado del PBP aborda tres mecanismos que teóricamente precipitan y mantienen las dificultades observadas en familias encabezadas por una madre o padre con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria: formas poco

saludables de entregar alimentación, impacto de la presencia simultánea de problemas de salud mental de los padres o madres, y patrones de comunicación parental. Cuando el PBP se ofrece en una etapa temprana de la formación de roles parentales, los padres y madres pueden desarrollar y poner en práctica nociones y conductas de crianza más adaptativas, antes de que los estilos de crianza problemáticos se conviertan en patrones arraigados (Sadeh-Sharvit et al., 2016). Además, el modelo toma en cuenta las características del niño o niña, como también la participación de los miembros de la familia extendida, y sus efectos recíprocos sobre el funcionamiento de la pareja y del subsistema parental. Las y los progenitores que han completado el programa PBP muestran opiniones más positivas sobre su hija o hijo, así como una reducción de la ingesta materna y de los síntomas de comorbilidad/es (Sadeh-Sharvit et al., 2016). Un ensayo controlado aleatorizado reciente encontró que PBP es aceptable para los padres y madres, y conduce a mejores hábitos en la forma de alimentar al hijo/a, incluyendo una disminución de la supervisión y la preocupación por la alimentación de los niños, y también de los comportamientos restrictivos y la alimentación forzada (Sadeh-Sharvit et al., 2019). Aparte de los programas ya mencionados, que fueron diseñados específicamente para adultos con trastornos de alimentación y sus parejas, mencionamos brevemente las intervenciones que no están orientadas a la pareja, pero que incluyen sesiones de pareja en el programa, y cuya eficacia fue examinada en por lo menos un ensayo clínico aleatorizado. Una de estas intervenciones, el Modelo de Tratamiento Maudsley para Adultos con Anorexia Nerviosa (MANTRA), busca mejorar los resultados de las y los adultos con AN persistente, para lo cual se centra en los factores individuales e interpersonales que mantienen el trastorno. Por lo tanto, aunque en MANTRA la mayoría de las sesiones se llevan a cabo con el o la paciente, hay un módulo específico que busca involucrar activamente al otro/a integrante de la pareja en la intervención (Schmidt et al., 2013). MANTRA ya había demostrado previamente una buena aceptabilidad y credibilidad entre los pacientes y se asocia con un aumento del índice de masa corporal (IMC) y una reducción del trastorno de la conducta alimentaria y los síntomas de comorbilidad en el seguimiento a los dos años (Schmidt et al., 2016). Otra adaptación prometedora del tratamiento basado en la familia para adultos con AN incorporó el apoyo de sus familiares (incluyendo sus parejas) y también ha contribuido a reducir los síntomas de las y los pacientes (Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001).

IMPLICANCIAS CLINICAS

Adaptarse a nuevas relaciones dentro del sistema familiar es un gran desafío para cualquier familia primeriza. Un trastorno de la conducta alimentaria conlleva una tensión adicional para ambos progenitores, lo que complica aún más estas transiciones. Al evaluar y tratar a las parejas durante los períodos pre y posnatal se debe tomar en cuenta la psicopatología parental, la eficacia percibida de madres y padres, las expectativas sobre la nueva familia y el apoyo del otro miembro de la pareja.

El apoyo a las personas con necesidades vinculadas a trastornos de la conducta alimentaria debe comenzar en la adolescencia y la edad adulta joven, antes del embarazo. Las y los pediatras, especialistas en adolescentes y médicos/as generales deben ser conscientes de que las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, –independientemente de su IMC y su estado menstrual– son sexualmente activas (Bulik et al., 2010; Micali et al., 2014). La importancia de esto es aún mayor dado que las mujeres con AN tienen un riesgo significativamente alto de embarazos no planificados (Bulik et al., 2010; Micali et al., 2014). Esto es fundamental en las mujeres jóvenes que menstrúan irregularmente, ya que pueden considerar que tienen bajo riesgo de quedar embarazadas y no tomar las medidas adecuadas para prevenir el embarazo. Además, la menstruación irregular o ausente puede encubrir el embarazo temprano, a menudo durante varios meses, negando a las mujeres la

oportunidad de mejorar su nutrición, suspender el alcohol, los cigarrillos y otras drogas, y detener las conductas alimentarias desordenadas (Bulik et al., 2010). Enfermeras obstétricas/os y obstetras tienen que familiarizarse y sentirse cómodos en la conversación sobre los trastornos de la conducta alimentaria con sus pacientes. Asegurar un apoyo psicológico, médico y nutricional adecuado para las mujeres con antecedentes de trastornos de alimentación puede mejorar el resultado del embarazo. Del mismo modo, sus parejas hombres merecen recibir psicoeducación, apoyo y orientación sobre la mejor manera de ayudar a sus parejas embarazadas que han presentado un trastorno de este tipo.

Cuando las y los proveedores de salud mental son conscientes del impacto potencial de un trastorno de la conducta alimentaria de uno o ambos progenitores en la transición a la parentalidad, pueden proporcionar un apoyo más eficaz a las nuevas familias que buscan orientación. Como la parentalidad ofrece una oportunidad para revisar la identidad y las prioridades, las personas pueden sentirse más motivadas a recibir tratamiento para abordar los síntomas alimentarios y la comorbilidad, ya que el aumento de la esperanza ha sido reconocido como un factor común en tratamientos eficaces para los trastornos de la conducta alimentaria (Jewell, Blessitt, Stewart, Simic & Eisler, 2016). Por otra parte, es muy frecuente observar que las y los otros miembros de la pareja a menudo quieren ayudar a sus seres queridos cuando están lidiando con un trastorno de la alimentación, pero no saben qué hacer (Huke & Slade, 2006; Linville et al., 2016). Asimismo, los padres y madres primerizos señalan que no sólo les preocupa el efecto que las conductas alimentarias desordenadas pudieran tener en el feto en desarrollo, sino también en qué medida el hecho de que las hijas e hijos estén expuestos a preocupaciones de los progenitores sobre la figura, el peso y la alimentación podría conllevar un riesgo de que el niño/a también desarrolle un trastorno de este tipo. Cuando se suman las preocupaciones sobre una posible transmisión genética, las inquietudes pueden hacerse generalizadas. Por lo tanto, trabajar estos temas simultáneamente con ambos miembros de la pareja puede ser crucial para lograr resultados positivos (Sadeh-Sharvit & Lock, 2018).

Las y los terapeutas que tratan a familias afectadas por trastornos de la conducta alimentaria de uno de los progenitores deben estar atentos a los desafíos que experimenta cada integrante de la familia. Cuando solicitan tratamiento, es necesario conversar con el padre y la madre acerca de sus preocupaciones y objetivos en el área de la salud mental. Así el terapeuta puede ayudar a los progenitores a identificar y diferenciar entre las reacciones que son habituales (aunque no son necesariamente más fáciles) frente a la experiencia de pareja y crianza de los hijos, de aquellas que requieren atención y apoyo profesional. El objetivo global del tratamiento debiera ser identificar y fomentar las áreas de fortaleza presentes en los ámbitos de salud mental, apoyo de la pareja y funcionamiento parental, al mismo tiempo que se trabaja con la familia para mejorar áreas específicas de dificultad que podrían estar afectando al niño o niña y al sistema familiar.

CONCLUSIONES

El intervalo entre la formación de una pareja romántica comprometida y la transición a la parentalidad introduce cambios que tienen consecuencias para todos los integrantes de la familia. Considerando que este período puede ser bastante estresante y difícil, la atención que se ha prestado a la investigación de trastornos de la conducta alimentaria de los padres y madres y sus efectos en la familia es insuficiente. Muchos de los estudios realizados en adultos con historias de trastornos de la conducta alimentaria, sus parejas y sus hijos se han realizado en muestras relativamente pequeñas y a menudo en ensayos abiertos o series de casos, por lo que consideramos que la literatura no permite realizar una revisión o metaanálisis sistemático. A medida que los tamaños de las muestras sean mayores y se reporten más ensayos clínicos, será importante llevar a cabo una revisión

sistemática y un metaanálisis que proporcionen una perspectiva más completa sobre este tema. Además, hay una gran necesidad de investigación sobre trastornos de la conducta alimentaria dentro del campo de la terapia familiar y de pareja. No sabemos en qué medida la literatura disponible sobre madres con trastornos de la conducta alimentaria se aplicaría a las experiencias de crianza de los padres con dichos trastornos, al igual que en el caso de madres y padres adoptivos, homosexuales y solteros/as, por lo que se necesitan más datos para entender y apoyar a estas poblaciones. Por otra parte, es imperativo preparar a las personas con trastornos pasados o presentes de la conducta alimentaria para los cambios antes mencionados y apoyarles a lo largo de la transición a la parentalidad. Están empezando a surgir tratamientos para la pareja y la familia de adultos con trastornos de la conducta alimentaria, pero todavía no están disponibles de manera universal. Los esfuerzos clínicos adicionales para educar y apoyar a las y los pacientes y sus parejas mientras se preparan y viven la transición a la parentalidad contribuirán a reducir una brecha importante en la atención a estas familias.¹

REFERENCIAS

- Abraham, S. (1998). Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*(3–4), 491–502. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00272-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00272-9).
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(3), 720.
- American Psychiatric Association, A. P. A. D. S. M. T. F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Retrieved from <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>.
- Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowler, C., & Marcks, B. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: A review of the literature and recommendations for clinical care. *Journal of Women's Health*, *17*(2), 227–239.
- de Barse, L. M., Tharner, A., Micali, N., Jaddoe, V. V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C. et al. (2015). Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite*, *85*, 1–7.
- Baucom, D. H., Kirby, J. S., Fischer, M. S., Baucom, B. R., Hamer, R., & Bulik, C. M. (2017). Findings from a couple-based open trial for adult anorexia nervosa. *Journal of Family Psychology*, *31*(5), 584.
- Behringer, J., Reiner, I., & Spangler, G. (2011). Maternal representations of past and current attachment relationships, and emotional experience across the transition to motherhood: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, *25*(2), 210. <https://doi.org/10.1037/a0023083>.
- Belsky, J., Youngblade, L., & Pensky, E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Inter-generational transmission in a low-risk sample. *Development and Psychopathology*, *1*(4), 291–304. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000481>.
- Ben-Ari, O. T., Shlomo, S. B., Sivan, E., & Dolizki, M. (2009). The transition to motherhood—A time for growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(8), 943–970. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.8.943>.
- Berkman, N. D., Bulik, C. M., Brownley, K. A., Lohr, K. N., Sedway, J. A., Rooks, A. et al. (2006). *Management of eating disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 135 (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract NO. 290-02-0016.) AHRQ Publication NO. 06-E010*. Rockville, MD.
- Besser, A., & Priel, B. (2003). Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *Current Psychology*, *22*(1), 57–72. <https://doi.org/10.1007/s12144-003-1013-7>.
- Beydoun, H., & Saftlas, A. F. (2008). Physical and mental health outcomes of prenatal maternal stress in human and animal studies: A review of recent evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *22*(5), 438–466. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2008.00951.x>.
- Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., Flores, A. T., Nussbaum, K. M., Greenwood, D. N. et al. (2000). Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *The International*

¹Traducido por Psic. Soledad Sánchez, Instituto Chileno de Terapia Familiar, Santiago de Chile. Formato final: Family Process.

- Journal of Eating Disorders*, 27(2), 140–149. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200003\)27:2<140::aid-ea-t2>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200003)27:2<140::aid-ea-t2>3.0.co;2-e).
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*, 47(2), 212–219.
- Bradford, K., & Hawkins, A. J. (2006). Learning competent fathering: A longitudinal analysis of marital intimacy and fathering. *Fathering*, 4(3), 215.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M. et al. (2016). Binge-eating disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409–420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>.
- Bryant-Waugh, R., Turner, H., East, P., & Gamble, C. (2007). Developing a parenting skills-and-support intervention for mothers with eating disorders and pre-school children part 1: Qualitative investigation of issues to include. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 350–356. <https://doi.org/10.1002/erv.790>.
- Bulik, C. M., Baucom, D. H., & Kirby, J. S. (2012). Treating anorexia nervosa in the couple context. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(1), 19–33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.1.19>.
- Bulik, C. M., Baucom, D. H., Kirby, J. S., & Pisetsky, E. (2011). Uniting couples (in the treatment of) anorexia nervosa (UCAN). *International Journal of Eating Disorders*, 44(1), 19–28. <https://doi.org/10.1002/eat.20790>.
- Bulik, C. M., Hoffman, E. R., Von Holle, A., Torgersen, L., Stoltenberg, C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2010). Unplanned pregnancy in anorexia nervosa. *Obstetrics and Gynecology*, 116(5), 1136–1140. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f7efd>.
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P. et al. (2007). Patterns of remission, continuation, and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological Medicine*, 37(8), 1109–1118. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000724>.
- Cimino, S., Cerniglia, L., & Paciello, M. (2015). Mothers with depression, anxiety or eating disorders: Outcomes on their children and the role of paternal psychological profiles. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 228–236. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0462-6>.
- Cohn, D. A., Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Pearson, J. (1992). Mothers' and fathers' working models of childhood attachment relationships, parenting styles, and child behavior. *Development and Psychopathology*, 4(3), 417–431. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000870>.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1–2), 56–64. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x>.
- Conrad, R., Schablewski, J., Schilling, G., & Liedtke, R. (2003). Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics*, 44(1), 76–78. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.1.76>.
- Crow, S. J., Agras, W. S., Crosby, R., Halmi, K., & Mitchell, J. E. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 277–279. <https://doi.org/10.1002/eat.20496>.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216–221. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.216>.
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fischer, M. S., Baucom, D. H., Kirby, J. S., & Bulik, C. M. (2015). Partner distress in the context of adult anorexia nervosa: The role of patients' perceived negative consequences of AN and partner behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 67–71.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891–905. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x>.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>.
- Goldberg, A. E. (2010). The transition to adoptive parenthood. In T. Miller (Ed.), *Handbook of stressful transitions across the lifespan* (pp. 165–184). New York: Springer.
- Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2011). Stigma, social context, and mental health: Lesbian and gay couples across the transition to adoptive parenthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 139. <https://doi.org/10.1037/a0021684>.
- Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J., & de Zwaan, M. (2008). The needs of carers of patients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 21–29. <https://doi.org/10.1002/erv.804>.
- Habib, C. (2012). The transition to fatherhood: A literature review exploring paternal involvement with identity theory. *Journal of Family Studies*, 18(2–3), 103–120. <https://doi.org/10.5172/jfs.2012.18.2-3.103>.

- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(4), 383–396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>.
- Hoffman, E. R., Bentley, M. E., Hamer, R. M., Hodges, E. A., Ward, D. S., & Bulik, C. M. (2014). A comparison of infant and toddler feeding practices of mothers with and without histories of eating disorders. *Maternal and Child Nutrition*, *10*(3), 360–372. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00429.x>.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, *384*(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9).
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, *61*(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>.
- Huke, K., & Slade, P. (2006). An exploratory investigation of the experiences of partners living with people who have bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *14*(6), 436–447. <https://doi.org/10.1002/erv.744>.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: A critical review. *Family Process*, *55*(3), 577–594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>.
- Johns, S. E., & Belsky, J. (2007). Life transitions: Becoming a parent. In C. A. Salmon, & T. K. Shackelford (Eds.), *Family relationships: An evolutionary perspective* (pp. 71–90). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Jones, D. J., O'Connell, C., Gound, M., Heller, L., & Forehand, R. (2004). Predictors of self-reported physical symptoms in low-income, inner-city African American women: The role of optimism, depressive symptoms, and chronic illness. *Psychology of Women Quarterly*, *28*(2), 112–121. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2004.00128.x>.
- Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik, C. M., & Meltzer-Brody, S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(3), 260–275. <https://doi.org/10.1002/eat.22483>.
- Kirby, J. S., Baucom, D. H., La Via, M. C., & Bulik, C. M. (2016). 12 Helping couples address higher level of care treatment for anorexia nervosa. In *Innovations in family therapy for eating disorders: Novel treatment developments, patient insights, and the role of carers*. CRC Press Book.
- Klier, C. M., Muzik, M., Dervic, K., Mossaheb, N., Benesch, T., Ulm, B. et al. (2007). The role of estrogen and progesterone in depression after birth. *Journal of Psychiatric Research*, *41*(3–4), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.09.002>.
- Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, *2*(2), 105–125. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00045.x>.
- Koubaa, S., Hallstrom, T., & Hirschberg, A. L. (2008). Early maternal adjustment in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(5), 405–410. <https://doi.org/10.1002/eat.20521>.
- Lai, B. P.-Y., Tang, C. S.-K., & Tse, W. K.-L. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(4), 303–311. <https://doi.org/10.1002/eat.20266>.
- Lawrence, E., Nylén, K., & Cobb, R. J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, *21*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.155>.
- Linville, D., Cobb, E., Shen, F., & Stadelman, S. (2016). Reciprocal Influence of couple dynamics and eating disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, *42*(2), 326–340. <https://doi.org/10.1111/jmft.12133>.
- Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2016). Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, *86*, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.006>.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M. et al. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *162*(4), 741–747. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.741>.
- Meier, A., Musick, K., Flood, S., & Dunifon, R. (2016). Mothering experiences: How single parenthood and employment structure the emotional valence of parenting. *Demography*, *53*(3), 649–674. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0474-x>.
- Micali, N., dos-Santos-Silva, I., De Stavola, B., Steenweg-de Graaf, J., Jaddoe, V., Hofman, A. et al. (2014). Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: Findings from a population-based birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *121*(4), 408–416. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12503>.
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: Maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(7), 800–807. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x>.
- Nelson, M. K. (2000). Single mothers and social support: The commitment to, and retreat from, reciprocity. *Qualitative Sociology*, *23*(3), 291–317. <https://doi.org/10.1023/A:1005567910606>.

- Newton, M. S., & Chizawsky, L. L. K. (2006). Treating vulnerable populations: The case of eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(1), 5–7. <https://doi.org/10.1080/01674820500451517>.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J., & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *5*(1), 1–19.
- Perry-Jenkins, M., Goldberg, A. E., Pierce, C. P., & Sayer, A. G. (2007). Shift work, role overload, and the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, *69*(1), 123–138. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00349.x>.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R. et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>.
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., & Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(6), 426–430.
- Rogers, R. (2018). Parents who wait: Acknowledging the support needs and vulnerabilities of approved adopters during their wait to become adoptive parents. *Child and Family Social Work*, *23*(2), 289–296. <https://doi.org/10.1111/cfs.12417>.
- Ruble, D. N., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability, and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(3), 450–463. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.450>.
- Runfola, C. D., Kirby, J. S., Baucom, D. H., Fischer, M. S., Baucom, B. R. W., Matherne, C. E. et al. (2018). A pilot open trial of UNITE-BED: A couple-based intervention for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(9), 1107–1112. <https://doi.org/10.1002/eat.22919>.
- Sadeh-Sharvit, S., Levy-Shiff, R., Arnow, K. D., & Lock, J. D. (2015). The impact of maternal eating disorders and spousal support on neurodevelopmental trajectories in their toddlers. *Abnormal and Behavioural Psychology*, *1*(102), 5. <https://doi.org/10.4172/abp.1000102>.
- Sadeh-Sharvit, S., Levy-Shiff, R., Feldman, T., Ram, A., Gur, E., Zubery, E. et al. (2015). Child feeding perceptions among mothers with eating disorders. *Appetite*, *95*, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.06.017>.
- Sadeh-Sharvit, S., Levy-Shiff, R., Ram, A., Gur, E., Zubery, E., Steiner, E. et al. (2016). Mothers with eating disorders: The environmental factors affecting eating-related emotional difficulties in their offspring. In Y. Latzer & D. Stein (Eds.), *Bio-psycho-social contributions to understanding eating disorders* (pp. 77–90). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Sadeh-Sharvit, S., & Lock, J. (2018). *Parents with eating disorders: An intervention guide*. Routledge.
- Sadeh-Sharvit, S., Runfola, C., Welch, H., & Lock, J. (2019). *A randomized case-series trial testing the feasibility and acceptability of the parent-based prevention program for parents with eating disorder histories*. Paper presented at the 2019 AED International Conference on Eating Disorders, New York.
- Sadeh-Sharvit, S., Zubery, E., Mankovski, E., Steiner, E., & Lock, J. D. (2016). Parent-based prevention program for the children of mothers with eating disorders: Feasibility and preliminary outcomes. *Eating Disorders*, *24* (4), 312–325. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1153400>.
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, *20*(1), 48–59. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>.
- Schmidt, U., Renwick, B., Lose, A., Kenyon, M., DeJong, H., Broadbent, H. et al. (2013). The MOSAIC study – Comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *14*(1), 160. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-160>.
- Schmidt, U., Ryan, E. G., Bartholdy, S., Renwick, B., Keyes, A., O'Hara, C. et al. (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>.
- Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 20–31. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.20>.
- Sevigny, P. R., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2016). Development and validation of the fathering self-efficacy scale. *Psychology of Men & Masculinity*, *17*(1), 92–102. <https://doi.org/10.1037/a0039659>.
- Squires, C., Lalanne, C., Murday, N., Simoglou, V., & Vaivre-Douret, L. (2014). The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: A longitudinal observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 274.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M. et al. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, *384*(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0).

- Stein, A., Woolley, H., & McPherson, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *British Journal of Psychiatry, 175*, 455–461.
- Stein, A., Woolley, H., Senior, R., Hertzmann, L., Lovel, M., Lee, J. et al. (2006). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: A randomized, controlled trial of video feedback. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 899–906. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.899>.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant, psychotherapy*. New York: CRC Press Book.
- Taborelli, E., Easter, A., Keefe, R., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2016). Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 89*(3), 308–323. <https://doi.org/10.1111/papt.12076>.
- Torgersen, L., Ystrom, E., Haugen, M., Meltzer, H. M., Von Holle, A., Berg, C. K. et al. (2010). Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Maternal and Child Nutrition, 6*(3), 243–252. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2009.00208.x>.
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 143–154.
- Treasure, J., Murphy, T., Sz mukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 343–347.
- Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C. et al. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: The impact on child emotional and behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*(7), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0178-0>.
- Watson, H. J., Torgersen, L., Zerwas, S., Reichborn-Kjennerud, T., Knoph, C., Stoltenberg, C. et al. (2014). Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Norwegian Journal of Epidemiology, 24*(1–2), 51–62.
- Watson, H. J., Von Holle, A., Hamer, R. M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P. et al. (2013). Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: A validation study in a population-based birth cohort. *Psychological Medicine, 43*(8), 1723–1734. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002516>.
- Weber, D. M., Fischer, M. S., Baucom, D. H., Baucom, B. R. W., Kirby, J. S., Runfola, C. D. et al. (2018). The association between symptom accommodation and emotional coregulation in couples with binge eating disorder. *Family Process, 1545–5300*. <https://doi.org/10.1111/famp.12391>.
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review, 17*(5), 338–449. <https://doi.org/10.1002/erv.925>.
- Zipfel, S., Wild, B., Gross, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D. et al. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *Lancet, 383*(9912), 127–137. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61746-8).