

Original

# Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio

R. Calvo Sagardoy<sup>1</sup>, L. T. Gallego Morales<sup>2</sup> y A. García de Lorenzo y Mateos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga Clínica. Hospital La Paz. IdiPAZ. Madrid. <sup>2</sup>Psicólogo Clínico. Hospital La Paz. IdiPAZ. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital La Paz. IdiPAZ. Madrid. España.

## Resumen

La necesidad de buscar tratamientos eficaces para los pacientes con Anorexia o Bulimia nerviosa ha inducido a los profesionales que les atienden a elaborar nuevas formas de tratamiento que tengan en cuenta las variables causantes de su resistencia al cambio. Los pacientes del presente estudio (2006-2009) presentan las siguientes características: 340 pacientes que llevan 7 o más años de evolución y/ o han intentado numerosos tratamientos previos sin que se haya logrado iniciar y/o mantener los cambios deseados, que les hayan permitido recuperarse de forma estable. En cuanto al tratamiento propuesto, la relación paciente-equipo terapéutico se apoya en los principios del modelo de capacitación. Éste, considera al paciente de forma integral, le informa y le provee de recursos para que incremente su compromiso de cambio. Enseña al paciente a cuidarse física y psíquicamente como medio de recuperar su salud y salir del trastorno de forma estable. Incluye a los familiares como apoyo esencial en la recuperación de su allegado/a. Los terapeutas requieren amplia experiencia en el tratamiento de TCA, flexibilidad, capacidad para integrarse con otros compañeros aunque utilicen modelos teóricos diferentes, habilidades para realizar sesiones grupales, capacidad para manejar emociones negativas y tolerancia a la frustración. Finalmente, el modelo que a continuación se presenta se ha puesto en práctica, ha recuperado a pacientes cuya permanencia en el trastorno superaba 15 años de evolución y laboralmente tenían la invalidez permanente.

(*Nutr Hosp.* 2012;27:763-770)

DOI:10.3305/nh.2012.27.3.5690

Palabras clave: Anorexia. Modelo de capacitación. Flexibilidad. Familia.

## TRAINING MODEL FOR INTEGRAL TREATMENT OF PATIENTS WITH EATING DISORDERS RESISTANT TO CHANGE

### Abstract

The need to find effective treatments for patients with Anorexia or Bulimia nervosa has led to the professionals who care for them to develop new forms of treatment that take into account the variables that cause resistance to change. Patients in this study (2006-2009) have the following characteristics: 340 patients who have 7 or more years of evolution and/or have tried numerous previous treatments without having succeeded in starting and / or maintaining the desired changes, that allowed them to recover steadily. As the proposed treatment, the patient-treatment team is based on the principles of the training model. It considers the patient holistically, it informs and provides him with resources to increase its commitment to change. Teaches the patient to take care physically and mentally as a way to regain their health and leave the disorder in a stable way. Includes family members as essential support in the recovery of their closest. Therapists require extensive experience in the treatment of ED, flexibility, ability to integrate with other team members even if they use different theoretical models, skills for group sessions, ability to handle negative emotions and frustration tolerance. Finally, the model presented below has been implemented, recovered patients whose stay in the disorder exceeded 15 years of development and led to permanent occupational disability.

(*Nutr Hosp.* 2012;27:763-770)

DOI:10.3305/nh.2012.27.3.5690

Key words: Anorexia. Training model. Flexibility. Family.

**Correspondencia:** Luis T. Gallego Morales.  
Hospital Universitario La Paz.  
Edificio Docencia.  
Paseo de la Castellana, 261.  
28046 Madrid. España.  
E-mail: lgallego.hulp@salud.madrid.org

Recibido: 21-XII-2011.

Aceptado: 8-I-2012.

## Introducción

La necesidad de buscar tratamientos eficaces para los pacientes con Anorexia o Bulimia nerviosa ha inducido a los profesionales que les atienden a estudiar las variables causantes de su resistencia al cambio. Ello ha puesto de manifiesto que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia y bulimia nerviosa, no son un grupo homogéneo, sino que se diferencian tanto por el diagnóstico como por la gravedad de su patología y su nivel de resistencia al cambio<sup>1,2</sup>. Estas diferencias se expresan en las dificultades de recuperación del trastorno, manifestadas a su vez en la cantidad de años que permanecen en el trastorno sin haber conseguido una mejoría estable.

Utilizando como criterio de diferenciación los años de evolución en el trastorno y/o las dificultades vinculadas con el equipo de tratamiento, nuestras investigaciones<sup>3,4</sup> han puesto de manifiesto la existencia de dos grupos de pacientes con diferencias muy notables en variables esenciales del trastorno. El punto de corte para que clasificar a los pacientes ha sido la permanencia en el trastorno durante 7 años o más y el intento de tratamiento con 3 o más equipos terapéuticos anteriores. Teniendo en cuenta los años en el trastorno, han surgido dos grupos claramente diferenciados: Un primer grupo al que he denominado de Corta/Media evolución y un segundo grupo al que he denominado de Larga evolución.

El grupo de Media/Corta evolución (hasta 4-5 años en el trastorno) presenta una gravedad leve-moderada. Ha desarrollado su propia personalidad, aunque insegura y dependiente de la imagen e inició el trastorno para encontrar su autoestima en la apariencia física delgada<sup>5</sup>. Muestra una capacidad cognitiva compleja, si bien algo desestructurada, pero su flexibilidad le permite procesar soluciones alternativas a sus problemas. Tiende a vincularse adecuadamente con el primer o segundo equipo terapéutico. Su patología requiere un tratamiento relativamente largo pero se desarrolla de forma progresiva y positiva de acuerdo a los cánones esperados. La modalidad de tratamiento ambulatoria suele ser suficiente para su recuperación, aunque durante el proceso terapéutico puede necesitar algún ingreso hospitalario que le permita remontar su peso a un nivel saludable o reducir la frecuencia de sus conductas purgativas.

El grupo de Larga evolución (7 o más años de evolución) y/o, presenta mayor gravedad. Suele haber realizado más de tres intentos de tratamientos previos y permanece anclado en el trastorno sin haber recuperado su salud. Con un procesamiento cognitivo y emocional muy deficitario<sup>6,7</sup>, busca su identidad y seguridad en la apariencia física delgada y en la apariencia psíquica perfecta<sup>8</sup>. Dentro de este grupo resistente, la paciente con un perfil anoréxico encuentra en la patología el sentido de su existencia. La paciente con un perfil bulímico<sup>9</sup> con una identidad fragmentada que le dificulta para dotar de sentido unitario sus experiencias, busca

en el trastorno el eje que estructure su existencia. En ambas, el trastorno es consistente con aquellas teorías que han interpretado la enfermedad como un espacio de "seguridad" ante una confusión interior tan enorme que les impide modular los impulsos a los que debe enfrentarse en su desenvolvimiento personal<sup>10</sup>. Sus decisiones y comportamiento posterior dependen de factores externos (imitación del mejor, eliminación de la responsabilidad) lo que les coloca en una posición muy rígida en el cumplimiento de las reglas.

## Características de los pacientes de larga evolución

El impacto físico-cognitivo-emocional y familiar que ha tenido y sigue teniendo la enfermedad, sitúa a estos pacientes en una posición de exclusión en todos los ámbitos de su vida. El grupo de anoréxicas crónicas se caracteriza por mostrar un aspecto emaciado debido a su incapacidad de mantener un peso mínimo, que puede haberse mantenido durante años en un IMC no superior al intervalo entre 13-15 puntos. Esta desnutrición severa ha deteriorado su salud física y psíquica. La atención-concentración se ha ido dañado de forma progresiva repercutiendo en la capacidad de fijar la información, por lo que el proceso de aprendizaje está muy afectado<sup>11</sup>. Si le quedan fuerzas físicas suelen seguir manteniendo un ritmo de ejercicio físico excesivo hasta llegar a la extenuación. Generalmente realizan algún tipo de deporte solitario o bien andan durante largos períodos de tiempo que pueden alargarse a 10-12 horas de actividad. Esta combinación de desnutrición severa y ejercicio extenuante produce desequilibrios graves de salud por lo que es frecuente que necesiten ser atendidas de forma urgente en el ámbito hospitalario donde suelen ingresar de forma involuntaria protestando porque, aseguran, se encuentran bien.

El grupo de bulímicas crónicas se caracteriza por mostrar una gran cantidad de síntomas físicos producto de sus conductas purgativas continuadas. La frecuencia de sus vómitos suele haberse incrementado de tal manera que es posible que su frecuencia sea de varios al día (entre 5-10, o más) lo que le impida salir de casa. El uso continuado de laxantes y diuréticos aumenta a tal extremo que numerosos días se producen desequilibrios electrolíticos y la paciente tiene que acudir a urgencias e ingresar para estabilizar su salud y no morir. Estos comportamientos le suelen llevar a bajas laborales continuas y de larga duración hasta que pierden su puesto laboral. En muchas pacientes bulímicas de larga evolución existen otros comportamientos impulsivos reflejo de un ímpetu que les impide establecer un tiempo entre el deseo y la acción; acción que se realiza sin pensamiento ni reflexión<sup>12</sup>. Especialmente preocupante es la impulsividad que desemboca en conductas auto-lesivas, abuso de sustancias y otros comportamientos "inadecuados". Ello les hace más proclives a necesitar uno o varios ingresos, realizar más

intentos de suicidio o presentar mayor dificultad para adherirse al tratamiento o a las prescripciones terapéuticas sugeridas.

En ambos grupos la enfermedad/trastorno produce un detenimiento en su desarrollo personal que impregna de sentimientos de vacío y fracaso toda su existencia. Y aunque algunos logran mantener su status laboral a pesar de sus condiciones físicas, la mayoría tiende a una posición de invalidez. Presentan aislamiento social y/o poca disponibilidad de apoyo social (muy limitado contacto social o percepción negativa de la disponibilidad de apoyo). La mayoría han tratado de realizar todos los tratamientos ofertados. Su actitud ante los tratamientos pasados y futuros es de desmoralización y desconfianza.

Los tratamientos actuales para pacientes con TCA, centrados en la reducción/eliminación de las conductas patológicas, no resultaron eficaces para los pacientes de larga evolución<sup>13,14,15,16,17</sup>. Tras sus fracasos terapéuticos, el paciente asume su situación de cronicidad y se hace a la idea de que su vida va a estar siempre marcada por el trastorno que absorbe su tiempo y anula otros campos vitales tales como familia, amigos y vida laboral. Finalmente la patología articula la existencia del paciente y se convierte en su identidad. Los profesionales encargados de atenderles se desanimaron y perdieron la motivación para intentar seguir ayudandoles. Si, en ocasiones, consiguieron que algunos pacientes pasaran a la acción, lograron cambios impuestos, sin un significado personal, y por ello fueron inestables, perdiéndose ante cualquier dificultad a la que tuvo que enfrentarse el paciente. Por ello, la posibilidad de seguir actuando únicamente con un modelo de control se hace imposible.

Si se observan estos tratamientos anteriores encontramos dos situaciones predominantes. Unos tratamientos en los que se han buscado a los más prestigiosos expertos en trastornos alimentarios para “recibir tratamiento”, lo que lleva implícitas determinadas creencias sobre el lugar de control del proceso de cambio<sup>18</sup>. El énfasis de la recuperación se pone en factores externos: (terapeuta que todo lo sabe y al que se obedece) y no en factores internos (personales y familiares) que impliquen aprendizaje y existencia propia. Otros tratamientos en los que se ha controlado y obligado al paciente a reducir o eliminar sus síntomas sin ninguna comprensión de su trastorno ni preparación para el cambio. En ambos casos no se producen las condiciones necesarias para mejorar de forma estable por lo que los logros obtenidos por seducción o control se pierden cuando se eliminan estos vínculos perniciosos.

### *Deficiencias del proceso volitivo*

Nuestra investigación sobre factores cognitivo/emocionales de resistencia al cambio<sup>4</sup> y la experiencia clínica basada en la evidencia tras 30 años de trabajo clínico, han puesto de manifiesto que estas pacientes con

TCA de larga evolución muestran graves deficiencias en su proceso volitivo<sup>19,20</sup>. Su procesamiento cognitivo, que tiende a ser concreto y literal, ausente de abstracción, con problemas en la simbolización, el uso del doble sentido, el humor o la comprensión de metáforas, dedica la mayor parte de sus recursos atencionales hacia el control del cuerpo y la comida. Cuando se enfrentan a cualquier error, por mínimo que sea, lo califican de fracaso personal lo que les produce una preocupación recurrente hacia el error cometido. Ambas características cognitivas —sesgo atencional y preocupación recurrente—, bloquean su memoria de trabajo e impiden el cambio<sup>21</sup>. Cualquier mínimo compromiso para disminuir sus comportamientos patológicos se pierde al tratar de aplicarlo al mundo real, lo que contribuye al aumento de la sensación de incapacidad que permanentemente les embarga. Ellas mismas se perciben menos eficaces, menos flexibles y menos adaptados que las pacientes de menor evolución en el trastorno<sup>22,23</sup>.

*La intensidad del apego a sus síntomas* es única, por lo que la solución de su sintomatología se identifica con la pérdida de sus atributos más valiosos<sup>24,25</sup>. Especialmente importante es la percepción anticipada de pérdida de beneficios tales como el sentido de su identidad, su medio de supervivencia psicológica. Normalizar la comida y dejar de controlar no sólo despierta o moviliza el miedo al descontrol o la gordura sino que supone entregar su identidad y colocarse en el vacío y la nada.

### *Desarrollo de la enfermedad y características del proceso de tratamiento*

Además de las características personales de las pacientes de larga evolución, existen características en el surgimiento y evolución de la enfermedad que se asocian a una peor evolución: Edad de comienzo muy temprana; Edad de comienzo tardía; Pesos mínimos muy bajos; Frecuencia e intensidad del uso de estrategias purgativas. Tiempo transcurrido antes del primer contacto con los equipos de Salud Mental. Dificultades de vínculo en la relación terapéutica.

### *Relaciones familiares*

La familia de una paciente resistente y de larga evolución suele venir a tratamiento con una gran desconfianza en el proceso y exhausta emocionalmente. Es sorprendente que la comunicación familiar siga alrededor de los síntomas y que o bien nadie les ha enseñado a comunicarse de otra manera o no lo han logrado aprender.

Los familiares y allegados tienen mucho miedo de relacionarse con su hija. Temen preocuparla y producirle conductas negativas que la empeoren. Debido a sus sentimientos de culpa sobre su papel en la gestación y desarrollo de la enfermedad experimentan muchas

dificultades relacionales, colocándose en una posición de sometimiento a los dictámenes de la paciente<sup>26</sup>. Especialmente el padre, ejerce de “taxista” y “recaudero”, siendo incapaz de negarse a los caprichos de comidas, cada vez mas bizarras, entra en franco conflicto con la madre a la que ve como excesivamente exigente. La madre que como todos los demás miembros familiares se encuentra agotada puede también someterse pero conservando una posición de continua crítica hacia la hija, a la que sigue con comentarios y señalamientos negativos.

### Aspectos psicoterapéuticos diferenciales de los TCA de larga duración

Debido a esta larga evolución de los pacientes de la Unidad TCA y a sus dificultades para mejorar con los tratamientos habituales<sup>23</sup>, se ha desarrollado un nuevo modelo de actuación y tratamiento al que he denominado “Modelo Santa Cristina”. El modelo tiene un formato de intervención intensiva, hospitalización parcial u hospital de día. El marco general de actuación con estas pacientes se apoya en la relación paciente-equipo terapéutico, propuesto por el Modelo de Capacitación (Empowerment), ya que la posibilidad de seguir actuando únicamente con un modelo de control se hace imposible.

El objetivo primordial es conseguir que, a través de las *decisiones informadas*, el paciente vaya realizando un tránsito desde el control externo de sus cuidados hasta el despliegue de sus capacidades de autocuidado personal. Estos auto-cuidados incluyen los aspectos médicos, nutricionales, psíquicos y relacionales necesarios para enfrentar su existencia de forma positiva y sin síntomas. Las conductas patológicas no se castigan ya que sirven para establecer un tratamiento individualizado. Se estudian sus antecedentes y consecuentes lo que permite realizar un abordaje individualizado. Esta posición elimina engaños y proporciona esperanza de cambio. No se prescriben controles, vigilancias o cerramientos de puertas. Sí se aconseja a los familiares que establezcan límites y defiendan sus pertenencias<sup>27</sup>.

El tratamiento necesita tiempo e intensidad. El promedio de duración suele ser de 12-18 meses ya que se deben salvar los obstáculos de la motivación, la ganancia de peso e incluso los ingresos en algún momento del tratamiento. En los casos más complicados, la mejoría puede lograrse tras más de 2 años de tratamiento. El punto de inflexión a la mejoría se produce cuando el/la paciente decide por si mismo/a que quiere salir del trastorno, pues a partir de ahí la lucha con el equipo desaparece. Este hecho tiende a acontecer tras al menos 9-12 meses de tratamiento. La recuperación paulatina requiere que el paciente haya incorporado recursos psíquicos suficientes para iniciar alguna acción sin que ello signifique obligatoriamente el descontrol. Puesto que los pasos que den hacia su recuperación les deben producir seguridad, los incrementos de comida, la

incorporación de una mayor variedad de alimentos, el establecimiento de unos horarios, etc. tienen que ser pequeños y estables. Lograda esta estabilidad se pueden emprender cambios que impliquen un mayor compromiso en el proceso de mejoría.

Las primeras entrevistas tienen un doble objetivo: obtener información sobre lo acaecido hasta este momento y ayudarles a aliviar su angustia. Siempre manteniendo una posición realista sobre los resultados y duración del tratamiento, sin hacer promesas que luego no puedan cumplirse. Finalmente se llega a un primer acuerdo entre el equipo, la paciente y sus familiares acerca de cuales son las metas apropiadas, sin sobre-estimar lo que puede conseguirse pero sin subestimar el potencial de cambio. Esta negociación es especialmente difícil con la paciente anoréxica cronicada. Ella suele considerar que incrementar el peso y/o cambiar sus rituales de comida es algo coercitivo y si se le fuerza va a abandonar o ir a la huelga de hambre. En esa situación es posible e incluso moralmente necesario admitir como meta de tratamiento de inicio el mantenimiento de un peso mínimo de seguridad en el que no peligre su vida de forma inminente y ayudar a mejorar su calidad de vida sin que se restaure el peso a su nivel normal<sup>19</sup>. No obstante, en situación de deterioro agudo el objetivo terapéutico es incuestionable: salvar la vida del paciente con o sin su cooperación.

El tratamiento comienza con el *cuidado del paciente* que se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar, siendo el estado de salud y su monitorización la primera responsabilidad del personal médico que le atiende. La frecuencia de esta monitorización depende del nivel de salud que tenga el paciente. Paralelamente, de cara a minimizar la oposición y resistencia, y antes de cualquier acción terapéutica, se imparten un conjunto de sesiones informativo-educativas<sup>28</sup> sobre la naturaleza del trastorno y las opciones de tratamiento desarrolladas que pueden permitirles *participar en las decisiones terapéuticas*, empezando así a atenuar su sometimiento. Además:

- Se revisan los intentos de tratamiento previos de forma exhaustiva para ver que les ayudó y que no.
- Se estudian, conjuntamente, que variables les llevaron al fracaso en los otros tratamientos.
- Se escucha cuales son las metas que trae a este nuevo tratamiento, respetando sus creencias y a la vez, tratando de evaluar si dichas metas se basan en distorsiones depresivas o percepciones realistas.
- Se les informa que el tratamiento no es un control de su patología sino un proceso en el que debe realizarse un tránsito progresivo desde los cuidados que les da el equipo en todos los ámbitos de sus dificultades: físicas, psíquicas y relacionales hasta los auto-cuidados.
- Cuando se les piden pequeños cambios y no se logran, se instan a que no los califiquen de fracaso sino de oportunidad para aprender.

- Aminorar su sufrimiento. Las técnicas de relajación, meditación y distensión les ayuda a aliviar tanta tensión y puede ser el comienzo de su aceptación personal.
- En relación íntima con el objetivo anterior, se inicia o aumenta su capacidad para obtener un trato digno por ellas mismas, sus familiares allegados o incluso desconocidos. Que tengan derecho a defenderse cuando les insultan, descalifican o se les niega el derecho a existir como personas, porque están “así”. Este trabajo necesita no sólo una reestructuración cognitiva sino un entrenamiento asertivo con gran cantidad de ensayo conductual.

Una vez establecidas estas indicaciones se realiza una aproximación cognitivo-conductual que guíe intervenciones directas para situar la comida en su sitio física<sup>29</sup> (lugar, cantidad, variedad, ritmo) y psíquicamente (no usar la comida para evitar emociones o pensamientos negativos); pero teniendo en cuenta que no se pueden hacer un conjunto de técnicas sin considerar los aspectos existenciales de cada paciente o lo que es lo mismo, trabajar un contexto vacío.

El proceso terapéutico dedica gran parte de su tiempo a ampliar su resiliencia. La *resiliencia* es la capacidad de una persona para sobreponerse y seguir proyectándose en el futuro a pesar de contratiempos, acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles, períodos de dolor emocional, problemas de salud y traumas graves<sup>30</sup>. Se trabaja mediante el incremento de su auto-conocimiento, de tal forma que el/ella, al observar y comprender el sentido de sus conductas, transforme su manera de actuar y resuelva positivamente sus problemas. Crea tácticas motivacionales y volitivas. Flexibiliza su pensamiento. Ayuda a detectar y expresar sus emociones. Enseña formas nuevas de afrontar su existencia que le permitan el control sobre otros aspectos de su vida. Disminuye el miedo a la gordura y apoya para dejar de usar la comida (no comer/comer en exceso) como forma de manejo de conflictos.

El tratamiento incluye, de forma explícita, el significado emocional asociado al proceso cognitivo ya que esta unión facilita el cambio terapéutico<sup>3</sup>. Si las técnicas de reestructuración cognitiva se realizan de forma mecánica, aunque la paciente adopte estilos cognitivos aparentemente adecuados (expresiones que incluyen flexibilidad, moderación, tolerancia e incluso positividad y autoestima), las mejorías serán inestables. Estos cambios cognitivos implican una activación y expresión emocional genuina, lo que genera en la paciente cambios intrapsíquicos autogenerados obligatorios para que el beneficio terapéutico se establezca y la paciente inicie un crecimiento psíquico que le permita salir de su cronificación.

Además, se estudia y ayuda a *afrontar los miedos* que paralizan la decisión de mejorar. Según nuestra experiencia, el miedo más invalidante es el de perder el control al iniciarse la mejoría. No es un miedo banal ya que si sus deseos han estado petrificados es por algo. Una de las razones más importantes es que no tienen la

certeza de que puedan controlarse una vez que se hayan verificado. La fuerza de los impulsos y la cantidad de deseos contenidos en estos años de enfermedad producen la amenaza de los atracones, la gordura, el caos conductual, y el descuido del orden, el deber y las estructuras mentales. Esta intensidad debe atenuarse con la propia relación terapéutica, incrementando el número de consultas y contactos terapéuticos. La propia teoría psicológica insta al terapeuta a utilizar las técnicas adecuadas. Los aspectos más angustiosos se enfrentan con técnicas de manejo de ansiedad tales como la relajación, meditación, desensibilización sistemática, exposición y prevención de respuestas.

Otros miedos muy importantes surgen cuando deben afrontar las pérdidas durante el trastorno, especialmente el miedo a no tener tiempo ya de recuperar una relación sentimental o la constatación de la pérdida de la fertilidad. El reconocimiento de que el tiempo ha pasado y el enfrentamiento a todo lo que ha perdido, puede producir una gran ansiedad y potenciar los autocastigos y las auto-lesiones. Así que se le debe proteger la depresión y trascender los objetivos de un logro exclusivamente material como la finalidad en la vida. Quizás ya no hay tiempo para el triunfo y la posesión de muchas cosas pero siempre hay tiempo para encontrarse con uno mismo y desde ahí poder establecer alguna relación de intimidad y pertenencia.

En relación con este punto surge la necesidad que tienen todos los pacientes de larga evolución de encontrar *apoyo social*: proporcionar información (consejos, información —una vez en semana se comentan los periódicos y se debaten las noticias actuales que eligen—, feedback sobre su forma de vestir, peinarse, etc., ya que algunas están muy desfasadas); y ayudar a conseguir una interacción social positiva (disponibilidad de otras personas para hacer actividades lúdicas: las más recuperadas ayudan a las otras/os a conocer sitios donde la gente sale, cafeterías, discotecas, tiendas, museos, librerías, la música y los libros de moda, las bebidas que se piden, etc.).

La *insatisfacción y/o la distorsión corporal* requieren de una exposición “en vivo” a la imagen corporal temida y/o distorsionada<sup>31,32,33</sup>. Hemos elaborado un programa de tratamiento específico que incluye los miedos y las distorsiones. Su objetivo es “caminar hacia una percepción clara y verdadera del cuerpo, celebrando y apreciando sus formas naturales y encontrando su armonía”. El procedimiento general de intervención se enmarca dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, si bien los ejercicios y juegos que constituyen las 20 sesiones del programa, proceden del ámbito de la Expresión Corporal. El programa consta de tres fases<sup>34</sup>: El cuerpo rechazado - Mi cuerpo - Aceptando mi cuerpo.

*Tratamiento a la familia*: Es sorprendente observar que a pesar de los muchos años que han pasado y de los variados tratamientos recibidos las relaciones familiares permanezcan invariables. Nuestro equipo establece una fuerte alianza con ellos lo que les proporcione la fuerza necesaria para restaurarles e incluso iniciarles en el ejer-

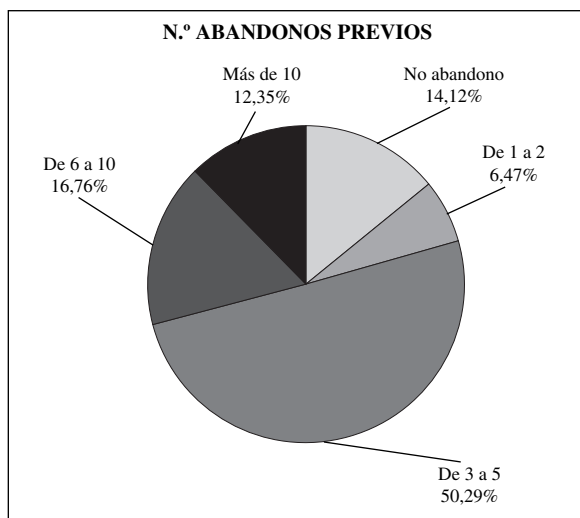


Fig. 1.—Tasa de abandonos de tratamientos previos 85,88%.

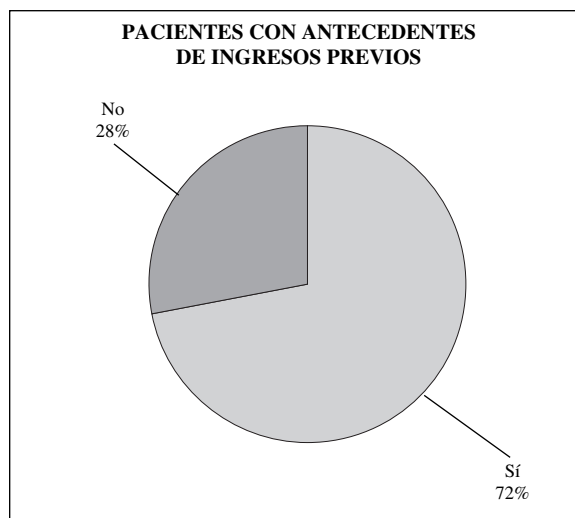


Fig. 3.—Tasa de ingresos antes de incorporarse a esta Unidad, 72%.

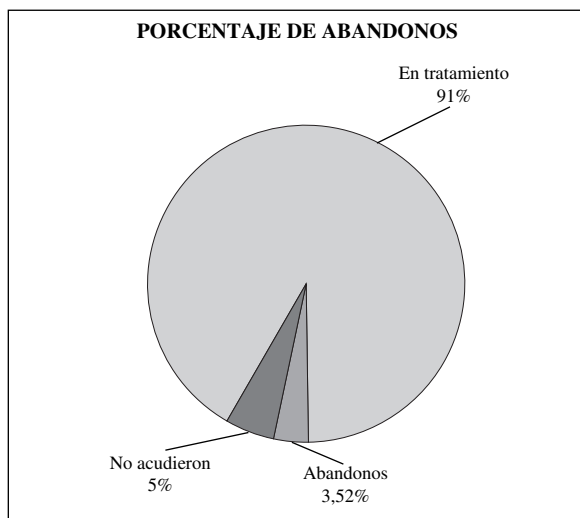


Fig. 2.—Tasa de abandonos del tratamiento en la UTCA (3,5%). No acudieron a la 1.ª cita (4,69%); total de pérdidas: 8,21%.

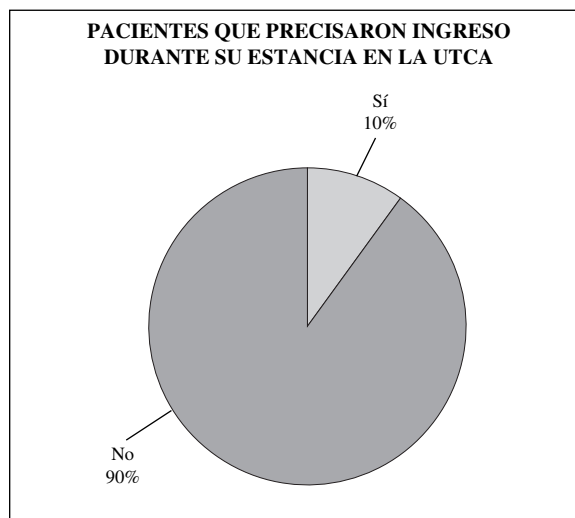


Fig. 4.—Tasa de ingresos desde su incorporación en la UTCA, 10%.

cicio de su autoridad en la casa. La paciente tratará el desestabilizar esta alianza y así mantener el poder que ha obtenido de la enfermedad. El terapeuta y los padres deben conocer que la paciente está aterrada de su propio poder y que cuando los padres asumen su responsabilidad y se atreven a limitarla le alivian de su gran ansiedad y pueden precipitar el inicio de su recuperación. No ha sido infrecuente ver en estos años como cuando por fin la madre se atreve a ser ella misma, pone límites a las demandas de la paciente, tolera las tergiversaciones de información que atentan a su imagen de madre buena/perfecta y no responde con agresividad y críticas, la paciente encuentra en casa un espacio de seguridad y bienestar que la llevan a la aceptación del cuidado materno y de su comida. La fuerza de los familiares es tan grande que, cuando la paciente no acude a ningún tipo de tratamiento, los cambios establecidos en la relación familiar potencian la recuperación<sup>26,27</sup>.

**Características de los terapeutas:** los terapeutas deben poseer una amplia experiencia en el tratamiento de TCA. Flexibilidad cognitiva. Capacidad para integrarse con otros compañeros que utilicen modelos teóricos diferentes. Habilidades para llevar grupos; Manejo de las emociones negativas. Tolerancia a la frustración.

#### Organización de la Unidad y Flexibilidad horaria en la Unidad TCA

El tratamiento se realiza en formato de hospital de día. El paciente con perfil anoréxico acude en horario de mañana desde las 8:30 a las 15:30. El paciente con perfil bulímico acude en horario de tarde desde las 3:00 hasta las 9:00. Esta pauta no es totalmente rígida ya que si algún paciente, por motivos laborales u otros motivos personales no puede acudir en el turno asig-

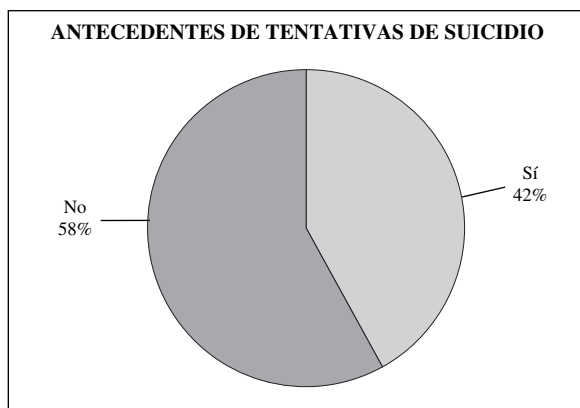


Fig. 5.—Tasa de tentativas de suicidio que presentaban antes de su incorporación a la Unidad, 42%.



Fig. 7.—Tasa de autolesiones que presentaban antes de nuestro tratamiento en la Unidad, 42,75%.

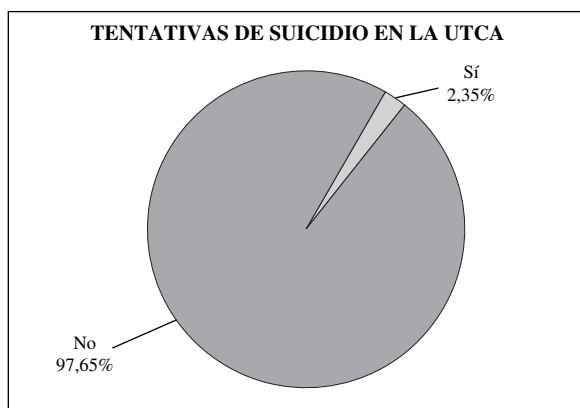


Fig. 6.—Tasa de tentativas de suicidio desde su incorporación en la UTCA, 2,35%.

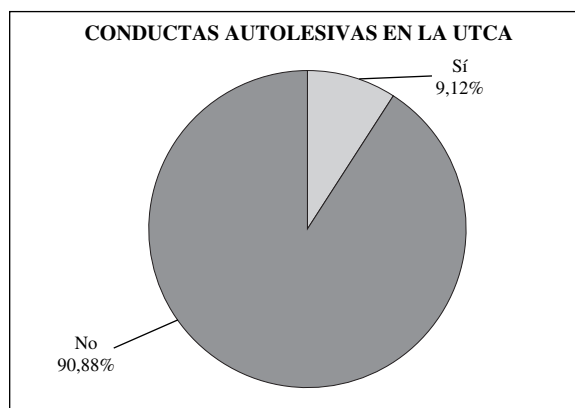


Fig. 8.—Tasa de autolesiones desde su incorporación en la UTCA, 9,12%.

nado, se negocia la posibilidad de encajar en un turno diferente.

Con el fin de minimizar la oposición y resistencia de las pacientes y, así, facilitar aún más los beneficios del modelo, hemos establecido la *flexibilidad horaria* como otro elemento más de cambio terapéutico.

- El horario se flexibiliza durante los 3 primeros meses de estancia en la Unidad, en aquellos pacientes cuya gravedad les impediría acudir de forma regular. En este caso, el paciente negocia con el equipo el número de horas que acude a la unidad y la franja horaria en la que recibirá el tratamiento. El objetivo es conseguir la adherencia al tratamiento de las pacientes TCA graves y de larga evolución.
- Por otra parte, el horario se amplía cuando su salud requiere mayor contención médico/psiquiátrica. El Hospital de Día amplía el número de horas de atención a pacientes graves con el fin de proporcionarles mayores cuidados médicos, enfermeros, nutricionales y mayor contención psicológica en momentos de angustia. El objetivo es reducir el número de ingresos, las tentativas de suicidio y las autolesiones y seguir el tratamiento en su entorno habitual, clave para su completa recuperación.

### Resultados del modelo en 3 indicadores de calidad del tratamiento

Este nuevo modelo de actuación terapéutica aporta un cambio de tendencia en el proceso de recuperación al facilitar la mejoría global del paciente. Dado que se van a ir publicando los datos de las características de los pacientes y de su recuperación, únicamente se señalan tres indicadores de calidad que apoyan este enfoque:

- Disminución de la tasa de abandonos en comparación a la tasa de abandonos en tratamientos previos a la incorporación a la Unidad TCA (figs. 1 y 2).
- Disminución del número de ingresos en comparación a la frecuencia de ingresos previos a la incorporación a la Unidad TCA (figs. 3 y 4).
- Disminución del número de tentativas de suicidio en comparación a la frecuencia de tentativas de suicidio previas a la incorporación a la Unidad TCA (figs. 5 y 6).
- Disminución del número de conductas autolesivas en comparación a la frecuencia de conductas autolesivas previas a la incorporación a la Unidad TCA (figs. 7 y 8).

La adherencia al tratamiento, el descenso de conductas autolesivas (autolesiones y tentativas de suicidio) y el mantenimiento de unos mínimos de salud que les permite mantener el tratamiento en su domicilio facilitan la realización del tratamiento en toda su complejidad y duración, lo que lleva a incrementar las probabilidades de recuperación. Ha habido pacientes que se han recuperado después de más de 20 años de evolución en el trastorno.

Las figuras están elaboradas sobre 340 pacientes con diagnóstico de Anorexia-Bulimia Nerviosa, que acudieron a tratamiento al Hospital de Día "Santa Cristina" de Madrid, durante el periodo de tiempo comprendido entre 2006-2009.

## Referencias

- Achtziger A, Gollwitzer PM: "Rubicon model of action phases". In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Encyclopedia of social psychology*, (2007). Vol. 2: 769-771. Thousand Oaks, CA: Sage.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. "Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders". *American Journal of Psychiatry* 2000; 157 (1 Suppl.): 1-39.
- Calvo R. "Cronicidad en los trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa". *Revista AETCA* 1998; 2.
- Calvo R. "Factores cognitivos y resistencia al tratamiento en los TCA: forma activa vs. pasiva". Comunicación Congreso ECED: European Council on Eating Disorders. 1999, Estocolmo.
- Birmingham CL, Sidhu FK. "Complementary and alternative medical treatments for anorexia nervosa: case report and review of the literature". *Eat Weight Disord* 2007; 12 (3): 51-3.
- Channon S, Hemsley D, De Silva P. "Selective processing of food words in anorexia nervosa". *British Journal of Clinical Psychology* 1988; 27: 259-260.
- Cox BJ, Kuch K, Parker JDA, Shulman ID, Evans RJ. "Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain". *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38 (6): 523-527.
- Glauert R, Rhodes G, Fink B, Grammer K. "Body dissatisfaction and attentional bias to the thin bodies" *I J Eating Disorders* 2010; 43 (1): 42-49.
- Black GC, Wilson T, Labouvie E, Heffernan K. Selective processing of eating disorder relevant stimuli: Does the Stroop Test provide an objective measure of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22: 329-333.
- Bruch H. "La jaula dorada: El enigma de la anorexia nerviosa". Ed. Paidós, Barcelona-México, 2002.
- Faunce GJ. "Eating Disorders and attentional Bias: A Review". *Eating Disorders* 2002; 10: 125-139.
- Gollwitzer PM, Oettingen G. "The psychology of motivation and action". In J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Oxford, U.K.: Elsevier Science (2002), pp. 10105-10109.
- Fairburn C, Wilson T. "Binge Eating: nature, assessment and treatment", The Guilford Press, 1993.
- Needleman GD. "Steep-care and decision-tree models for treating eating disorders". En Thompson K. "Body Image, Eating Disorders, and Obesity". *Am Psych Ass* 1996: 225-252.
- Jantz G. "Hope, Help, and Healing for Eating Disorders: A New Approach to Treating Anorexia, Bulimia, and Overeating". *Self-help Psychology*, Shaw editores, 2002.
- Murphy R, Straepler S, Cooper Z, Fairburn CG. "Cognitive behavioral therapy for eating disorders". *Psychiatr Clin North Am* 2010; 3 (3): 611-27.
- Wilson GT. "Eating disorders, obesity and addiction". *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18 (5): 341-51.
- Sheeran P, Milne S, Webb TL, Gollwitzer PM. "Implementation intentions and health behaviour". In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* Berkshire, UK: Open University Press; (2005), 2nd Ed., pp. 276-323.
- Hamburg P. "How long is long-term Therapy for Anorexia Nervosa? En Wernw, J. "Treating Eating Disorders". Jossey-Bass Inc. USA, 1996.
- Gallese V. "Motor abstraction: A neuroscientific account of how action goals and intentions are mapped and understood". *Psychological Research* 2009; 73 (4): 486-98.
- Rieger E, Schotte DE, Touyz SW, Beumont PJV, Griffiths R, Russell J. "Attentional biases in eating disorders: A visual probe detection procedure". *International Journal of Eating Disorders* 1998; 23: 199-205.
- Button E, Warren RL. "Living with anorexia nervosa: the experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service". *European Eating Disorders Review* 2001; 9 (2): 74-96.
- Calvo R. "Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria". En E. García-Camba (ed.): *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Ed. Masson, Barcelona, 2001, pp. 191-213.
- Vitousek KB. *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa*. En K. D. Brownell y C.G. Fairburn: *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press; 1995.
- Vitousek K, Hollon SD. "The investigation of schematic content and processing in eating disorders". *Cognitive therapy and research* 1990; 14: 191-214.
- Calvo R. "Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas". Planeta Prácticos, 2ª ed., Barcelona, 2002.
- Calvo R. "Trastornos de la Conducta Alimentaria: cómo actuar desde la familia" Dirección general de Familia. Comunidad de Madrid, 2008.
- Loria-Koren V, Gómez-Candela C, Lourenço-Nogueira T et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp* 2009; 24: 558-67.
- Herrin M. "Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders". P. A. Brunner Routledge; 2003.
- Barsky AJ, Klerman GL. "Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles". *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273-283.
- Cash T. "The treatment of body image disturbance". En Thompson K. *Body Image, Eating Disorders and Obesity* 1996: 83-107. APA.
- Cash and Pruzinsky. "Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice", Guilford Press, 2002.
- Jáuregui-Lobera I, Romero-Candau J, Bolaños-Ríos P et al. Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutr Hosp* 2009; 24: 568-73.
- Berlucchi y Aglioti. "The body in the brain revisited". *Exp Brain Res* 2010; 200 (1): 25-35.