



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2016-2017



Trabajo Fin de Máster

Intervención psicológica en Trastornos Alimentarios: Análisis de dos casos
en el contexto hospitalario

Autora: Seila Gándara Ramírez

Tutoras: María José Quiles

Sebastián Yolanda Quiles Marcos

RESUMEN. El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados de la intervención cognitivo-conductual, con un diseño A-B, en dos adolescentes ingresadas en la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital de San Juan. Los diagnósticos de las pacientes eran Anorexia Nerviosa restrictiva y Trastorno Evitativo/Restrictivo de la ingesta. Los objetivos de este tratamiento fueron: la restauración de un peso mínimo saludable y normalización de los hábitos alimentarios, la mejora de la autoestima, y la eliminación de las conductas y pensamientos mantenedores de los trastornos. Los instrumentos de evaluación empleados fueron el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), el Test de Siluetas para Adolescentes (TSA), el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Depresión de Beck (Beck-II). Los resultados indicaron una evolución favorable en ambas pacientes respecto a la recuperación ponderal y la autoestima. En una de las pacientes disminuyeron los niveles de depresión, y en la otra, mejoró la distorsión de su imagen corporal y las puntuaciones en el EDI-2.

PALABRAS CLAVE. Estudio de caso; anorexia nerviosa; trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta; tratamiento hospitalario

ABSTRACT: The objective of this research was to analyze the results of a Behavioral-Cognitive intervention, with a model A-B, in two teenagers diagnosed who were admitted to the Eating Disorder Unit in the San Juan Hospital. The diagnostics of the patients were restrictive Anorexia Nervosa and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. The objectives of such treatment was to restore healthy minimum weight, to get regular meal pattern, improve self-esteem and remove maintainers behaviors and cognitive distortions of the disorders. The assessment tools used on these cases were the Eating Disorder Inventory (EDI-2), Shape Test for Teenagers (TSA), Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) and the Beck Depression Inventory (Beck-II). The results indicated a favorable evolution of both patients about weight recovery and improved self-esteem. Depression levels decreased in one of the patients, and in the other, improved the distortion of her body image and EDI-2 scores.

KEY WORDS: case study; Anorexia Nervosa; Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder; Hospital treatment.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas que acarrearán severas anomalías en el comportamiento de la ingesta (Raich, 2011). Se consideran como una de las áreas de mayor preocupación en el ámbito sanitario, debido al aumento de sus tasas de incidencia, prevalencia y su alta mortalidad (Larrañaga, Docet y García-Mayor, 2012). Éstas se estiman en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos, y al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes; con edades situadas entre los 12 y los 21 años (Peláez, Raich y Labrador, 2010).

Dentro de los TCA, el DSM V incluye: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, pica, trastorno de rumiación, trastorno evitativo/restrictivo, trastorno por atracón u otros trastornos especificados (American Psychiatric Association, 2013). Nos centraremos en la anorexia nerviosa (AN) y trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta, porque son el objetivo de nuestro trabajo.

La anorexia nerviosa se manifiesta por un rechazo a mantener el peso corporal normal para su talla y edad; miedo intenso a ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal, y la alteración de la percepción del peso o la imagen corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación o negando el peligro que comporta el bajo peso. Viene acompañada de la práctica de conductas que mantienen el trastorno: restrictivas (donde la pérdida ponderal es debida a una dieta hipocalórica, ayuno y/o ejercicio físico excesivo) y/o purgativas (presentando sobreingestas y purgas, mediante vómito autoinducido, uso de laxantes y/o diuréticos).

El trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta es un cuadro clínico que presenta ciertas conductas que impiden cumplir con unas adecuadas necesidades energéticas,

asociadas a una pérdida relevante de peso, deficiencia nutritiva significativa, y/o interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

Los TCA se caracterizan por una inestabilidad evolutiva y una duración prolongada del tratamiento, que aumenta el riesgo de cronificación y recaídas (Fairburn y Cooper, 2011). No se ha conseguido aún una intervención eficaz que trate con un éxito unánime estos trastornos (Fairburn, Cooper y Shafran, 2011). Por ello, en la rehabilitación psicológica se utilizan distintos tipos de terapia: cognitivo-conductual, interpersonal, psicoanalítica y de grupo (Celis y Roca, 2011). Aún así, la terapia cognitivo-conductual es considerada como la más eficaz, ya que obtiene mejoras clínicas más significativas y mayor apoyo empírico (Saldaña, 2010).

Los TCA tienen un origen multifactorial, incluyendo los factores individuales predisponentes y mantenedores del trastorno. Estos están relacionados con el perfeccionismo y el desarrollo de actitudes de rigidez cognitiva, la baja tolerancia a la frustración, una autoestima baja e insatisfacción corporal debida a una distorsión de su imagen corporal (Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Peck y Lightsey, 2008; Raich, 2011; Asuero, Avargues, Martín y Borda, 2012).

Los objetivos que se plantean para el tratamiento de estos pacientes son la recuperación ponderal media y reinstaurar patrones de alimentación saludables. De esta manera, se restablecen las manifestaciones fisiológicas afectadas (hipotensión, amenorrea, bradicardia, etc); y se modifican conductas restrictivas y purgativas derivadas de la excesiva preocupación por el peso y los alimentos (Jágueri-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012).

A nivel psicológico el objetivo es reestructurar la alta presencia de pensamientos obsesivos y distorsiones cognitivas relacionadas con el peso, la comida y la identidad

asociada a una imagen corporal de extrema delgadez (Dryden y Ellis, 2001). Para su modificación, se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva y exposición gradual con prevención de respuesta.

Otro objetivo importante es reducir la sintomatología afectiva, ya que existe una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad, conductas impulsivas y síntomas depresivos (Comeche, 2013). Para tratar esta afectación emocional, se emplean estrategias para el manejo de la ansiedad, control de impulsos y activación conductual.

También deben abordarse las relaciones y habilidades interpersonales. A nivel social, presentan un gran empobrecimiento en la relación con su entorno, debido al aislamiento de situaciones donde puedan ser observadas o juzgadas (Gismero, 2001). Involucrar a la familia en el proceso de recuperación es importante para reestructurar los posibles aspectos disfuncionales (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013).

En la provincia de Alicante, existen distintos dispositivos de atención de estas patologías: en régimen de centro de día y Unidades de Salud Mental, a nivel ambulatorio; y la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de San Juan (UTCA), como recurso de ingreso hospitalario.

El objetivo de este trabajo es examinar los resultados de una intervención de corte cognitivo-conductual y la rehabilitación nutricional en dos adolescentes durante su ingreso en la UTCA. Sus diagnósticos eran anorexia nerviosa restrictiva y trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta reactivo a un trastorno afectivo.

Participantes

A continuación, se exponen los datos sociodemográficos, el motivo de ingreso y el análisis funcional de las dos pacientes con las que se ha llevado a cabo la intervención terapéutica en la UTCA.

Identificación de la paciente L. y motivo de ingreso.

L., mujer de 20 años de edad, ingresó en Octubre de 2016 en la UTCA para tratar su desnutrición y para evaluar su conducta alimentaria. En ese momento, L. cursaba 2º de Bachillerato por segunda vez. La paciente convivía con sus padres y dos hermanos mayores que ella, aunque el mediano de estos solía pasar largas temporadas en casa de su novia. La paciente verbalizó que el hermano mayor realizaba habitualmente un consumo de drogas, y que el padre presentaba conductas reiteradas de juego y una ingesta importante de alcohol. A pesar de la buena relación que la paciente refería con ambos progenitores, manifestaba un deterioro a nivel familiar. Ello era debido a las disputas familiares que se generaban, sobre todo entre su madre y el hermano mayor, ya que el padre se mantenía casi siempre al margen.

El trastorno de la conducta alimentaria contaba con un cuadro de evolución de menos de un año, acusándose durante el verano de 2016, donde la paciente explicaba realizar solamente una o dos tomas diarias. La paciente refería no haber objetivado nunca su estado ponderal.

La paciente acudía a tratamiento psiquiátrico ambulatorio en su centro de salud desde Febrero de 2016 por un trastorno afectivo de un año de evolución. Refería no encontrarse bien en el último año por problemas en el ámbito emocional tras una ruptura

con su pareja, conflictos en su entorno social y un mal rendimiento académico. Todo ello le produjo una pérdida de apetito y, por tanto, una disminución de la ingesta sin intención explícita de perder peso. Durante este tratamiento, no percibieron su bajo peso, pautándole psicofármacos que se mantuvieron durante el ingreso (paroxetina: 1/2-0-0 y mirtazapina: 0-0-1), y trabajando durante 1 sesión mensual la sintomatología depresiva. Una vez objetivaron el estado de desnutrición de la paciente, fue remitida al centro de día CREA en Octubre de 2016, desde donde se derivó para ingreso inmediato a la UTCA. La sintomatología que presentaba en el momento del ingreso era:

- Falta de interés aparente por comer o alimentarse.
- IMC de 13.89 (desnutrición grave).
- Patrón de ingestas irregulares y selectivas en cantidad y calidad alimenticia, variando según función de su estado de ánimo.
- Negación de conductas purgativas (vómitos o uso de laxantes y/o diuréticos).
- Mantenimiento del periodo menstrual regular.
- Autoestima y tolerancia a la frustración bajas.
- Estado de ánimo distímico, presentando anhedonia, apatía y cambios de humor.
- Acusados síntomas físicos: mareo, cansancio y parestesia.
- Desregulación del sueño: largos periodos de tiempo durmiendo.
- Ansiedad social: aislamiento y absentismo escolar.

Formulación clínica del caso.

Estímulos antecedentes:

- Ruptura sentimental con su pareja.
- Distanciamiento de sus amigas más cercanas.
- Empeoramiento del rendimiento académico.
- Mala relación familiar entre sus padres y su hermano mayor.
- Ingestas desorganizadas, escasas y de valor nutritivo insuficiente.

Variable organísmica:

- Referentes biológicos anteriores: La paciente se había mantenido siempre en percentiles bajos de la curva de crecimiento.
- Antecedentes orgánicos: Las escasas ingestas, desestructuradas e insuficientes nutricionalmente, le producían gran sensación de saciedad.
- Historia de aprendizaje:
 - Verse delgada: La delgadez, primero, tenía un carácter neutral, la paciente no percibía como exagerada su delgadez, con la posterior pérdida significativa de peso, actuaba como un estímulo desagradable, no gustándose físicamente.
 - En la conducta alterada con la comida, la sensación de hambre desapareció como un potente reforzador que influiría su estado de descontrol.
- Características personales. Su personalidad evitativa y su estado de ánimo distímico influyeron en la capacidad para gestionarse ella sola a nivel alimentario. Se consideraba una persona solitaria con una menor necesidad para socializar con las persona. Llegó a estar dos años sin mantener relaciones sociales directas.

Respuesta:

- Cognitivo:
 - Interpretación catastrófica de su situación con ideas tanáticas pasivas: “A veces pensaba en irme a dormir y ojalá no despertarme al día siguiente”.
 - Procesamiento de la información distorsionado y negativista: “Si me hubiesen preguntado cómo te ves dentro de 5 años, yo no me habría visto futuro”.
- Emocional: Apatía, anhedonia, falta de motivación y de iniciativa al cambio. Culpabilidad por su estado y ver que sus padres sufrían por ello.
- Conductual. Evitaciones:
 - Pasar largos periodos de tiempo en la cama, impidiéndole llevar una estructura alimentaria correcta.
 - Dormir muchas horas al día para no pensar.
 - Aislarse de su entorno más cercano: No expresa lo que siente y pone una barrera entre ella y sus padres que impide que puedan ayudarla.

Consecuencias:

- Inmediata: Pérdida de peso y retroalimentación de su estado emocional depresivo.
- A medio/largo plazo:
 - Sentimiento de desesperanza, descontrol e incapacidad sobre su vida.
 - Deterioro de las relaciones sociales y académicas.

Hipótesis funcional del caso: La paciente presentaba un trastorno de la conducta alimentaria reactivo al trastorno afectivo depresivo, provocando una alteración de los patrones de alimentación con conductas propias de su personalidad evitativa. La prolongación de los problemas emocionales y el descontrol alimentario mantenían un

cuadro de trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta, lo que aumentaba la intensidad de los síntomas en el resto de áreas.

- F50.0 Trastornos de la conducta alimentaria 307.59 (F50.8).
- 296.2X Trastorno depresivo mayor
- F60.6 No hay diagnóstico. Rasgos de trastorno evasivo de la personalidad [301.82]
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: conflictos en el entorno familiar.

Identificación de la paciente S. y motivo de consulta.

La paciente S., de 16 años de edad, ingresó en UTCA por segunda vez en septiembre de 2016 por anorexia nerviosa restrictiva.

En ese momento, S. comenzaba 1º de Bachillerato con un buen rendimiento escolar. La paciente convivía con sus padres y su hermano menor de 12 años. A nivel familiar, manifestaba un deterioro de la relación con sus padres, debido a las situaciones de tensión emocional que se generaban por la crítica ante su conducta alimentaria, el exceso de ejercicio físico y la labilidad emocional que presentaba.

El TCA contaba con un cuadro de evolución de menos de un año, acusándose en verano de 2015 cuando la paciente realizó un curso de un mes en Inglaterra.

Anteriormente, estuvo en tratamiento psicológico ambulatorio en un centro de terapia interfamiliar durante las semanas anteriores al ingreso, y tuvo una sesión en su Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) para la derivación a la UTCA, donde posteriormente ingresó por primera vez a mediados de Febrero de 2016.

Durante este ingreso, se llevó a cabo: la renutrición de la paciente (IMC: 15.2), la instauración de unos correctos hábitos de la conducta alimentaria, el establecimiento de la alianza terapéutica y la motivación al cambio; el abordaje de las creencias irracionales asociadas al trastorno y la sobrevaloración del cuerpo ideal, el control de la actividad física excesiva, y el manejo de la ansiedad. La paciente no cursaba con tratamiento psicofarmacológico.

Tras esta intervención, la paciente fue dada de alta a finales de Marzo de 2016, con un IMC de 17, incorporándose a su vida académica y notando una clara mejoría en su relación familiar, manifestada por parte de los padres en las primeras sesiones semanales de seguimiento. La paciente proseguía con la recuperación ponderal hacia el normopeso y seguía las pautas recomendadas por el equipo de la Unidad. En el momento en el que se le permitió a la paciente recuperar el ejercicio físico escolar, la paciente comenzó a realizar conductas de compensación: intensificando el ejercicio físico y reduciendo su ingesta a tres comidas, ya que refería “no necesitar más comida”. Sus padres, preocupados por cómo se había vuelto a deteriorar la relación familiar, aportaban un diario de conductas de enfermedad que observaban durante la convivencia. Ante la actitud oposicionista de S. para llevar a cabo las indicaciones terapéuticas del equipo de la Unidad y su bajo peso, ingresó de nuevo en la UTCA. La sintomatología que presentaba en ese momento era:

- Miedo a engordar, para no perder el cuerpo atlético que había conseguido.
- IMC de 17.48 (desnutrición leve).
- Patrón de alimentación restrictivo de 3 tomas diarias.
- Ejercicio físico desmesurado, practicando tablas de ejercicio físico rígidas y 3 horas de tenis diarias.

- Baja tolerancia a la frustración.
- Negación de conductas purgativas.
- Amenorrea desde hace 12 meses.
- Actitud negativa-desafiante.
- Conciencia parcial de enfermedad.

Formulación clínica del caso.

1. Conducta con la comida

Estímulos antecedentes: Restricción en la cantidad de las ingestas diarias.

Variable organísmica:

- Referentes biológicos anteriores: No se identificaron factores hereditarios o perinatales significativos a la aparición de la conducta problema.
- Antecedentes orgánicos: Molestias estomacales o sensación de hinchazón tras las ingestas.
- Historia de aprendizaje:
 - Verse delgada: La delgadez, primero, actúa como un estímulo, y más tarde, como un reforzador positivo condicionado. El aprendizaje inmediato de cómo adelgazar se lleva a cabo relacionando conductas para acceder a ello y, a su vez, a los reforzadores positivos.
 - En la conducta no natural con la comida, el hambre actuaría como un potente reforzador positivo que recompensaría su sensación de control.
 - Vulnerabilidad a la hora de intentar adelgazar por modelos de imitación: Padres con tendencia al bajo peso.

- Características personales. Factores predisponentes: Baja tolerancia a la frustración y alto control de impulsos.

Respuesta:

- Cognitivo:
 - Procesamiento de la información distorsionado o creencias irracionales:
 - Anticipaciones: *‘Voy a comer y voy a engordar’*.
 - Magnificación: *‘Pienso en todo lo que he comido, es mucho’*.
 - Interpretación catastrófica de los síntomas físicos.
- Fisiológico: Ansiedad.
- Conductual: Compensaciones o ejercicio físico.

Consecuencias:

- Inmediata: Cese de la ansiedad mediante compensaciones.
- A medio/largo plazo:
 - Sentimiento de control sobre su vida al bajar peso:
 - Restringir el número de ingestas a lo largo del día.
 - Realizar ejercicio físico en exceso.
 - Satisfacción de encontrarse delgada.
 - Deterioro de las relaciones familiares.

2. Rituales

Estímulos antecedentes: Situaciones generadoras de ansiedad donde requiere una necesidad de control.

Variable organísmica:

- Antecedentes orgánicos: Sensación de malestar o ansiedad si no cumple los rituales.
- Antecedentes cognitivos: Formación de suposiciones disfuncionales.
- Historia de aprendizaje: Experiencias previas, actuales y percepción de problemas irreales asociadas mediante causa-efecto a situaciones desfavorables.

Respuesta:

- Cognitivo.
 - Anticipaciones: respecto al aumento de peso/cambios físicos excesivos.
 - Activación de las suposiciones disfuncionales.
 - Las obsesiones se convierten en un sentimiento de responsabilidad sobre las situaciones adversas.
- Fisiológico. Se produce ansiedad e incluso a veces ira.
- Conductual. Realización del ritual:
 - Planificar que hacer en cada momento para que no desestructure su esquema mental relacionado con la alimentación y actividad física.
 - No permitirse estar sentada más de un determinado tiempo.
 - Realizar actividad física en un tiempo exacto, sin flexibilizar ni un minuto ni ser interrumpida.
 - No hacer más de 3 tomas al día.

Consecuencias

- Inmediata: Cese de la ansiedad mediante realización del ritual que actúan como refuerzo negativo.
- A medio/largo plazo: Creación de reglas o actitudes irracionales sobre la interpretación de sí mismo, los otros y el mundo que conllevan a la realización de más rituales.

3. Situaciones de conflicto en el entorno familiar

Estímulos antecedentes: Mantener un horario rígido de las comidas.

Variable organísmica:

- Antecedentes orgánicos: Sensaciones de agobio y ansiedad.
- Antecedentes cognitivos: Pensamientos y anticipaciones acerca de la proximidad de la siguiente ingesta y el malestar que le va a suponer tomarla.
- Historia de aprendizaje:
 - La incapacidad de la madre para definir correctamente el problema y consensuar una solución adecuada, actuaba como un refuerzo positivo para la paciente.
 - Chantaje emocional de la paciente a la hora de enfrentar las situaciones y expresar sus sentimientos, que actúa como un refuerzo negativo de evitación por parte de la madre a la hora de resolver los problemas.

Respuesta:

- Cognitivo. Pensamientos automáticos negativos relacionados con las ingestas.
- Fisiológico: Cambios físicos relacionados con la ira.
- Conductual: Conducta agresiva mal canalizada.

Consecuencias

- Inmediata: Reducción del malestar tras verbalizar agresivamente sus pensamientos.
- A medio/largo plazo:
 - Distanciamiento en la relación familiar.
 - Mecanismos de defensa agresivos.

Hipótesis funcional del caso: La rigidez cognitiva de la paciente le provoca una alteración emocional, que intenta controlar a través de la alimentación y el ejercicio físico. El mantenimiento de esta forma inadecuada de control prolonga un cuadro de anorexia nerviosa restrictiva, lo que aumenta la intensidad de los síntomas en el resto de áreas.

- F50.1 Trastornos de la conducta alimentaria [307.1] IMC: 15.2
- F60.5 No hay diagnóstico. Rasgos de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: conflictos con los padres.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (Martín, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007).

Permite explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto-administrada. Permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte que

permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos.

Inventario de depression de Beck II (BDI-II; Beck et al., 1996).

El BDI es un autoinforme utilizado para evaluar la existencia o severidad de los síntomas de la depresión en adultos y adolescentes. Su validez y su fiabilidad están probadas en poblaciones clínicas y no clínicas. Consta de 21 ítems identificativos de síntomas indicativos de depresión y permite estimar la intensidad mediante su puntuación global. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos.

Inventario de Trastornos de la Conducta alimentaria (EDI-2; Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998).

Consta de 11 escalas diferentes relacionadas con los TCA, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Está compuesto por 91 ítems en una escala tipo Likert con 6 alternativas de respuesta.

Test de Siluetas para Adolescentes (TSA; Maganto y Cruz, 2008).

Permite evaluar Insatisfacción y Distorsión de la imagen corporal en adolescentes de 14 a 18 años de ambos sexos, ofreciendo puntos de corte específicos para establecer el riesgo de TCA. También permite evaluar el modelo estético corporal del sujeto, incluyendo las atribuciones de los pares y de los progenitores. Los baremos permiten comparar los distintos aspectos evaluados con un grupo normativo.

Con ambas pacientes se utilizó el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg. La evaluación se complementó con: el BDI-II en la paciente L.; el EDI-2 y el TSA en la paciente S.

Elección y justificación del tratamiento

Se procedió al ingreso hospitalario en la UTCA ya que existía un riesgo vital para las pacientes debido a la desnutrición, elevada conflictividad familiar e imposibilidad del abordaje a nivel ambulatorio. Los objetivos terapéuticos de ambas intervenciones se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1. *Objetivos terapéuticos de la intervención en ambas pacientes.*

<i>Paciente S.</i>	<i>Paciente L.</i>
– Restauración del peso.	– Restauración del peso.
– Adquirir estrategias de afrontamiento para disminuir la ansiedad.	– Normalización de los hábitos alimentarios: aumento gradual de la cantidad de las comidas en cada ingesta.
– Normalización de los hábitos alimentarios: aumento gradual de la cantidad de las comidas en cada ingesta.	– Adquisición de estrategias de afrontamiento emocional.
– Modificación de las creencias irracionales respecto a la comida, el peso y la imagen corporal.	– Entrenamiento en habilidades sociales.
– Mejora de la relación familiar.	– Mejora de la autoestima.
– Mejora de la autoestima.	– Prevención de recaídas.
– Prevención de recaídas.	

Contenido de la intervención

La intervención terapéutica de corte cognitivo-conductual de la UTCA se basa en:

– Un protocolo conductual de fases que está fundamentado en el condicionamiento operante de refuerzos positivos o negativos contingentes a la evolución ponderal de la paciente, y en técnicas de exposición a estímulos que les generan ansiedad a estas pacientes (alimentación, exposición social, aumentar de peso, etc). En dicho programa se establecen cinco fases de tratamiento: Fase 0 (aislamiento de 3 días en su habitación; ningún tipo de refuerzo), Fase 1 (posibilidad de acceso a llamadas telefónicas), Fase 2 (refuerzo de visitas de familiares), Fase 3 (refuerzo de salidas a merendar y permiso domiciliario de 24 horas), Fase 4 (las salidas a merendar son ahora un privilegio junto al permiso domiciliario de 48 horas).

– Reestructuración cognitiva de pensamientos irracionales propios del TCA. Aplicada a nivel individual en las sesiones y en la terapia grupal de creencias irracionales que se imparte todos los martes. Este grupo consta de un factor psicoeducativo, dando a las pacientes herramientas y pautas para que ellas mismas identifiquen y desmonten esos pensamientos. Los temas que se trabajan están relacionados con el peso, la figura corporal, la estructura alimentaria, sensaciones fisiológicas y emociones relacionadas con la ingesta, y la identidad asociada a la delgadez.

Además, los jueves se imparte un taller práctico de autoestima con un componente psicoeducativo orientado a la realización de dinámicas para fortalecer la autoestima, centradas en trabajar ámbitos relacionados con ésta (autoconocimiento personal, autoconcepto, emociones, limitaciones, autoaceptación, etc).

Paciente L.

El tratamiento de L. se centró en la instauración de unos correctos hábitos de alimentación, la subida ponderal y el establecimiento de la alianza terapéutica para poder trabajar sobre su autoestima, sus habilidades de afrontamiento y en una dinámica cotidiana más estructurada que le ayudara a fortalecer su sentido de competencia y autoeficacia fuera del hospital, reduciendo de esa manera los síntomas depresivos. Se utilizaron un total de 18 sesiones clínicas individuales con una periodicidad de 3 sesiones por semana de aproximadamente media hora cada una.

Tabla 2. *Contenido de las sesiones con la paciente L.*

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>
1	Entrevista de ingreso. Explicación de las normas de la unidad y protocolo terapéutico. Fase 0.
2	Se informa a la paciente del IMC (14.33) y la evolución de su tratamiento: Pasa a Fase 1.
3	Evaluación: entrevista, análisis funcional y anamnesis. Aplicación de cuestionarios.
4	Psicoeducación de hábitos alimentarios y nutrición.
5	Informe del IMC (14.93). Evolución de su tratamiento: incremento de dieta. Visitas el Fin de Semana.
6	Se trabaja motivación al cambio. Refuerzo del taller de autoestima. Mejora de estado de ánimo. Las visitas son favorables.
7	Refuerzo del taller de creencias irracionales. La paciente refiere sentirse desubicada, y se indaga en sus creencias abordándolas desde la terapia cognitiva de Beck (inutilidad, no buenas cualidades, etc).

-
- 8 Informe del IMC (15.3) y evolución de su tratamiento: Retirada del programa de Fases. Visitas el Fin de Semana.
 - 9 Revisión del fin de semana. Su ánimo sigue mejorando y cree que podría establecer una estructura cotidiana similar a la de la Unidad. Se trabaja en los aspectos que le ayudan a mantener una rutina. Incremento de dieta.
 - 10 Activación conductual: promover actividades positivas al alta y refuerzo positivo en su motivación al cambio.
 - 11 Informe del IMC (15.64) y evolución de su tratamiento: salida a merendar el sábado (se marcan objetivos de salida). Domingo visita.
 - 12 Revisión de la salida a merendar del fin de semana: cumplió objetivos. Funcionamiento de Fase 3.
 - 13 Se marcan los objetivos de la salida a merendar mañana: comenzar a ir vestida de calle por la Unidad.
 - 14 Informe del IMC (16.2) y evolución de su tratamiento: permiso 24 horas. Se marcan objetivos de salida: identificar qué cosas le afectan fuera.
 - 15 Revisión del fin de semana y refuerzo del taller de autoestima: miedo al fracaso y a enclaustrarse en sí misma. Se trabaja tolerancia a la frustración y habilidades de afrontamiento.
 - 16 Entrenamiento en habilidades sociales: enfatizando en asertividad, comunicación efectiva y resolución de problemas.
 - 17 Informe del IMC (17.1) y evolución de su tratamiento: prevención de recaídas y cuestionarios post.
 - 18 Se informa del alta y de las pautas indicadas a seguir. Se deriva a su Unidad de Salud Mental.
-

Paciente S.

El tratamiento de S. estuvo dirigido a reestructurar la alimentación, eliminar patrones de conducta obsesivos relacionados con el TCA y desarrollar una identidad personal no basada en la delgadez. Se emplearon un total de 16 sesiones clínicas individuales con una periodicidad de 3 sesiones semanales de aproximadamente 30 minutos cada una. Al alta, siguió en tratamiento durante 5 sesiones con una periodicidad de 1 sesión semanal las 2 primeras semanas, y espaciando cada 2 semanas en los siguientes meses.

Tabla 3. *Contenido de las sesiones de la paciente S.*

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>
1	Entrevista de ingreso dividida en: reunión con sus padres, que plantearon los problemas durante el verano, y evaluación de S.
2	Informe del IMC (17.11) y evolución de su tratamiento: pierde peso durante estos dos días, así que se incrementa la dieta.
3	Aplicación de cuestionarios. Fase 1: Se marcan objetivos de ingreso y se trabaja motivación al cambio.
4	Se trabaja con los conceptos de peso biológico y normopeso para reestructurar sus creencias irracionales. Se aplica el modelo A-B-C.
5	Informe del IMC (17.48) y evolución de su tratamiento: Fase 2. Objetivo: controlar actividad física.
6	Buena disposición al cambio. Reestructuración cognitiva de creencias irracionales sobre actividad física y estructuración alimentaria.
7	Identificación y jerarquización de conductas de enfermedad. No realizarlas le produce ansiedad e irritabilidad. Tarea: reestructuración cognitiva del pensamiento asociado a la conducta.

-
- 8 Informe del IMC (17.61) y evolución de su tratamiento: Fase 3.
 - 9 Revisión del fin de semana y de la tarea de la sesión anterior. Se refuerzan los pensamientos alternativos más superficiales. Exposición gradual para afrontar las conductas que pueden controlarse en el hospital. Se marcan objetivos de la salida: vestida de calle por la unidad, control de actividad física y delegar control de la comida en sus padres.
 - 10 Evaluación de las exposiciones. Su ansiedad disminuye con cada afrontamiento, cognitivamente han disminuido las rumiaciones. Se refuerza su sentido de competencia y autoeficacia. Se cumplen los objetivos de las salidas.
 - 11 Informe del IMC (17.77) y evolución de su tratamiento: Salida el domingo a comer y merendar (se marcan objetivos de salida y normas).
 - 12 Revisión de la salida del fin de semana: cumplió objetivos. Los padres confirman el cambio positivo. Incremento de dieta.
 - 13 Se informa del permiso 24 horas. Se marcan objetivos (delegar el control de la alimentación en su familia, controlar actividad física, flexibilizar horarios y traer registros cognitivos). Se recuerdan normas para casa.
 - 14 Informe del IMC (18.2) y evolución de su tratamiento: Fase 4. Permiso 48 horas. Se marcan objetivos de salida.
 - 15 Revisión del fin de semana: no ha presentado conductas de enfermedad, ni pensamientos irracionales. Tanto sus padres como ella refieren una normalización de hábitos y una estabilidad emocional. Se trabaja prevención de recaídas.
 - 16 Se informa del alta y de las pautas a seguir. Se cita para sesión de seguimiento en 7 días.
-

Sesiones Post-alta

- 1 Cumple normas para casa, se encuentra emocionalmente estable, ha controlado la actividad física y recuperado peso. Sus padres no refieren conductas de enfermedad y confirman el cumplimiento de objetivos. Se trabaja flexibilidad cognitiva y la ansiedad ante la incertidumbre.
 - 2 Evaluación: mantiene estabilidad durante la semana. Se trabaja sobre su imagen corporal mediante la “docena sucia”. Se abordan aquellos sesgos con los que se siente identificada mediante reestructuración cognitiva.
 - 3 Evaluación: refiere ansiedad por los exámenes, sentir mucha presión por sus esquemas cognitivos de anancasticismo y rigidez. Se trabaja el manejo de la ansiedad y los pensamientos que le abordan para rebajar sus niveles de exigencia. A pesar de esto, los padres no refieren conductas de enfermedad.
 - 4 Entrevista con los padres. Evaluación: mayor control de su actividad física, mantenimiento del normopeso y ausencia de creencias irracionales. Se permite realizar ejercicio físico de forma académica y social. Tarea: realización cuestionarios post y registros cognitivos sobre cualquier pensamiento relacionado con el ejercicio físico.
 - 5 Evaluación: se han cumplido los objetivos terapéuticos (mantiene normopeso, sin distorsión de la imagen corporal ni miedo a subir de peso. Estable emocional, cognitiva y conductualmente). Buena adaptación a su vida cotidiana con fuerte apoyo familiar. Alta de la unidad y derivación a su USMI para seguimiento.
-

Diseño

El diseño del estudio es de un caso A-B (N=2) donde los datos son registrados en una fase pre-tratamiento, y una fase post-tratamiento. Mediante la comparación entre fases, se pretende evaluar si el tratamiento que hemos empleado genera resultados positivos en las variables psicológicas y la restauración del peso, siendo conscientes de que hay muchos factores que pueden atentar contra la validez interna de la investigación.

Resultados

Los resultados de la intervención que se ha realizado son los siguientes:

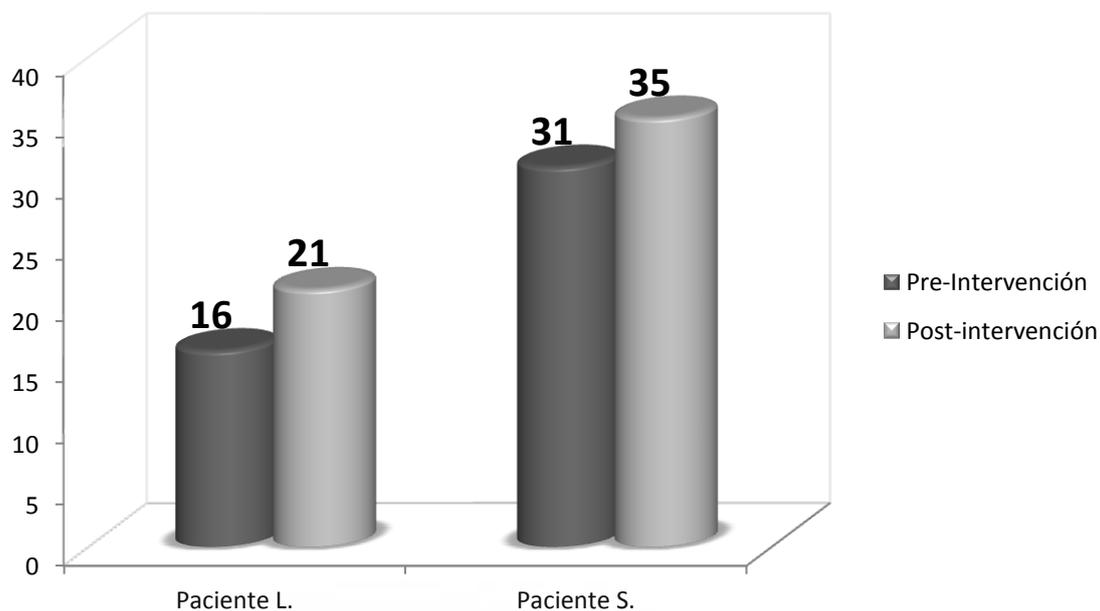
Los datos del peso e IMC de ambas pacientes muestran un incremento ponderal tras la rehabilitación nutricional (véase Tabla 4).

Tabla 4. *Datos del peso e IMC antes del ingreso y al alta hospitalaria.*

	PESO		IMC	
	Pre	Post	Pre	Post
Paciente L.	36.00 kg	44.50 kg	13.89	17.17
Paciente S.	42.00 kg	47.30 kg	17.48	19.69

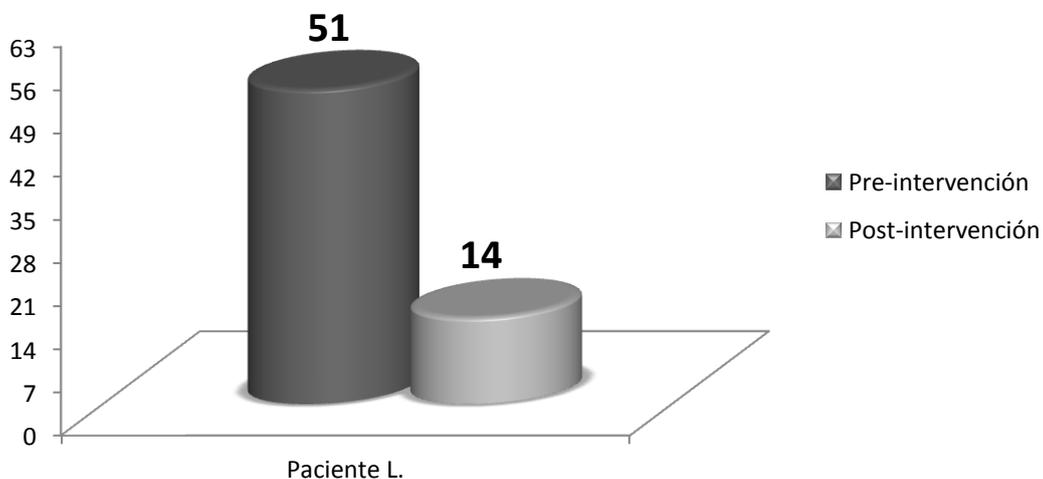
Respecto a los resultados del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg, podemos ver que la paciente L. ve incrementada ligeramente su puntuación y que la paciente S. aumenta hasta una autoestima considerada como saludable (véase Figura 1).

Figura 1. Resultados del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg pre y post intervención.



Los datos del BDI-II muestran que al inicio del tratamiento L. sumaba una puntuación que suponía un diagnóstico de depresión grave. Tras la intervención obtiene una puntuación menor, considerada como una mínima depresión (véase Figura 2).

Figura 2. Resultados del BDI- II pre y post intervención.



Respecto a los índices que S. obtuvo en el TSA, podemos observar que en la evaluación pre-intervención se establece una puntuación relacionada con una “distorsión frecuente” y una “insatisfacción frecuente” con su imagen corporal. En cambio, tras la intervención, obtiene unos resultados que simbolizan que la paciente se encuentra en los índices de “sin distorsión” y “satisfacción” con su imagen corporal.

Por último, los valores de todas las dimensiones del EDI-2 de la paciente S. han disminuido, excepto el ‘perfeccionismo’ (véase Figura 3 y Tabla 5).

Figura 3. Resultados puntuaciones directas del EDI-2.

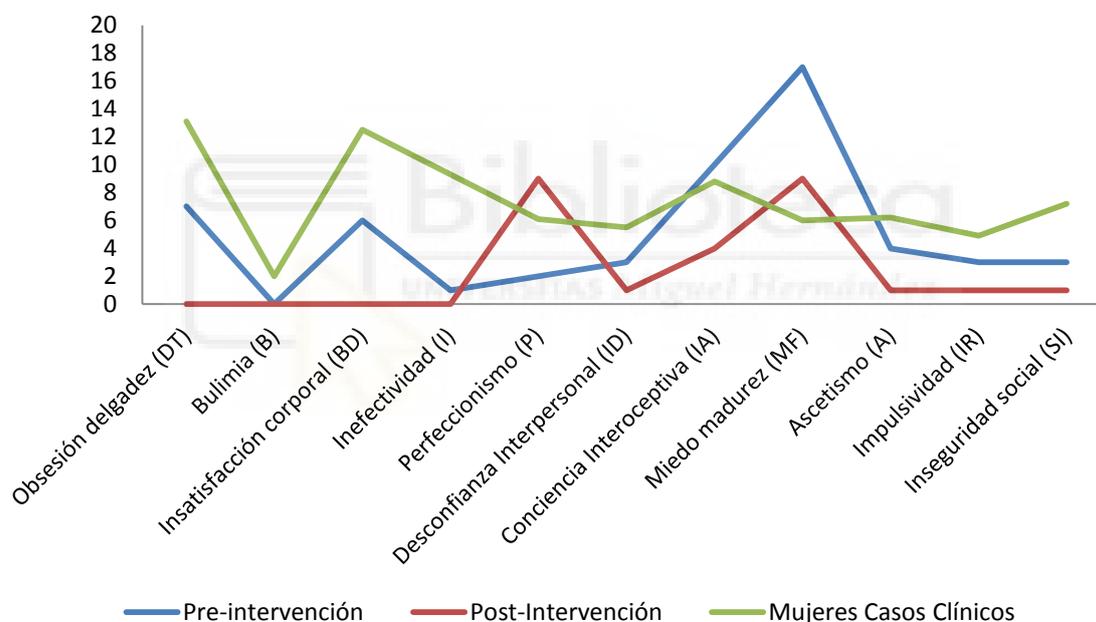


Tabla 5. Centiles de las dimensiones del EDI-2.

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	IS
Pre-intervención	31%	40%	27%	14%	22%	41%	56%	93%	38%	38%	29%
Post-intervención	9%	40%	8%	9%	77%	25%	30%	72%	12%	23%	36%

Discusión y conclusiones.

Los resultados obtenidos en este trabajo de dos casos de TCA diferentes, nos permiten concluir que los tratamientos escogidos han sido los adecuados, produciéndose cambios rápidos y satisfactorios.

La paciente L. dispuso siempre de una adecuada motivación al cambio y buena alianza terapéutica, siguiendo correctamente las pautas y favoreciendo la adherencia al tratamiento. El protocolo establecido en la UTCA junto con el tratamiento cognitivo-conductual, fue adaptado a las características de la paciente, mostrando resultados satisfactorios en su recuperación ponderal. Así mismo, el establecimiento de una dinámica estructurada, favoreciendo actividades rutinarias, ha promovido una higiene del sueño y un patrón alimentario adecuados. Ambos, están completamente vinculados a su pérdida ponderal antes del tratamiento como conductas de evitación, siendo reducidas por el hincapié que hace en ellas la terapia de activación conductual (Carvalho y Hopko, 2010). Además, la terapia grupal de autoestima ha promovido un progreso en el estado emocional de la paciente, dada la influencia directa que tiene la autoestima en el ánimo depresivo (Cava, Musitu y Vera, 2000). Esto, junto al entrenamiento en habilidades sociales, supone crear una base y recursos en la paciente para el posterior abordaje psicológico en su Unidad de Salud Mental. Todo ello, ha favorecido una mejora notable del estado de ánimo de la paciente, disminuyendo los síntomas depresivos, como puede verse en los resultados post-intervención del BDI II.

A pesar de los buenos resultados de la paciente L., la dificultad de su trastorno exigía una intervención más duradera de lo que ha sido posible establecer. La intervención priorizó la renutrición y el restablecimiento de patrones correctos de alimentación, ya que la desnutrición influye en un razonamiento tórpido e inestabilidad

emocional (Bowers, 2002). Por ello, no se ha procedido con un abordaje psicológico más exhaustivo de la sintomatología depresiva. Sin olvidar, que la paciente L. se encuentra descontextualizada del propio entorno familiar durante el ingreso, que actuaría también como mantenedor del trastorno afectivo. Debido a ello, sería prudente un seguimiento más extenso que pudiera verificar los efectos que el tratamiento aplicado en la UTCA ha tenido en la nueva dinámica diaria de la paciente y en su sintomatología depresiva, haciendo hincapié en las relaciones interpersonales, la resolución de problemas y su actitud ante estas circunstancias.

La paciente S. también mostró una buena motivación al cambio, logrando así el cumplimiento de objetivos terapéuticos al final de la intervención, incluido el mantenimiento de un normopeso indicado para su edad. Los resultados del tratamiento cognitivo-conductual se reflejan en el cambio significativo en sus hábitos de alimentación, la ruptura de patrones ritualistas, en el establecimiento de un control exponencialmente más voluntario sobre su actividad física, y la modificación de pensamientos disfuncionales con respecto a la ingesta alimentaria y la imagen corporal (Borda, del Río y Torres, 2003; Salaberria, Borda, Amor y Echeburúa, 2000). Estos cambios pueden observarse en los resultados positivos del TSA tras la intervención, y en la disminución de todas las dimensiones del EDI-2, con excepción del perfeccionismo. Este aumento puede interpretarse positivamente, ya que algunas facetas del perfeccionismo se asocian con medidas de adaptación como las metas académicas y el incremento de la autoestima (Bong et al., 2014; Bas, 2011).

A nivel individual, un factor que contribuyó favorablemente en la estabilidad de S. fue no encontrarse en desnutrición severa, porque las alteraciones psicológicas y orgánicas dificultarían el abordaje terapéutico. Esto, unido a la alianza terapéutica establecida en las sesiones, influyó para trabajar la adherencia al tratamiento, la

motivación al cambio y la conciencia de enfermedad (Cruzat, Aspillaga, Behar, Espejo y Gana, 2013). A nivel familiar, ayudaron los siguientes factores: situarse en un entorno descontextualizado controlado externamente, que la desempoderaba de sus patrones alimentarios restrictivos, y la disposición de los padres en el tratamiento, desarrollando estrategias para facilitar un contexto familiar positivo que contrarreste la vulnerabilidad del trastorno a los conflictos familiares (Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena, 2010).

Es importante destacar que ambos diagnósticos, al compartir sintomatología (pérdida ponderal significativa, patrones alimentarios desestructurados, autoestima baja, pensamientos irracionales, alta expresividad afectiva o conflictos familiares), se benefician de ambientes estructurados.

Las limitaciones de este trabajo residen en haber seguido, en dos pacientes con diagnóstico distinto, una intervención estrictamente protocolizada dentro de un contexto tan sistemático como es la UTCA. Esto no permite conocer cómo se desarrollaría el tratamiento en un entorno distinto que esté sujeto a otro tipo de variables y circunstancias (por ejemplo, un recurso ambulatorio).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asuero, R., Avargues, M. L., Martín, B. y Borda, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología*, 5, 39-45.
- Bas, A. U. (2011). Dimensions of perfectionism in elementary school-aged children: Associations with anxiety, life satisfaction, and academic achievement. *Egitim Ve Bilim-Education and Science*, 36, 261–272
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bong, M., Hwang, A., Noh, A. y Kim, S. I. (2014). Perfectionism and motivation of adolescents in academic contexts. *Journal of Educational Psychology*, 106, 711–729.
- Borda, M., Del Río, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 16-28.
- Bowers, W. A. (2002). Cognitive therapy for anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 247-253.
- Carvalho, J. P. y Hopko, D. R. (2011). Teoría Conductual de la Depresión: el reforzamiento como variable mediadora entre la evitación y la depresión. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 154-162.

- Cava, M. J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151-161.
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8, 21-33.
- Comeche, M. I. (2013). Comorbilidad entre trastorno depresivo mayor y trastorno de conducta alimentaria. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 15-35.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En B. D. (Ed.), *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Cruzat, M., Aspillaga, H., Behar, A., Espejo L. y Gana, H. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 51, 175-183.
- Dryden, W. y Ellis, A. (2001). *Rational emotive behavior therapy*. En K.S. Dobson (Ed). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (2nd ed., pp. 295-348). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z. y Shafran, R. (2011). The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 394–402.
- Fairburn, C. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10.

- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Peck, L. D. y Lightsey, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86, 184- 192.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, 12, 289-304.
- Jáugueri-Lobera, I. y Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista Médica de Chile*, 140, 98-107.
- Larrañaga, A., Docet, A. y García-Mayor, R. (2012). High prevalence of eating disorders not-otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1669-1673.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA, Test de siluetas para adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Peláez, M. A., Raich, R. M., Labrador, F. J. (2010). Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 62-75.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C. y Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57.
- Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J. M., López, X., Álvarez, G. y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9, 447-455.
- Salaberria, K., Borda, M., Amor, P. J., y Echeburúa, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 27-43.
- Saldaña, C. (2010). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coord.), *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces, I, Adultos* (pp. 141-160). Madrid: Pirámide.