



MÁSTER PSICOLOGA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

Estudio de Caso clínico

Tratamiento de Anorexia Nerviosa
en Hospital de Día

Autora: Virginia Gómez Landa
Tutora: Aitana Ferrer Merino
Tutora académica: Sandra Fdez. Ramos

Mayo 2022

Índice

Resumen	5
1. Introducción.....	7
1.1 Etiología y Factores de riesgo.....	9
1.2 Comorbilidad	11
1.3 Prevalencia e incidencia de la AN	12
1.4 Tasa de abandonos / recaídas.....	12
2. Tratamiento de la AN.....	13
2.1 Enfoques teóricos de intervención.....	13
2.1.1 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	13
2.1.2 Terapia Familiar.....	16
2.1.3 Otros enfoques terapéuticos	18
2.2 Habilidades terapéuticas.....	20
2.3 Tratamiento farmacológico	21
2.4 Novedades en el tratamiento de la AN.....	21
2.5 Tratamiento en Hospital de Día (HD).....	22
3. Identificación del paciente.....	24
3.1 Datos personales y motivo de consulta	24
3.2 Historia Evolutiva	25
4. Evaluación	26
5. Formulación clínica del caso.	30
5.1 Origen y mantenimiento.....	31
5.2 Análisis psicológico	32
6. Intervención.....	36
6.1 Plan terapéutico.....	37
6.1.1 Objetivos y técnicas	37
6.2 Cronograma de las sesiones.....	40
7. Valoración y Resultados.....	48
7.1 Adherencia al tratamiento	48
7.2 Consecución de los objetivos	49
8. Discusión y conclusiones	52
9. Reflexiones y valoración personal	55
10. Referencias.....	58
11. Anexos	67

Índice de Tablas

Tabla 1 Factores intervinientes en la AN	10
Tabla 2 Plan de intervención: objetivos específicos y técnicas	38
Tabla 3 Plan cronológico de las sesiones de marzo a mayo 2022	40

Índice de Figuras

Figura 1 Análisis funcional del caso clínico.....	32
Figura 2 Impacto de la sobreprotección familiar en la conducta de la paciente.....	35
Figura 3 Función del síntoma	36
Figura 4 Evolución del peso de la paciente de diciembre 2021 a mayo 2022.....	49
Figura 5 Frecuencia de la conducta purgativa de diciembre, 2021 a mayo 2022.....	50

Resumen

En el presente trabajo se expone un caso clínico de Anorexia Nerviosa (AN) y su tratamiento en Hospital de Día (HD). Este tratamiento es la opción intermedia entre el ingreso hospitalario y el de carácter ambulatorio. La paciente, tratada anteriormente en el Hospital Niño Jesús de Madrid, sufre un empeoramiento tras espaciar las sesiones ambulatorias. Acude con su madre a la consulta voluntariamente pero carente de conciencia sobre su enfermedad. Aportan informe clínico del hospital con el diagnóstico de Anorexia Nerviosa. La paciente presenta pérdida ponderal de peso y conducta alimentaria muy alterada. Inicialmente ingresa en HD en horario de tarde pero tras un breve período, se observa un aumento en la sintomatología. Se traslada entonces a horario de mañana con el objetivo de eliminar las distracciones propias de su actividad habitual, rebajar la auto exigencia académica y centrar a la paciente prioritariamente en su tratamiento. Tras observar conductas compensatorias, se añade al diagnóstico existente el subtipo de purgativo. La intervención, de enfoque cognitivo-conductual con terapia familiar, ha sido diseñada bajo el modelo propio del Centro que incluye: ingestas, terapia individual, familiar y grupal, apoyo en el círculo social ampliado y terapia ocupacional. Los resultados muestran una valoración positiva del tratamiento en HD como recurso idóneo para el caso, cuyo tratamiento ambulatorio previo no había conseguido mejoras en la paciente. Los objetivos generales de recuperación de un peso saludable y la eliminación de las conductas compensatorias han sido alcanzados, continuando ambos en seguimiento.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Hospital de Día, TCA, conducta purgativa, TCC, terapia familiar, terapia grupal

Abstract

This paper presents a clinical case of anorexia nervosa (AN) and its treatment in a Day Hospital program (HD). HD treatment is the intermediate option between inpatient treatment and outpatient care. The patient, previously treated at the Niño Jesús Hospital in Madrid, worsens after spacing out the therapy sessions. She goes with her mother to the clinic voluntarily but is unaware of her illness. They provide a clinical report from the hospital with the diagnosis of Anorexia Nervosa. The patient presents weight loss and very altered eating

behavior. She was initially admitted to the center in the afternoon, but after a brief period, an increase in symptoms was observed. The case is then transferred to morning treatment with the aim of eliminating the distractions typical of her usual activity, lowering academic self-demand and focusing the patient on her treatment primarily. After observing compensatory behaviors, the purging subtype was added to the existing diagnosis. The intervention - a cognitive-behavioral approach with family therapy - has been designed under the clinic center model which includes: intakes, individual, family and group therapy, support in the extended social circle and occupational therapy. The results show a positive assessment of HD treatment as an adequate resource for this case, whose previous outpatient treatment had not achieved improvements in the patient. The general objectives of getting to a normal body mass index and eliminating compensatory behaviors have been achieved, both in follow-up.

Keywords: Anorexia Nervosa, Day Hospital, eating disorder, purging behavior, CBT, family therapy, group therapy

1. Introducción

Anorexia Nerviosa (AN) es un término que deriva del griego, refiriéndose a la «pérdida de apetito» y del latín, porque implica un origen nervioso. Se considera un síndrome clínico con una serie de características psicopatológicas de: auto imposición de restricción alimentaria, intenso miedo a la obesidad, búsqueda inflexible de la delgadez y la aparición de una sintomatología fisiológica a causa del déficit nutricional (Durán et al., 2021). Constituye una patología grave con una tasa de mortalidad de las más altas en salud mental (Smink, Hoeken y Hoeck 2012).

Los criterios diagnósticos para la AN descritos en el DSM 5 son los siguientes:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual (APA, 2013, pp 338-339).

Analizando los criterios de diagnosis, se observa que la versión actualizada del manual DSM-5 elimina algunos criterios considerados en la versión anterior, DSM-IV. Concretamente en el criterio A se elimina permanecer por debajo del porcentaje de 85% del peso esperable o un $IMC \leq 17.5$ y se especifica la aparición de la conducta restrictiva manifiesta incluyendo el factor cognitivo-emocional del rechazo a mantener un peso saludable. En el criterio B se incluye la aparición del factor conductual persistente en la evitación de ganancia de peso que antes no se contemplaba. Y en el criterio C se considera que la persona afectada pueda distorsionar, además de la suya propia, la percepción de la imagen corporal de otros. Asimismo, se elimina un cuarto criterio de la versión anterior: la presencia de amenorrea en mujeres postpuberales. Con el cumplimiento de este criterio se impedía el diagnóstico del trastorno en los hombres. Finalmente, aunque para equiparar los criterios diagnósticos se

medían los niveles de testosterona - que se presentan bajos frecuentemente en los casos de varones con AN - el criterio de la amenorrea quedó suprimido. Se entiende entonces que bajo la nueva versión se incluya un mayor número de casos (APA, 2013a).

Existen dos subtipos de AN:

- el subtipo restrictivo, donde la dieta, el ayuno y/o la hiperactividad física son los responsables principales de la pérdida de peso, y
- el subtipo compulsivo / purgativo, el cual se caracteriza además por la presencia repetida de atracones o purgas (provocación del vómito, uso de laxantes o diuréticos).

Se contempla como conducta compensatoria o purgativa, la posibilidad de aparición de la regurgitación o la expulsión de pequeñas cantidades de comida desde el esófago o el estómago sin que se produzcan náuseas ni contracciones abdominales, generalmente de 15 a 30 minutos después de comer. La regurgitación en adultos suele producirse especialmente en casos de trastornos emocionales o durante periodos de estrés. Sin embargo, si no existe una causa física aparente, se denomina rumiación pero es importante considerar que en el Trastorno por Rumiación, a diferencia de los pacientes con AN, no hay una preocupación por el peso o la forma corporal ni una restricción intencionada (Norris y cols., 2014).

Durante el curso del trastorno es frecuente encontrar períodos donde el/la paciente pasa de un subtipo al otro, es decir de la restricción al atracón y purga, y viceversa. Es por ello que la especificación del subtipo describe concretamente la sintomatología en un momento concreto del trastorno. Es frecuente que los/las pacientes no acepten la distorsión que tienen con respecto a la idea de ganar peso. Algunos/as pacientes desarrollan obsesión con la báscula y revisan constantemente determinadas zonas corporales en el espejo, supeditando su autoestima y capacidad de autocontrol en función del peso (APA, 2013b).

Las complicaciones a nivel físico se dan con frecuencia afectando a diversas áreas de salud. Acerete y colaboradores (2013a) las resumen en categorías: metabólicas, cardiovasculares, gastrointestinales, renales, endocrinológicas, óseas, dermatológicas, hematológicas, cognitivas y del comportamiento.

Psicológicamente se dan con frecuencia síntomas depresivos, aislamiento social, irritabilidad, etc., signos obsesivo-compulsivos, inflexibilidad, altos niveles de impulsividad y riesgo

elevado de suicidio. También se pueden manifestar aspectos patológicos relacionados con el afán de control, tales como: intolerancia a la incertidumbre e hipervigilancia, perfeccionismo y rigidez, falta de identificación y manejo emocional, déficit en habilidades sociales y aislamiento, entre otros (Lynch, 2018). La restricción alimentaria vendría a ser una forma de afrontamiento de los/las pacientes, los cuales utilizarían ese control desadaptativo para disminuir la culpa y aumentar la sensación de logro (Haynos et al., 2017).

1.1 Etiología y Factores de riesgo

Su desarrollo es multifactorial, es decir, a partir de factores genéticos, psicológicos, biológicos, sociofamiliares y culturales (Gómez-Candela et al., 2018a). Algunos autores señalan el desarrollo del trastorno a partir de las dificultades que encuentra la persona en la construcción de su identidad en el contexto social. Podría haber experimentado negativamente alguna situación relacionada con aspectos de sí misma y las relaciones con otras personas y sentirse de alguna manera invalidada. Es a partir de entonces cuando la identidad se empezaría a construir intentando ejercer control sobre algunos aspectos (relacionados con la comida y el cuerpo) y encontrar de esa forma la aceptación y validación de los demás. Adicionalmente se sumarían entre otros factores: la baja autoestima, la hiperexigencia, el afán de perfeccionismo (Escandón-Nagel et al., 2017).

Desde una perspectiva multidimensional y biopsicosocial, Martín Murcia (2000) en su estudio sobre la etiología de la AN propone su desarrollo en base a una serie de factores, como se observa en la Tabla 1:

- los factores predisponentes como aquellos que aparecen antes del episodio de enfermedad y que podrían aumentar la tendencia a desarrollarla,
- los que se dan justo antes del episodio, o factores desencadenantes, y
- los factores que contribuyen al mantenimiento de la enfermedad o factores mantenedores.

Tabla 1 Factores intervinientes en la AN

Factores Predisponentes	Factores Desencadenantes	Factores Mantenedores
Factores genéticos Familiares con TCA Edad entre 13-20 años Sexo femenino Trastorno afectivo Introversión / inestabilidad Obesidad Déficit de empatía Perfeccionismo Antecedentes familiares de depresión o adicción Obesidad materna Valoresestéticos dominantes	Dieta Cambios corporales adolesc. Problemas familiares Experiencias sexuales aversivas Aumento de peso Críticas acerca del cuerpo Enfermedad adelgazante Hiperactividad física Acontecimientos vitales estresantes	Consecuencias fisiológicas de la inanición Deterioro rels. familiares Aislamiento social Cogniciones “anoréxicas” Iatrogenia: retraso en el diagnóstico, mal enfoque terapéutico, etc.

Nota: Modelo descriptivo adaptado de Toro y Vilardell, 1987

El autor destaca los distintos factores contemplados en el estudio pero hace hincapié en el factor “Dieta” dada la importancia que adquiere como precipitante en el desarrollo de la enfermedad por varios motivos: la frecuencia con que se presenta seguir una dieta en las personas que desarrollan el trastorno, la enorme divulgación que se da a este tema a través de los medios y en los últimos años, a través de las redes sociales, y por generar en sí un elevado nivel de ansiedad (Martín Murcia, 2000).

En cuanto al factor de la hiperactividad física, el ejercicio compulsivo puede ser utilizado como conducta purgativa, ya que conlleva a un aumento en el requerimiento de nutrientes. Es por ello que al inicio del tratamiento la actividad física deberá suprimirse.(Bermúdez et al, 2016). Esta hiperactividad no se refiere solamente a la práctica de deporte, ya que puede darse también en la actividad cotidiana. En principio tiene el fin de perder peso pero a

menudo sigue un patrón ritualista y puede terminar siendo una conducta compulsiva y adictiva. (Beaumont et al., 1994, como se citó en Jáuregui Lobera et al., 2008).

Por otro lado, el déficit en la identificación y regulación emocional es considerado por algunos autores como factor de vulnerabilidad en AN (Fairburn et al., 2003). Los factores de personalidad y la comorbilidad con otros trastornos serían también considerados factores de riesgo. Por ejemplo los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro autista, el TOC y TDAH se asociarían a mayor presencia de sintomatología y peor pronóstico, como señalan, por ejemplo, el estudio de Barrera Francés (2016).

Respecto al mantenimiento del trastorno, algunos autores explican que la propia falta de alimento hace que el sistema metabólico lo demande menos facilitando que el trastorno persista, junto con los otros factores principales como la interacción familiar, el aislamiento y el sistema de creencias típico de la anorexia (Menal et al., 2018a).

1.2 Comorbilidad

Es frecuente que diagnósticos adicionales de otros trastornos de salud mental como TLP o TOC, acompañen a la AN (APA, 2013c). Otras comorbilidades psiquiátricas asociadas son la depresión, trastorno por abuso o dependencia/abuso de sustancias e intentos suicidas (Torales et al., 2017); trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y otras fobias, y trastorno de estrés postraumático (Woodside y Staab, 2006); desregulación emocional y otras características del trastorno de la personalidad, y otros muchos padecían de ansiedad y depresión (Miller et al., 2021).

Tener un mayor conocimiento sobre las posibles comorbilidades de estos trastornos facilitará una mejor intervención terapéutica multidisciplinar (Behar et al., 2007). No obstante algunos autores señalan que partiendo de un trastorno alimentario que presente comorbilidad, se debe considerar que la restricción o inestabilidad alimentaria en sí puede producir efectos negativos sobre la respuesta al tratamiento y aumentar la dificultad en la recuperación (Woodside y Staab, 2006).

1.3 Prevalencia e incidencia de la AN

Las cifras más recientes de TCA en España alcanzan los 400.000 casos y se considera después del asma y la obesidad, la tercera enfermedad más común en la adolescencia (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG], 2018).

La AN se presenta en 0.6% de la población mundial, siendo las mujeres adolescentes quienes más la padecen y ocurriendo en pacientes cada vez más jóvenes. La incidencia de adolescentes mujeres es de 0.3 a 2.6% (Morales, 2019).

No obstante, las cifras reales seguramente sean otras ya que se ha registrado un aumento de casos de trastornos alimentarios a nivel nacional y de manera alarmante desde el comienzo de la pandemia (Fundación ANAR, 2021). Cabe mencionar algunos de los factores principales en la aparición de la enfermedad durante este período de pandemia: la atención prioritaria sobre la alimentación y el estado físico, el uso de las redes sociales como principal fuente de entretenimiento entre los jóvenes cuya información giraba en torno a modelos estéticos irreales, el cuerpo y el ejercicio físico en casa, y una preocupación distorsionada sobre la salud (Samatán-Ruiz y Ruiz-Lázaro, 2021). Este contexto ha resultado especialmente desfavorable para las personas en riesgo o cursando ya un trastorno de AN (Fernández et Alburquenque, 2021).

1.4 Tasa de abandonos / recaídas

Parece observarse mucha variabilidad en cuando al porcentaje de casos de abandono a partir de las revisiones realizadas sobre el tratamiento ambulatorio para AN. La tasa de abandono del tratamiento indica la adherencia al tratamiento, pero también se constituye como una forma de revisar la eficacia y el éxito de la terapia (Ruiz, 2009). Es más, según algunos autores, la efectividad del tratamiento podría considerarse como una de las causas de abandono en este tipo de trastornos (López y Treasure, 2011).

El abandono del tratamiento antes de tiempo no tiene un desenlace positivo para el paciente ya que la recuperación por sí mismo, tiene pocas probabilidades de materializarse (Pike K., 1998). Es importante mencionar también que la AN es un trastorno de larga evolución y

tratamiento. Aunque por su carácter multifactorial es difícil de concluir, la media de tiempo de tratamiento para alcanzar la recuperación se sitúa entre los 4 y 5 años. En algunos estudios se concluye que la duración promedio estimada es incluso mayor (Vos et al., 2001, como se citó en National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2004). Además, se considera que el abandono aumenta los malos resultados a largo plazo y con ello también la posibilidad de cronificación (Beumont y Russel, 1993, como se citó en DeJong y cols. 2012).

En cuanto a las recaídas, reaparición de la sintomatología alimentaria después de haberse obtenido resultados satisfactorios con el tratamiento, los datos parecen mostrar una alta tasa. Los estudios de Berends, Meijel y Elburg (2018) concluyen que, durante los primeros dos años tras recibir el alta terapéutica, el 31% de las pacientes con AN padecerán una recaída (Perpiñá, 2015).

2. Tratamiento de la AN

2.1 Enfoques teóricos de intervención

2.1.1 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) pertenece a las terapias de Segunda Generación. Según su perspectiva, las causas de los problemas son los pensamientos, las creencias y expectativas que tenemos (Álvarez, 2006).

Por un lado, el trabajo de la parte conductual se enfoca en:

- Identificar los factores desencadenantes y mantenedores de las conductas problema
- Buscar otras vías alternativas a esas conductas e incompatibles
- Establecer patrones alimentarios saludables y las conductas que los acompañan
- Acordar objetivos realistas, concretos y claros
- Establecer refuerzos ante la consecución de los objetivos marcados
- Trabajar la tolerancia al cambio

El abordaje del ámbito cognitivo se centra en:

- Trabajar en la adquisición de un papel activo en las responsabilidades sobre su tratamiento
- Identificar y cambiar las distorsiones cognitivas sobre el cuerpo y la comida, así como los pensamientos irracionales
- Trabajar sobre los miedos, las comparaciones y la aceptación.

La evaluación funcional del problema en TCC se basa en autorregistros alimentarios, entrevista clínica, la alianza terapéutica y el establecimiento de unos objetivos con la implicación y compromiso de ambas partes para llevarlos a cabo y consolidar la recuperación. En la intervención se utilizan diferentes técnicas:

- Reestructuración cognitiva: se trata de identificar los pensamientos negativos, valorar los pros y contras y encontrar pensamientos alternativos que sean más adaptados.
- Exposición: se trata de exponer o hacer afrontar a la persona de manera controlada, la situación problemática o de malestar, impidiendo conducta de evitación.
- Desensibilización Sistemática con prevención de R: se trata de aprender a afrontar el malestar que le genera a la persona determinadas situaciones y a crear otras reacciones, primero en imaginación y después en la realidad. Con la habituación se llega a eliminar ese malestar.

Estas técnicas terapéuticas tienen el objetivo de modificar las conductas desadaptativas por otras adaptativas y saludables y las creencias irracionales por otras más flexibles eliminando el sufrimiento vivenciado por el paciente. Se incluyen aspectos como la baja autoestima, el déficit en habilidades sociales y el aislamiento (Sánchez et al., 2015).

Se han realizado múltiples estudios para demostrar la evidencia en la eficacia de este tratamiento. La revisión sistemática de la TCC en AN realizada por Galsworthy-Francis y Allan (2016) incluyó ensayos que utilizaban otros diseños aparte de ECA - ensayos clínicos aleatorios - eliminando diseños de caso único, que incluyesen medidas cuantitativas pre y post intervención. Concluyeron que la TCC demostraba ser eficaz en la mejora de factores como el IMC y la sintomatología y psicopatología general de la AN en depresión, ansiedad, baja autoestima, obsesiones/compulsiones. También mencionan la mejora en los resultados sobre la adherencia y la reducción del abandono del tratamiento (Galsworthy-Francis y Allan, 2016).

Los avances en el tratamiento cognitivo conductual se manifiestan en el desarrollo de la TCC-E (E = enhanced), utilizada para cualquier tipo de TCA, y tanto en pacientes en tratamiento ambulatorio como en ingreso hospitalario (Dalle Grave et al., 2016a). Cooper y Fairburn (2011) establecen dos tipos de TCC-M (Terapia Cognitivo Conductual Mejorada, “enhanced”): una variante focalizada exclusivamente en la sintomatología TCA y otra forma ampliada para pacientes con patología asociada al TCA que obstaculiza la recuperación y no responden al tratamiento de TCC clásico (Cooper y Fairburn, 2011).

La base teórica de la TCC-E se dirige hacia los factores mantenedores de la psicopatología del trastorno alimentario en lugar de los procesos por los cuales se originó (Fairburn, 2008).

La TCC-E se asienta así, según Fairburn, en cuatro etapas de tratamiento:

1. Involucrar al paciente en su tratamiento y en los cambios en su conducta. Se establece una formulación individualizada del caso junto con la auto monitorización y el pesaje en la sesión. Además, se introduce un patrón alimentario regular y psicoeducación sobre el peso, su recuperación y sobre el trastorno.
2. En una segunda fase se hace una revisión conjunta con el paciente del proceso terapéutico y de los resultados.
3. Abordaje de los factores que actúan manteniendo el trastorno (bajo peso, auto revisión del peso y del cuerpo, restricción y selección de determinados alimentos, cambios en la dieta por situaciones determinadas y estados emocionales).
4. Procurar la durabilidad del cambio producido y reducir la posibilidad de recaída.

En un estudio realizado en 2018 por Frostad y colaboradores, relativo a la intervención con TCC-E en adultos con AN en unidad ambulatoria de TCA de hospital público, se muestra su efectividad. Y es que aunque la mitad de los pacientes no completaron el tratamiento, el resto lograron una mejora significativa a 1 año del inicio de la intervención (Frostad et al., 2018).

Se podría considerar el tratamiento de enfoque cognitivo conductual como el tratamiento consolidado de elección en el abordaje de los TCA y el que más ha avanzado en las últimas décadas (Dalle Grave et al., 2016b).

2.1.2 Terapia Familiar

El tratamiento basado en la familia (TF) considera que las familias constituyen un elemento fundamental y facilitador de cambio en el tratamiento y recuperación del trastorno. En la AN queda manifiesta la relevancia de su rol respecto al manejo de la sintomatología y su eliminación (Forsberg y Lock, 2015).

Inicialmente los modelos de terapia familiar ponían el foco de su intervención en un aspecto concreto, por ejemplo la Terapia Familiar Estructural se enfocaba en la organización, Minuchin y otros autores en el ciclo vital familiar y sus límites, la Terapia Sistémica de Milán en la circularidad, o la Terapia Estratégica en la modificación de conducta basada en los intentos fallidos de solución. También cabe mencionar la TCC dirigiendo el foco hacia las creencias y los pensamientos. Pues bien, el modelo integrador basaría la intervención en todos estos aspectos y en la relación existente entre ellos. El tratamiento se basa en:

- Desarrollo de la alianza terapéutica.
- Ayudar a las familias a manejar el trastorno alimentario.
- Explorar los aspectos relevantes de desarrollo individual y familiar (Casanova et al., 2021a).

La psicoeducación viene a dar un significado a los síntomas no como conductas voluntarias sino como respuestas fisiológicas a consecuencia de los efectos físicos y psicológicos de la restricción y el déficit nutricional. Suele ser diferente la visión del origen y la función que desempeña el trastorno en la vida del paciente y en el sistema familiar. Por ello es importante extender la visión que la familia tiene del problema hacia otros aspectos diferentes a la alimentación y la comida y que son considerados terapéuticamente como desencadenantes o mantenedores del trastorno. Parte de la terapia viene también de la observación de cómo los miembros interactúan entre sí y cómo manejan las dificultades de la familia. Se debe evitar reforzar sentimientos de culpa e invitar a la auto reflexión sobre su rol activo para poder modificar y provocar el cambio. En ocasiones los padres pueden necesitar apoyo a nivel individual, y será importante atender las preocupaciones particulares sobre su capacidad y manejo de la situación y del tratamiento (Casanova et al., 2021b).

En la terapia se cuenta además con otros sistemas pertenecientes al círculo ampliado del paciente: abuelos, tíos, hermanos mayores, cuidadores y profesores, etc. Implicando activamente a los miembros del sistema ampliado y colaborando con ellos desde el inicio y

durante el tratamiento, se facilita el ayudar a los familiares y a los pacientes en la generación de posibles soluciones. Se pretende que el paciente perciba el sentido de comunidad y de apoyo y por otro lado, que los beneficios del tratamiento sean reforzados. El hecho de que estas personas adopten un papel activo puede reducir las probabilidades de crisis y en la prevención de recaídas (Selekman, 2015).

Según Eisler (2005) las familias se reorganizan de diversas maneras en torno al desarrollo de la AN:

- Papel central en la familia: la comida y los alimentos son el centro de las interacciones y la vida familiar.
- Patrones inflexibles de la vida diaria: los papeles de cada miembro son fijos y se construye una rutina en torno a la enfermedad.
- Patrones de funcionamiento más marcados: se hace más patente la cercanía o distanciamiento previo de las relaciones entre los miembros familiares.
- Ralentización del ciclo vital familiar.
- Aparición de sentimientos de culpa en los padres y en el paciente por sentirse una carga.
- Sensación de impotencia en los padres ante la enfermedad.

El ciclo de vida familiar (McGoldrick and Carter, 2001) se refiere a la forma en que la familia como sistema evoluciona con el tiempo. Las familias proporcionan estabilidad pero también necesitan adaptarse al desarrollo y situación de sus miembros. La atención de las necesidades familiares se verá influenciada por las características de sus miembros, tanto sociales y culturales, como de personalidad, y que en su interrelación conforman el sistema familiar. El concepto más actual de la terapia familiar en AN se basa en esa influencia e interacción.

Es en el Hospital Maudsley de Londres donde un equipo de psiquiatras y psicólogos infantiles y de adolescentes, desarrolla el denominado método Maudsley. Aunque su base teórica es principalmente la teoría de los sistemas familiares, integra diferentes enfoques: terapia sistémica, terapia multifamiliar y modelos cognitivo-conductuales, dialécticos-conductuales y neuropsicológicos. Es utilizado en adolescentes cuyos padres adquieren un papel proactivo en cuanto a:

- ayudar a reponer un peso saludable en relación al momento de desarrollo del adolescente y sus características. Son los padres los que aquí deciden sobre la alimentación adecuada y las conductas relacionadas, con el apoyo del terapeuta familiar.
- a medida que evoluciona, ir devolviendo al adolescente el control sobre la alimentación, tratando aspectos del funcionamiento familiar.
- apoyar al adolescente en relación a la construcción de su identidad, tratando aspectos vitales.

Parece haber evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervención en dos tercios de pacientes adolescentes de AN recuperados y entre un 75 y un 90% de recuperación del peso cinco años después del tratamiento. El modelo Maudsley de la AN con base en la familia se considera un modelo de elección para pacientes de tratamiento ambulatorio (Casanova et al., 2021c).

2.1.3 Otros enfoques terapéuticos

Cabe mencionar otros enfoques terapéuticos utilizados para la intervención en AN como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia dialéctica comportamental (DBT), pertenecientes a las llamadas terapias de tercera generación.

Intervención ACT – Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso ACT de Hayes, Stroschal y Wilson (1999), es una de estas terapias de tercera generación que han ido adquiriendo mayor apoyo en el ámbito de tratamiento de los TCA (Hayes, 2004a).

La diferencia principal con la TCC está que ésta se enfocaría en reducir y controlar el síntoma y por el contrario, ACT partiría de la aceptación de éste y en no hacer nada por intentar controlarlo (Juarascio et al., 2010). Básicamente ACT se centra en que los pacientes cambien su relación con el contenido de sus pensamientos y emociones, en vez de intentar controlarlos (Hayes, 2004b). Su base teórica es la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT). El lenguaje forma parte del desarrollo. Vamos aprendiendo a hacer asociaciones entre palabras y objetos en un contexto determinado, cada vez más complejas, estableciendo comparaciones y jerarquizaciones según crecemos. En este sentido y aplicado a los trastornos

alimentarios, por ejemplo en la sociedad occidental se asignan aspectos negativos a la palabra “gordura”, y es el concepto de “delgadez” el que se relaciona con belleza. Esas asociaciones, dependiendo de las experiencias previas de la persona, provocan la reacción emocional vivenciando negativamente un posible comentario sobre su aspecto corporal (Pearson et al., 2010, como se citó en Menal et al., 2018b).

Bajo la perspectiva de ACT, el problema se desarrollaría mayoritariamente mediante la evitación experiencial de determinados eventos privados que generan malestar, como pensamientos o sentimientos negativos que la persona no quiere experimentar. La evitación emocional se considera factor relevante en el inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Manlick et al 2013).

Mediante la flexibilidad psicológica, capacidad de la persona de permanecer abierta y centrada y consciente en el momento presente, se favorece el cambio en su comportamiento y la dirección de la acción hacia sus valores personales (Hayes et al., 2012). El objetivo terapéutico es aumentar dicha flexibilidad respecto a la forma en que la persona experimenta pensamientos y sentimientos negativos sobre la comida y el cuerpo (Griffits, 2018).

En cuanto a los resultados obtenidos con ACT, los estudios de la Dra. Juarascio y sus colaboradores (2013) mostraron evidencia de que la intervención ACT junto al tratamiento intensivo residencial disminuía la sintomatología, las recaídas y los ingresos hospitalarios en pacientes de AN y BN (Juarascio et al., 2013, como se citó en Menal et al., 2018c).

Terapia dialéctica conductual

La perspectiva teórica de la intervención DBT fue descrita por Wisniewski y Kelly (2003) basándose en un modelo de regulación del afecto para tratar a pacientes con trastornos alimentarios al abordar la desregulación emocional que presentan y que actúa a su vez como desencadenante y mantenedor de las conductas problema relativas a la restricción y la purga. Asimismo, sería utilizado para abordar comorbilidades de estos trastornos (Wisniewski y Kelly, 2003).

2.2 Habilidades terapéuticas

Las habilidades y la experiencia requerida en el tratamiento de los trastornos alimentarios incluyen un extenso conocimiento de este tipo de trastornos y de las comorbilidades que pueden presentar (ansiedad, TLP, TOC, depresión, autolesiones...). El terapeuta debe contar con un alto nivel de auto reflexión ya que la relación terapéutica con este tipo de pacientes y las familias suele ser muy intensa. Es por ello que se hace indispensable poder tener acceso a supervisión clínica individual y de supervisión en equipo de los casos (Casanova et al., 2021d).

Practicar la empatía, eliminar en todo momento mensajes de culpa o crítica y saber contener emocionalmente la ansiedad del/de la paciente son habilidades necesarias ya que es muy frecuente que estos/as pacientes no se muestren colaborativos/as ni accedan al recurso de manera voluntaria sino más bien impuesta (Acerete et al., 2013b).

Por otro lado la familia, como contexto de intervención, requiere del terapeuta la formación especializada en terapia familiar ya que existe evidencia de la eficacia en los resultados de este tipo de terapia en el tratamiento del trastorno. Además de esto, el psicólogo debe conocer aspectos médicos y psiquiátricos del tratamiento para evaluar los riesgos que se puedan presentar y poder movilizar los recursos si fuese necesario, por ejemplo respecto al agravamiento de síntomas físicos o psiquiátricos, de autolesiones, etc. (Casanova et al., 2021e).

Otro aspecto relevante a tener en cuenta relativo a las habilidades se refiere al establecimiento del vínculo. Algunos autores explican que las dificultades que presentan este tipo de pacientes en la vinculación, surgen a partir de un patrón de apego inseguro desarrollado en la primera infancia. Esto implica por un lado que se considere ese patrón como un foco terapéutico significativo en cuanto a mejorar las relaciones interpersonales y, por otro la necesidad de alcanzar un vínculo terapéutico sólido entre terapeuta-paciente en pro de mejorar la adherencia y los resultados del tratamiento (Biederman et al., 2009). De ahí la relevancia en la habilidad requerida del terapeuta para el establecimiento de ese vínculo con su paciente.

2.3 Tratamiento farmacológico

El papel de los psicofármacos en el abordaje terapéutico de estos trastornos es limitado. Sin embargo existen algunos estudios en los que se revela la combinación de terapia cognitivo-conductual y farmacológica como el tratamiento más efectivo (Bermúdez et al., 2021).

Su objetivo principales el de incrementar el apetito, calmar la ansiedad y disminuir los pensamientos relacionados con la comida y el cuerpo. Se utilizan también en la prevención de recaídas y en las comorbilidades asociadas, como la depresión y síntomas obsesivo-compulsivos. El tratamiento que mejores resultados ofrece en cuanto a la mejora del estado de ánimo y las cifras de recaídas es la fluoxetina junto con terapia cognitivo-conductual (Menal et al., 2018d). También se utilizan otros medicamentos estabilizadores del ánimo como el Topiramato y otros ansiolíticos. Los más utilizados en la reducción de la ansiedad e ideación obsesiva son los neurolépticos atípicos (Calvo et al., 2008).

2.4 Novedades en el tratamiento de la AN

El Journal of Eating Disorders dedica un número especial donde se plantean nuevas cuestiones en el campo de los trastornos alimentarios para futuras investigaciones en torno a (Eisler et al., 2022):

- Tratamientos basados en la comprensión de la relación entre la estructura y la función cerebral con la sintomatología de la AN.
- Mejoras o modificaciones de los tratamientos actuales basados en la evidencia y sus aplicaciones a grupos específicos como adultos jóvenes, LGBTQ, otros grupos culturales, refugiados, etc.
- Tratamientos integrativos que aúnen los modelos psicológicos de tratamiento de trastornos alimentarios y los avances en neurociencia.
- Novedades en torno a mejora de la atención y el seguimiento para reducir las recaídas. Actualmente se está realizando un estudio sobre tratamiento psicoterapéutico tras el ingreso hospitalario para la recuperación sostenida en AN mediante videoconferencia llamado ensayo “Sustain”. La investigación se está llevando a cabo sobre la eficacia de la intervención online a modo de mantenimiento en 20 sesiones durante 8 meses con el objetivo de evitar la eliminación de la atención terapéutica de golpe tras el

ingreso. Los resultados del ensayo revelarán si la intervención favorece la recuperación sostenida propuesta (Giel et al., 2021).

Técnicas de Neuromodulación : la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr), estimulación transcraneal de corriente directa, estimulación del nervio vago (ENV) y estimulación cerebral profunda (ECP). Según las investigaciones realizadas, estas técnicas podrían alterar la ingesta y el peso corporal y reducir los síntomas de los trastornos alimentarios y las conductas asociadas. Probablemente se considere la estimulación cerebral como parte del tratamiento a futuro, aunque para poder trasladar resultados positivos a largo plazo aun queda investigación por realizar (Martínez de Salazar et al., 2018).

2.5 Tratamiento en Hospital de Día (HD)

La hospitalización parcial u Hospital de Día (HD) es una opción intermedia entre ambas fases y consiste generalmente en una unidad de terapia con asistencia diaria de mañanas o tardes durante al menos 5-6 horas y que incluye las ingestas: desayunos, comidas y tentempiés entre horas. El objetivo principal es abordar la realimentación y recuperación del IMC de manera intensiva, trabajando al mismo tiempo con psicoterapia individual, grupal y familiar, y otros posibles recursos. Se trata asimismo de favorecer la recuperación manteniendo en la medida de lo posible la vida escolar, académica y laboral (Zanna et al., 2021a).

El HD se consideraría el recurso idóneo del área infanto-juvenil para la aplicación de un tratamiento integrado donde el control directo de las ingestas, el tratamiento psicológico (terapia familiar, terapia individual y psicoeducación familiar) y psicofarmacológico hacen que el proceso clínico alcance evoluciones favorables y eficacia terapéutica (Pedreira, 2001). Cuenta además con las ventajas que supone una mayor frecuencia de las sesiones terapéuticas y por ello, una adquisición más rápida de conocimiento y de comprensión y habilidades psicológicas (Beumont et al, 2004). El National Institute of Health and Care Excellence, (NICE) considera la hospitalización parcial como un recurso utilizado para pacientes con AN con un riesgo moderado-alto y para aquellos que no presentan mejoría tras el tratamiento ambulatorio (NICE, 2017).

Comúnmente se establece un programa estructurado en un contrato terapéutico con las condiciones del ingreso. En cuanto a los criterios de ingreso en HD, encontramos:

diagnóstico de TCA, fracaso de tratamiento ambulatorio, transición hacia el manejo ambulatorio tras ingreso hospitalario, ausencia de un peso de riesgo o de complicaciones graves que aconsejen hospitalización completa (médica o psiquiátrica) y motivación y compromiso para el ingreso. Para recibir el alta normalmente se requiere alcanzar y mantener la recuperación ponderal, corregir las conductas alimentarias alteradas y los pensamientos distorsionados y asegurar el apoyo socio-familiar necesario para establecer el seguimiento en tratamiento ambulatorio (Gómez-Candela et al., 2018b).

Hay que considerar además que la atención hospitalaria en sí tiene un alto coste y sumar además que en estos trastornos existe un riesgo elevado de recaída y de reingreso (Zanna et al., 2021b). Por otro lado, es muy frecuente el paso directo del ingreso hospitalario al tratamiento ambulatorio, y teniendo en cuenta la dificultad que conlleva para estos pacientes el mantenimiento de los patrones alimentarios, en poco tiempo se desencadena la sintomatología aumentando considerablemente el riesgo de recaída y de reingreso (Pike, 1998). Algunos estudios plantean que la diferencia de horas de atención en el paso de ingreso hospitalario al HD sería aún muy grande, (de 168 horas seguidas a la semana, los pacientes pasan a 30 horas en el HD en horario partido). Por ello proponen una alternativa intermedia de 11 horas diarias respetando 1 día a la semana para ir a clase y no perder el contacto con su círculo social (Troncoso et al., 2020a).

Parece según la literatura científica que las ventajas económicas de la hospitalización parcial sobre el ingreso hospitalario son relevantes. Sin embargo, respecto a la eficacia clínica hay diversidad de estudios con varios enfoques de tratamiento y diferentes sistemas de atención médica y resultados, y es por ello que se hace difícil hacer una valoración concluyente (Troncoso et al., 2020b).

En un estudio observacional realizado en 2008 se examinó la efectividad a corto plazo del tratamiento en HD de la AN. Se encontraron mejoras significativas mantenidas o mejoradas durante el seguimiento (18 meses). En el seguimiento, el 40,2% de los pacientes con AN pudieron clasificarse como AN en remisión. Los autores concluyen que el tratamiento en HD de la AN como la opción terapéutica intermedia entre el manejo ambulatorio y la hospitalización completa, es un recurso efectivo en estos pacientes (Fittig et al., 2008).

Recientemente se ha realizado un estudio piloto sobre las diferencias en el estado clínico al alta de los adolescentes con AN en tratamiento hospitalario y en Hospital de Día. Se observó en los resultados que los pacientes ingresados en hospitalización parcial (HD) presentaban un menor número de días de tratamiento, un mayor aumento de peso y una mejora significativa en los resultados de la intervención psicológica en comparación con el grupo de pacientes hospitalizados (Zanna et al., 2021c).

Sin embargo según otros autores (Hay et al., 2019), no hay pruebas suficientes para concluir que algún contexto de tratamiento - paciente hospitalizado, hospitalización parcial o paciente ambulatorio - sea superior para el tratamiento de pacientes con AN moderadamente grave (o menos) u otros TCAs. Por tanto, concluyen se necesita más investigación para establecer las comparaciones de la atención hospitalaria versus la atención alternativa.

Tras haber expuesto el marco teórico relativo a este tipo de trastorno, presento a continuación un caso de una paciente con AN cuya intervención se ha realizado desde el enfoque cognitivo conductual y familiar dada la evidencia en la efectividad de este tipo de tratamiento. El caso cumple los criterios de ingreso en el Hospital de Día del Centro clínico Adalmed y continúa actualmente en tratamiento.

3. Identificación del paciente

3.1 Datos personales y motivo de consulta

Los datos personales que se aportan en este caso son ficticios. Según la ley de protección de datos de carácter personal (GDPR) es ilegal facilitar datos que hagan posible la identificación de la persona que acude a tratamiento psicológico en el centro clínico.

I. mujer de 16 años, viene voluntariamente a consulta con su madre. Refiere malestar y ansiedad, no obstante no cree tener un problema con la comida. El peso sí que le preocupa bastante. Su madre explica que I. está perdiendo mucho peso; ha adoptado un comportamiento impulsivo y en ocasiones desafiante, se muestra muy nerviosa e irascible. Ha observado en ella comportamientos alarmantes respecto a las comidas eliminando cada vez más alimentos de su dieta. La paciente convive con su madre en Madrid. Los padres están separados y no tiene más hermanos.

Ha sido tratada anteriormente en el Hospital Niño Jesús de manera ambulatoria. Aportan el historial clínico del hospital. Sufre un empeoramiento del problema manifestando una conducta alimentaria muy alterada y pérdida ponderal de peso.

3.2 Historia Evolutiva

El inicio del trastorno aparece aproximadamente hacia los 14 años. Durante la cuarentena, I. empieza a desarrollar restricción alimentaria, al principio cuantitativa y posteriormente también cualitativa. Asegura que *“hacía caso a las indicaciones de los medios sobre la necesidad de hacer ejercicio, cuidarse y comer mejor”*. Posteriormente sufre una pérdida ponderal de peso no cuantificada con mayor repercusión en septiembre 2020. Presenta una conducta hiperactiva. En ese momento no hay vómitos inducidos ni otras conductas compensatorias adicionales.

Después de espaciar las visitas en el Niño Jesús I. desarrolla un empeoramiento con incremento de la sintomatología alimentaria y creciente pérdida de peso. No se provoca autolesiones. Se observa en ella gran temor al aumento de peso, que se suaviza pensando en la posibilidad de hacer atletismo tras la renutrición. Niega la distorsión de la propia imagen en la consulta endocrinológica en junio 2021. Recibe el diagnóstico de TCA: Anorexia Nerviosa F500. Normopeso por criterios IMC con conducta alimentaria muy alterada.

En diciembre 2021 ingresa en la unidad del Centro en horario de tarde pero tras un breve período de tiempo se observa un empeoramiento en la sintomatología (enero 2022). No hay adherencia de la paciente a las pautas marcadas, presenta mucha ansiedad e hiperexigencia ante los estudios, niega tener ninguna conducta alterada en relación con la comida, ni autoinducción de vómitos. En la unidad de endocrinología revisan los datos de la analítica con detalles sobre la existencia de disfunción renal, pérdida de peso y presencia de amenorrea; se recomiendan revisiones periódicas y se comunica a los padres la situación existente. El equipo terapéutico decide proceder a su traslado al HD en horario de mañana. De esa forma se pretende relajar la hiperexigencia académica, eliminar las distracciones de su entorno cotidiano y enfocar a la paciente en la prioridad de su tratamiento. Se observa hiperactividad física y tras varias situaciones que lo evidencian, la paciente confiesa realizar regurgitaciones con expulsión por boca.

4. Evaluación

La evaluación diagnóstica se ha realizado conjuntamente en las unidades de Psiquiatría, Endocrinología y Psicología del centro. De manera transversal durante todo el tratamiento, se realizan seguimientos psiquiátricos y endocrinológicos relativos a medicación y dietética y nutrición.

Los métodos utilizados son los detallados a continuación:

- U. Psiquiatría: Revisión clínica, diagnóstico y diagnóstico diferencial
- U. Endocrinología: Revisión clínica y nutricional
- U. Psicología:
 - Entrevista semiestructurada con la paciente y con sus padres
 - Autorregistros
 - Observación conductual
 - Registro diario del peso y conductas compensatorias

Revisión clínica

Antecedentes personales:

- No alergia a fármacos
- Desarrollo estatura-ponderal normal.
- Menarquia 13 años. Ciclos regulares. En amenorrea desde junio 2021
- Antecedentes psiquiátricos: seguimiento previo en el Hosp. de Getafe y en Hosp. Niño Jesús
- No consumo de tóxicos, ni alcohol ni tabaco.
- Medicación: Sertralina 100mg/día
- Antecedentes familiares: No hay antecedentes de TCA ni otros trastornos de salud mental.

Anamnesis por aparatos:

- Digestivo: no hay dolor abdominal, ritmo intestinal normal de 24h sin esfuerzo. No hay pirosis (sensación de acidez estomacal)
- Cardiovascular: no disnea, ni palpitaciones ni síncope
- Faneras: Caída de cabello. No onicolisis (uñas separadas por infecciones)

- No intolerancia al frío
- No aumento de acné. Aumento del vello corporal.
- Neurológico: No parestesias (hormigueos), no hay pérdida de fuerza ni sensibilidad.
- Buena calidad del sueño. No presenta astenia ni pérdida de función física

Exploración física:

- Fenotipo normal. No hay palidez cutánea. Bien hidratada. No presenta acné.
- No hay muestras de auto lesiones.
- No hirsutismo. Se observa lanugo fino disperso por la espalda.
- Desarrollo puberal: pubarquia y asilarquia completas (vello púbico y mamas)
- No hay hipertrofia parotídea. Tiroides pequeño, sin nódulos
- Cardio: no se observan soplos ni extratonos, ritmo normal.
- Abdomen blando, depresible, sin dolor.

Diagnóstico:

La unidad de Psiquiatría confirma inicialmente TCA tipo Anorexia Nerviosa F50.0, Normopeso por criterios IMC con conducta alimentaria muy alterada. Más adelante aparece evidencia en la sintomatología para añadir al diagnóstico el subtipo Purgativo F50.02.

Entrevista semiestructurada con la paciente y con los padres

Mediante la entrevista semiestructurada se han recopilado los datos necesarios abordando diferentes áreas de interés: área física y de salud, familiar, académica, social y de ocio. Dichas áreas son relevantes para poder relacionar su influencia con la problemática de la paciente y establecer la formulación del caso clínico.

Área física y de salud:

Se exploran periódicamente datos relativos a:

- cambios en la sintomatología: vómitos, autolesiones, otras conductas compensatorias además de las presentadas (ingesta excesiva de líquidos y diuréticos, laxantes, compensación mediante otras formas de actividad física, etc.)

- horarios y calidad del sueño
- existencia de nuevos alimentos auto prohibidos, comidas en familia o sola, duración de las comidas, miembro que cocina y sirve.

Área Familiar:

Los padres están separados hace 4 años. I. es hija única. Antes de su separación, los padres discutían constantemente y el ambiente familiar conllevaba inestabilidad y conflicto. En la actualidad, los progenitores llegan a acuerdos pero respecto a las pautas y normas de convivencia suelen discrepar.

La madre es muy controladora en todos los ámbitos, en lo cotidiano, académico, familiar y social de la paciente. Madre e hija suelen enfrentarse y discutir muy frecuentemente. En relación a los límites, la madre se muestra ambivalente. Es estricta con las normas, pero en ocasiones, ante la enfermedad de su hija, evita situaciones posibles de crisis y modifica lo estipulado previamente. Según el padre, la madre siempre es muy estricta e impone prohibiciones a menudo. El padre es más flexible en las normas, pero más coherente en cuanto a su seguimiento. Sus directrices parecen claras y concretas. Piensa que es mejor dejar que I. tome ciertas decisiones en algunos ámbitos, tenga responsabilidades y sea más creativa.

En un inicio, su relación de la paciente con su padre era conflictiva. No quería estar con él y lo evitaba si podía, incluso parecía “haberle cogido manía” según verbaliza el propio padre. Según refiere la madre, I. y ella se parecen mucho, característica que confirma el padre: “Ambas son muy negativas, se faltan mutuamente el respeto con frecuencia y tienen muchos enfrentamientos en la convivencia”.

El padre tiene una relación de pareja estable con la que I. se lleva bien. Tiene 2 hermanastros, uno de 12 y otro de 17, con los que tiene una relación cordial. La madre de I. ha tenido otras relaciones, pero sin continuidad.

Área Académica:

Estudia 1º de bachillerato. Muy perfeccionista y auto exigente con sus estudios, suele sacar muy buenas notas. Para ella y según verbaliza “un aprobado alto o un notable es una nota baja”. No se plantea bajar del 8 en ninguna asignatura.

Le preocupan mucho las calificaciones y los exámenes que se presentan durante el curso y muestra nerviosismo ante la posibilidad de perder clases por el tratamiento.

Área Social:

La mayor parte de los planes sociales que realiza se limitan a un círculo muy restringido de amigas del instituto, cerrándose habitualmente a otras personas con creencias o gustos diferentes a los suyos (p.e. no se relaciona con aquellos que fuman, beben, consumen sustancias, tienen otras tendencias sexuales, etc.). Prefiere estar sola, o como refiere el padre, relacionarse con otros más pequeños, con los que socializa con facilidad, y adoptar una conducta infantil (observada p.e. en conversaciones y juegos).

Ocio y aficiones:

En sus actividades de ocio prefiere la soledad. Le encantan los animales y la naturaleza, actividades que realiza sin necesidad de otras personas.

También le gusta el deporte en general y en especial el atletismo, no en equipo.

Suele ver series y películas. En contadas ocasiones, las ve con alguna amiga de su círculo pero generalmente son actividades que practica en solitario.

Autorregistros

Utilización de una aplicación diseñada *ad hoc* cuyo objetivo principal es el registro y revisión de las pautas alimentarias y de salud de la paciente de forma que se pueda obtener información de su conducta en su entorno habitual. También se registran horas de sueño, medicación pautada, horas de estudio, salidas, permisos, documentos para leer, actividad física, y otros comentarios específicos sobre la ingesta: dificultad en terminar los platos, sintomatología específica, intentos de retirar ingredientes, crisis, tiempos y pautas marcadas previamente. La aplicación es utilizada tanto por los terapeutas como por ella misma, sus familiares directos y las personas del entorno cercano que han sido formadas. Esta formación específica para personas del entorno cercano a la paciente es parte del plan terapéutico que se lleva a cabo en el Centro para la recuperación del TCA. El cuidador principal posee una clave de acceso a la App para ayudar a cotejar la información sobre comidas etc. En la plataforma la paciente publica las fotografías de las ingestas que realiza fuera del centro (ver anexo A). Esto incluye desayunos, tentempiés, comidas y cenas de los fines de semana, las meriendas y cenas diarias y también de aquellos días que por causas justificadas no acuda al Centro.

Siempre ha de comer acompañada; por tanto, una vez suba la imagen, ya no tendrá acceso a ésta y el familiar o la persona del entorno cercano que se encuentre con ella deberán validarlo. La información llega directamente a su terapeuta.

Observación conductual

Su utilización se ha limitado a registrar la frecuencia con que se producía en el comedor terapéutico la conducta de regurgitar alimentos ingeridos y expulsar por boca. También se practicó vigilancia de la conducta de esconder porciones o pedazos pequeños de alimentos entre su ropa. En el comedor la paciente está en todo momento acompañada por personal del centro, terapeutas ocupacionales, psicólogas y personal de cocina. Inicialmente se estableció el control diario de la ropa y los enseres de la paciente cada vez que abandonaba el comedor. Se marcó la estricta vigilancia especialmente sobre ella por sus compañeras de mesa en las ingestas con objeto de registrar estas conductas. El acceso a los baños está cerrado y debe acudir siempre acompañada.

Registro diario de peso y conductas purgativas

Diariamente el peso es registrado por la terapeuta ocupacional. Se registra también si se han observado conductas a corregir referidas a las regurgitaciones, es decir, si la paciente ha expulsado pequeñas cantidades de comida desde el esófago o el estómago sin que se produzcan náuseas ni contracciones abdominales y los restos de comida se encuentran entre la ropa, los enseres o el mobiliario de su entorno.

5. Formulación clínica del caso.

A continuación, se exponen aspectos relevantes del caso en forma de hipótesis y una serie de juicios clínicos acerca de las relaciones funcionales entre la conducta problema y sus variables causales. Esta formulación es fundamental para alcanzar la comprensión del problema de la paciente y el establecimiento del tratamiento.

5.1 Origen y mantenimiento

No es posible señalar una causa de origen del trastorno debido a su carácter multifactorial. Sí que se identifica su manifestación clara a raíz de la pandemia. El confinamiento, la obligatoriedad de estar en casa, la exposición constante en los medios de la preocupación por la situación y la necesidad comer sano y hacer ejercicio, y el acceso a este contenido en redes sociales como principal fuente de entretenimiento, desencadenan el afán por la alimentación, cuidarse y no engordar. La restricción calórica y la hiperactividad aparecen rápidamente como forma de auto cuidado y auto regulación.

Una madre muy controladora, la incertidumbre, los cambios de rutinas debidos a la situación de la pandemia, su perfil de rigidez y perfeccionismo y la falta de autonomía, favorecen el desarrollo progresivo en la paciente de un comportamiento alimentario alterado, llegando a utilizarla restricción y las conductas purgativas como medio para experimentar una sensación de control.

Ante la ingesta y el miedo irracional a engordar, la paciente desarrolla una conducta alimentaria restrictiva y distorsionada para aliviarse el malestar y obtener una sensación placentera de ligereza. Este proceso se mantiene debido al refuerzo que proporciona la percepción subjetiva de control que de esta manera experimenta. Su repetición automatiza el mecanismo de regurgitación, haciéndosele muy fácil poder aliviarse del malestar expulsando parte de lo ingerido.

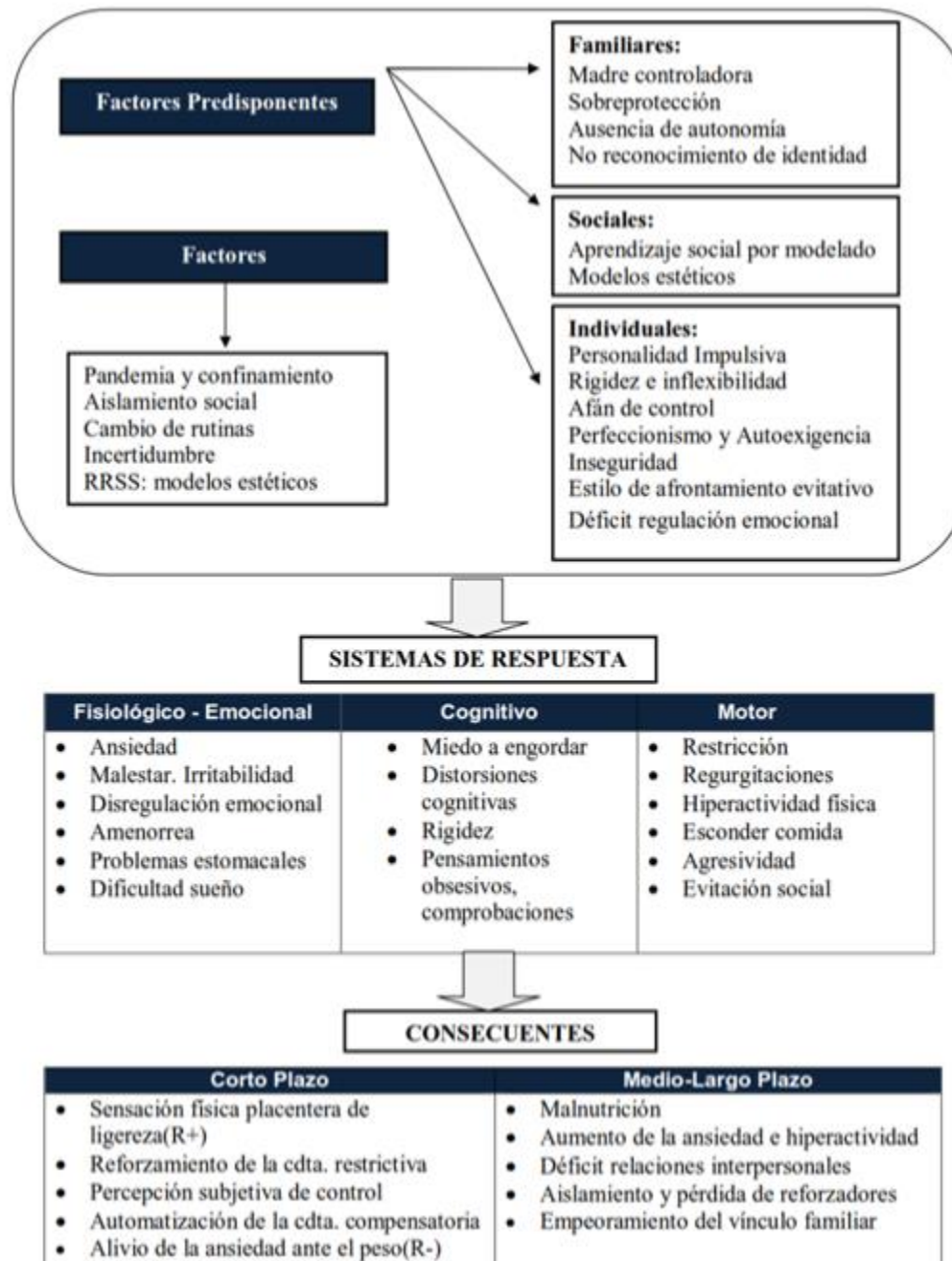
Sus rasgos de personalidad de perfeccionismo y rigidez hacen que I. estreche el círculo social con el que se relaciona, aumentando su inseguridad a la hora de socializar. Mediante su estrategia de afrontamiento evitativo logra no exponerse a juicios y permanecer en su zona de confort, potenciando una conducta infantil.

Por otro lado, su enfermedad es una forma de mantener de nuevo el sistema familiar aglutinado, es decir que los padres se comuniquen y lleguen a acuerdos, contrariamente a lo que ocurría antes de la enfermedad.

5.2 Análisis psicológico

A continuación, se muestra en la Figura 1 un esquema de los factores predisponentes, la conducta disfuncional de I. a través de tres sistemas de respuesta y las consecuencias que generan a medio y largo plazo.

Figura 1 Análisis funcional del caso clínico



La madre ejerce un rol muy controlador en todos los ámbitos. Incoherente en ocasiones en sus decisiones, muestra un patrón de conducta ambivalente. Pone los límites desde el enfado y la crisis; con ello se genera conflicto entre madre e hija y ante la situación de enfermedad, elimina el límite y se desdice. La paciente convive con su madre y es en ese contexto estricto donde se generan situaciones de conflicto. La ausencia de autonomía y las dificultades en el sentido de identidad de la paciente aceleran la necesidad de percibir cierta sensación de control. El padre muestra un perfil más flexible con su hija, pero más coherente. Ante los límites que marca, se mantiene firme. Tiende menos al control y más hacia la comunicación.

Se dan además diversas características en la paciente consideradas como factores predisponentes del trastorno: altos niveles de auto exigencia, perfeccionismo, impulsividad, rigidez cognitiva e inflexibilidad y déficit en habilidades sociales y en manejo emocional. También muestra un estilo de afrontamiento evitativo ante situaciones donde se siente insegura o no puede percibir sensación de manejo o “control”.

Por otro lado, la situación de confinamiento por la pandemia y los cambios de rutinas que conlleva generan incertidumbre, aislamiento e inseguridad. Las redes sociales son el entretenimiento principal de la paciente durante todo ese tiempo; esto implica la exposición constante a contenido sobre modelos estéticos y alimentación generando unas creencias irracionales sobre cuerpo y delgadez.

Las conductas problema de restricción alimentaria, purgas, comprobación y evitación, proporcionan a I. la sensación de control en su vida, sensación muy reforzadora que no es experimentada en otros ámbitos. Cuando come y percibe sensaciones físicas de hinchazón, le sobreviene el impulso de sacarlo afuera. A nivel cognitivo los pensamientos acerca del cuerpo y comida y los comentarios al respecto le producen malestar y negatividad, los cuales se alivian ante la restricción y la purga.

Respecto a las relaciones interpersonales, busca la seguridad, permanecer en su zona de confort y relacionarse solo con su círculo más cercano. Sus capacidades de relacionarse socialmente se ven así limitadas. Muestra una actitud muy rígida en lo que se refiere a crear nuevos vínculos con personas de su edad con diferentes ideologías o formas de actuar o divertirse. Ante cualquier situación que implique establecer vínculos nuevos, elige preferentemente actividades para practicar en soledad o bien relacionarse con adolescentes de

menor edad con los que se siente más segura. Evita exponerse a situaciones donde no se vea aceptada o fuerte. Esta conducta es repetida en el tiempo de manera que se mueve en torno a círculos sociales restringidos. Su carácter perfeccionista, híper exigente y su inflexibilidad se van potenciando durante el desarrollo y también el aislamiento social. Con ello aumenta también su inseguridad y se acentúa la búsqueda de sensación de control a través del cuerpo y la comida.

La paciente muestra una conducta muy infantil. A pesar de sus 16 años y su apariencia física ya desarrollada, carece de regulación emocional. Lleva a cabo acciones impulsivas sin medir las consecuencias, demuestra un pobre control emocional por ejemplo en expresiones muy exageradas o en muestras desmedidas de alegría o excitación, le cuesta comprometerse con las normas (falta de puntualidad, comportamiento agitado en el comedor, etc.), se esconde comida entre su ropa o debajo de la mesa, se observa en ella muy baja tolerancia a la frustración (crisis de ira y enfado ante confrontamiento) y un comportamiento de hiperactividad constante. Esto genera en ocasiones cierto rechazo social entre sus compañeros y dificulta que I. se desenvuelva socialmente con iguales y establezca relaciones con naturalidad. Por otra parte, no ha tenido ni tiene pareja. No muestra ningún interés por el sexo y en las conversaciones que surgen con sus iguales sobre el tema, muestra conducta evitativa, rehúye participar y busca actividad o grupo alternativo.

Es reacia a mostrar sus sentimientos y vulnerabilidad. Solo muestra su fortaleza y sus capacidades y así lo verbaliza. La falta de identificación y manejo emocional se perfila como foco mantenedor del trastorno en cuanto a la generación constante de evitación social y aislamiento. En este sentido algunos autores destacan especialmente la alexitimia que presentan las pacientes con AN. Plantean que el déficit para percibir las propias emociones podría considerarse por un lado como factor predisponente del trastorno y por otro, el aumento de dicho déficit durante el transcurso de la enfermedad se considera como un factor mantenedor o favorecedor de su cronificación. (Calvo et al., 2014)

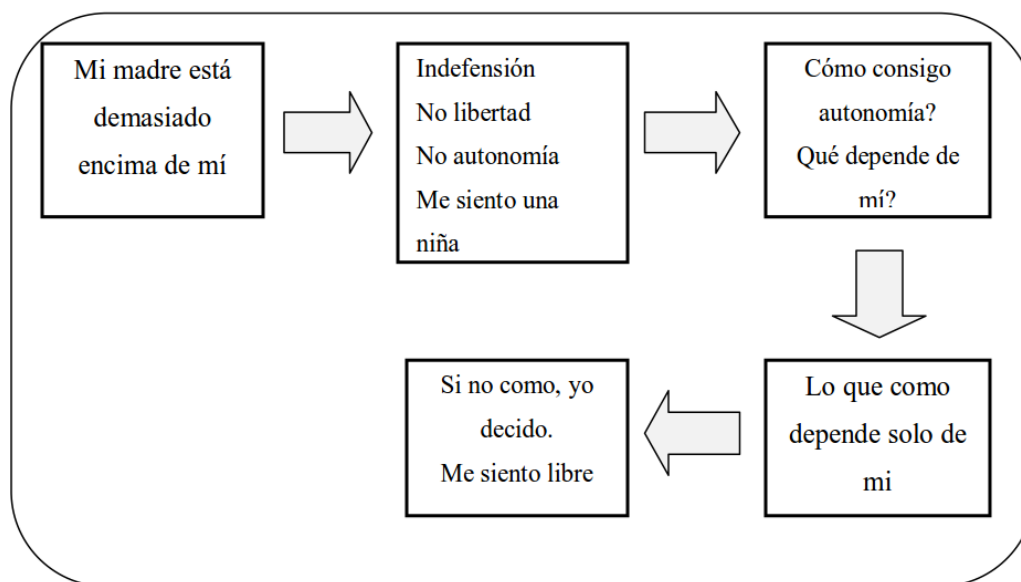
La paciente es muy impulsiva y necesita de la hiperactividad para gestionarse y auto - regularse. Con frecuencia no procesa la información adecuadamente. La hiperactividad constituye un medio para aplacar sus nervios y regular la ansiedad, y a la vez, para mantener el control del peso, convirtiéndose así en una conducta compensatoria. Además, potencia el

desarrollo de un aspecto físico de fortaleza muy valorado y no requiere tener que relacionarse socialmente, ya que no lo practica en equipo, sino de forma individual y sin instructor.

Modelo explicativo de la Terapia Familiar

Según este modelo, se hace relevante la característica manifiesta en esta familia de la sobreprotección, que según Minuchin, implica un alto grado de preocupación parental por el bienestar de sus miembros. La madre controladora y sobreprotectora, dificulta la autonomía de su hija (Figura 2). A través de la alteración en su conducta alimentaria I. se detiene y no avanza en el ciclo vital de las distintas etapas y crisis del desarrollo. Muestra de esta forma que no está preparada para seguir creciendo sin un cambio de relaciones dentro del sistema.

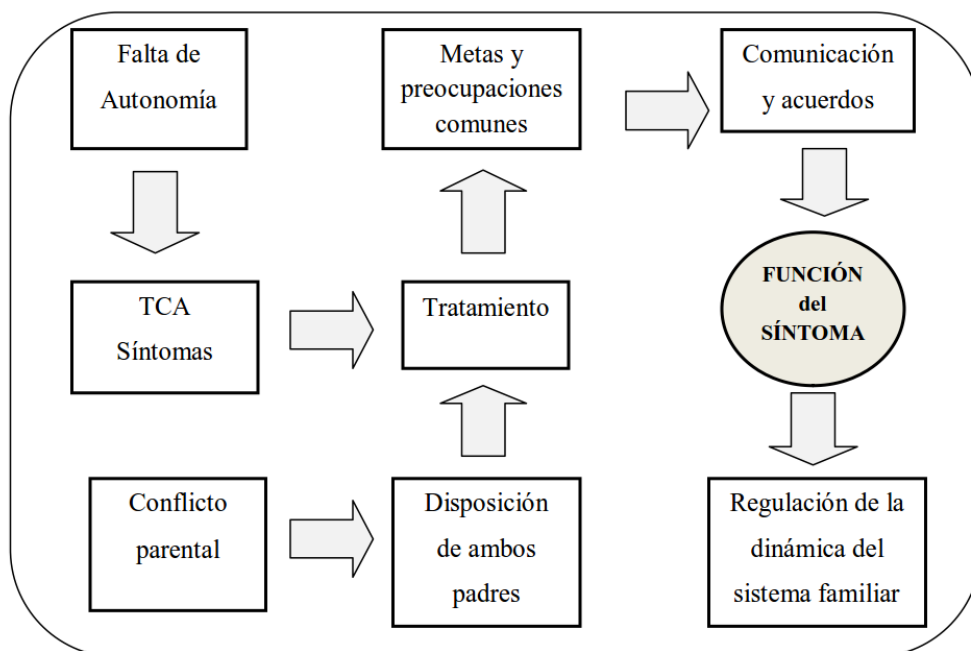
Figura 2 Impacto de la sobreprotección familiar en la conducta de la paciente



La comida y el rechazo al alimento en una familia en la que no se permiten espacios propios, es la única área de autonomía que le queda a la paciente. Al mismo tiempo se encierra en la prisión de la enfermedad y reclama sobre sí la preocupación de los padres, colocándose en medio de ellos y liberándolos del problema de encontrar voz para afrontar directamente sus dificultades” (Onnis, 1990a). Por otro lado, se observa la función del síntoma (Figura 3) en el sistema familiar desde este enfoque. Se produce lo que algunos autores denominan la involucración de la paciente en el conflicto parental; es decir, los padres tienen problemas

entre ellos y no se resuelven. I. entra entonces a formar parte de las dinámicas de la pareja, colocándose en una posición estructural anómala, parentalizada. Los padres adoptan una forma de resolución de sus conflictos mediante una utilización rígida de su hija como desviación o rodeo: es decir, el acuerdo de los padres en la preocupación de los síntomas de I. como una forma de controlarla: porque es “mala” o bien como forma de protegerla porque está “enferma” (Onnis, 1990b). Las situaciones de tensión se “resuelven” centrandose toda la atención en los comportamientos de la paciente dando a los padres una preocupación y una meta comunes. Los patrones relacionales de ambos se modifican y se muestran volcados y dispuestos en el tratamiento de la enfermedad de I. Contrariamente a lo que sucedía antes de la enfermedad, los padres se comunican de nuevo entre sí e incluso llegan a acuerdos.

Figura 3 *Función del síntoma*



6. Intervención

El tratamiento psicológico de elección es de tipo cognitivo-conductual combinado con terapia familiar. A continuación, se expone la propuesta de intervención, el plan terapéutico general con objetivos y técnicas junto con el cronograma de las sesiones a las que fue posible asistir durante el tiempo de prácticas realizadas en el HD.

6.1 Plan terapéutico

- Ingestas: desayuno, tentempié y comida en el comedor terapéutico junto con el resto de pacientes del grupo
- Psicoterapia individual, grupal y familiar.
- Apoyo en el entorno extra familiar: social y académico. Formación en TCA y pautas a su círculo social ampliado: mejores amigos, compañeras habituales de clase, familiares próximos, profesores y monitores.
- Terapia ocupacional: regulación emocional, actividad física en equipo y reglada, expresión emocional, habilidades sociales, juegos, rol-playing, etc.

6.1.1 Objetivos y técnicas

Objetivos generales:

Los objetivos que se han establecido serán objeto de revisión y valoración a lo largo de todo el proceso terapéutico:

- Restaurar el peso y estado nutricional
- Eliminar las conductas compensatorias
- Aumentar la conciencia de enfermedad
- Alcanzar autonomía personal y psicológica

La recuperación de un peso saludable y la eliminación de las conductas compensatorias son objetivos trabajados en el comedor terapéutico diariamente y en las sesiones de psicoterapia. Se han ido revisando las dificultades que la paciente ha ido encontrando en el cumplimiento de las pautas nutricionales y las relativas a las conductas compensatorias, tanto en el HD como fuera, revisando estrategias de manejo, regulación emocional, apoyo en el grupo, etc.

Respecto a la falta de conciencia de enfermedad, la paciente se encuentra en la etapa de pre contemplación del modelo de Prochaska y Di Clemente, siendo la negación del problema característica inicial del caso. Para alcanzar el objetivo de aumentar la conciencia y la motivación para el cambio, se hace uso de herramientas conductuales: autorregistros, nuevo patrón alimentario y entrevista motivacional. Se implementa una orientación psicoeducativa sobre la enfermedad para facilitar el análisis depros y contras de sus hábitos y la aparición de ambivalencia, las consecuencias físicas y psicosociales que conlleva el trastorno y se facilita

el inicio de una actitud de colaboración en las metas establecidas, incorporando ya técnicas cognitivo-conductuales.

En cuanto al objetivo de alcanzar una mayor autonomía, la intervención con los padres en TF se dirige a la psicoeducación sobre el trastorno y a su implicación en la asignación progresiva de nuevas responsabilidades a la paciente con el fin de potenciar la mejora en la gestión del tiempo, la organización de sus horarios, la planificación de sus tareas y las actividades de ocio, por sí misma.

Objetivos específicos:

En la tabla 2 se detallan los objetivos específicos que, junto con los objetivos generales, se han establecido dentro del plan general terapéutico desde el ingreso en HD de la paciente hasta el final de su tratamiento.

Tabla 2 *Plan de intervención: objetivos específicos y técnicas*

Objetivos específicos	Técnicas empleadas
Reducción /Eliminación síntomas fisiológicos de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en técnicas de respiración - Reestructuración cognitiva - Recurso de apoyo grupal (inmediato)
Mejorar las dificultades de gestión emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Diario emocional. Rueda de las emociones - ArteTerapia, Teatro (Terapia Ocupacional)
Eliminar la conducta compulsiva de hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición con prevención de R - T. ocupacional (deporte, exp. corporal, baile..) - Nuevas pautas de ejercicio, monitorizado y de equipo
Disminución de las creencias irracionales (Peso, Autoexigencia, Perfeccionismo)	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Evidencia/gravedad/utilidad - Pruebas de realidad

	- ArteTerapia (Terapia Ocupacional)
Mejora de las habilidades sociales	- Entrenamiento en HHSS (ampliar relaciones con su círculo habitual, grupo de terapia, familia, etc) - Terapia ocupacional (grupos de trabajo)
Fortalecimiento de los vínculos familiares	- Técnicas de regulación emocional. “Diario emocional” y “Regulación emocional” - Entrenamiento Solución de problemas - Actividades o planes familiares
Prevención de recaídas	- Psicoeducación - Entrevista motivacional - Apoyo grupal

Dada la discordancia entre los padres respecto a pautas, criterios de educación, normas de convivencia, etc. se establecen las sesiones terapéuticas de la siguiente manera:

1. Sesiones individuales:

- con la paciente semanalmente
- sesiones individuales con el padre e individuales con la madre, quincenales respectivamente.
- una sesión conjunta con ambos padres cada tres semanas.

La sesión conjunta se considera imprescindible y tiene el objetivo de aunar criterios y pautas respecto al tratamiento de la paciente. Las sesiones de los padres a nivel individual aportan una información muy relevante respecto a la relación de cada uno de ellos con su hija en un espacio donde se pueden expresar con mayor intimidad.

2. sesiones grupales:

- para la paciente diariamente
- con los padres semanalmente

6.2 Cronograma de las sesiones

El objeto de este trabajo abarca apenas un período parcial del tratamiento de 9 sesiones de una hora aproximadamente, individuales y familiares. Como ya se ha comentado anteriormente, la paciente continúa en la actualidad su tratamiento en el HD.

Tabla 3 *Plan cronológico de las sesiones de marzo a mayo 2022*

Evaluación inicial (Dic 2021) Ingreso en HD: horario de tarde	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión informes clínicos previos • Entrevista semi estructurada • Diagnóstico • Encuadre y objetivos de tratamiento • Tratamiento individual y grupal
Empeoramiento (Enero 2022) Derivación a HD horario de mañana	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración en Unidad de Psiquiatría y Endocrinología • Informe clínico. • Solicitud adaptación curricular a su centro académico • Revisión de los objetivos terapéuticos y las pautas clínicas
Marzo 2022 Sesiones iniciales en HD mañana	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio y ajuste de horarios. • Posteriormente reincorporación al instituto 2 tardes/semana
SESION 1 (23/03)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. Entrevista motivacional • Exposición social • Gestión emocional • Entrenamiento HHSS: Ayuda al grupo • Establecimiento de compromisos
Familiar: padre	Psicoeducación s/el trastorno Confirmación de pautas
SESION 2 (30-03)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los auto registros • Gestión del tiempo: Ajuste horarios • Revisión medicación. Sueño • Entrenamiento en HHSS. Relaciones con las compañeras del grupo Adalmed • Manejo ansiedad. (Autoexigencia académica) • Reestructuración cognitiva. • Compromisos para la semana
Familiar: madre	Déficit regulación emocional y HHSS en AN Nuevas pautas en la toma de medicación
SESION 3 (06/04)	<ul style="list-style-type: none"> • Modales y frustraciones • Confrontación responsabilidades. T. Ocupacional • Reestructuración cognitiva • Habilidades sociales: planes, ocio • Compromisos a cumplir
Familiar: padre y madre	HHSS y AN. Autoridad

	Acuerdo respecto a los comportamientos Establecimiento de límites
SESION 4 (13/04)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de auto registros • Entrenamiento con Técnicas de toma de decisiones y solución de problemas. Estrategias de negociación. Rol-palying • Gestión emocional: el enfado. Auto instrucciones • Aceptación de los límites • Entrenamiento en HHSS. Tec. Exposición • Compromisos: enfado, aceptación y relacionarse
Familiar: padre	Acuerdo sobre permisos Las recaídas con la comida
SESION 5 (20/04)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación s/preparación intervenciones • Entrevista motivacional • Regulación emocional • Habilidades de negociación: rol-playing • Compromisos: intervenciones, negociar, diario emocional
Familiar: madre	El síntoma alimentario Aclaración dudas s/ pautas a seguir Mejora de las habilidades de comunicación Estrategias de manejo de situaciones de conflicto
SESION 6 (27/04)	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de organización • Gestión del tiempo. Ejemplos. • La generación de conflicto • Asignación de responsabilidades. Pros y contras • Fichajes y enganches • Apoyo en el grupo • Compromisos: pedir ayuda, no ficharse, organización
Familiar: padre y madre	Relación ansiedad-sintomatología y“comparaciones con el otr@” Necesidad de adquirir autonomía - Permiso para trayectos Organización propia de sus tiempos de estudio Móvil disponible para no eludir relaciones sociales
SESION 7 (04/05)	<ul style="list-style-type: none"> • Sinceridad (purgas) • Entrenamiento en HHSS – Rol-playing • Gestión emocional del enfado. • Entrevista motivacional • Aceptación de los límites • Tolerancia a la frustración
Familiar: padre	Las recaídas como parte del proceso y la dinámica del castigo Confirmación de pautas nutricionales Gestión del enfado y necesidad de independencia
SESION 8 (11/05)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en HHSS – Ampliar círculos. Estrategias • Déficit emocional: identificación y manejo. Rol-

	playing <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de los logros • La rigidez. Pruebas de realidad
Familiar: madre	Revisión pautas medicación Psicoeducación s/autonomía personal y psicológica Progresión en la auto regulación emocional de la paciente
SESION 9 (18/05)	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de tareas y gestión del tiempo • Entrenamiento en HHSS – flexibilización, aceptación del otro • Manejo emocional → “ser intensa” • Empatía vs simpatía, interacciones con el otro sexo.
Familiar: padre y madre	Revisión pautas sobre actividad física Una nueva identidad → apariencia física Concienciación s/ necesidad de autonomía y capacidad de decisión

Tras el empeoramiento (enero 2022) que sufre la paciente durante el breve período de su ingreso en el HD de tarde, se comunica a los padres de I. esta situación y la necesidad de su traslado a HD de mañana, revisando los objetivos terapéuticos y estableciendo una serie de pautas clínicas necesarias fuera del centro (ver anexo B). Su conducta alimentaria estaba muy alterada, la carencia de regulación emocional provocaba malestar con mucha intensidad y se desencadenan varios episodios de crisis. En el comedor terapéutico se observa que el interior de la mascarilla de la paciente tiene restos de comida. Finalmente, tras argumentaciones sin sentido, confiesa entre sollozos haberse guardado trozos de alimentos entre la ropa interior y en las zapatillas. Se muestra muy disgustada y rabiosa ante el hecho de tener que confesarlo a su padre, al que ya había hecho promesas anteriormente y solicitaba su confianza en ella.

El ingreso en HD de mañana implica que I. debe dejar sus clases diarias de las mañanas en el instituto, rebajar la auto exigencia y alejarse del entorno y las rutinas que llevaba a cabo para priorizar el tratamiento intensivo de 9h a 15h diariamente. Por ello se solicita una adaptación curricular a su centro escolar colaborando éste en su elaboración para facilitar las actividades académicas a la paciente. El objetivo es, siempre cumpliendo los criterios de salud, evitar en la medida de lo posible una desconexión total con el hábito de estudio y la formación. Desde su asistencia en horario de mañana, I. ha pasado casi 3 meses sin asistir a clases. Posteriormente se incorpora al instituto 2 días a la semana por las tardes, horario compatible con su asistencia al HD, con la intención a futuro de ir incorporándose completamente a medida que su evolución lo permita.

Descripción de las sesiones

El enfoque cognitivo conductual y familiar se lleva a cabo desde el inicio del tratamiento. A lo largo de las sesiones se han abordado los esquemas disfuncionales de perfeccionismo y rigidez, así como las creencias irracionales no solo relativas a cuerpo y comida, sino también a las autoexigencias académicas y las relaciones interpersonales.

Las sesiones terapéuticas comienzan con una vídeo llamada a la madre, al padre o a los dos conjuntamente. Después se realizan con la paciente a solas en la consulta, finalizándolas con el establecimiento de una serie de compromisos relativos a lo tratado durante la sesión.

Durante las primeras sesiones se presta atención con los padres a su estado emocional, sus dificultades y al conflicto que pueda subyacer más allá de la sintomatología respecto a la comida, como su falta de habilidades sociales y las inseguridades de la paciente a la hora de relacionarse. La relación entre padre e hija se ha afianzado según manifiestan en comparación a hace unos meses. Se acude a la orientación psicoeducativa con los padres sobre el trastorno en general y sobre aspectos relacionados por ejemplo con la mentira como parte de la enfermedad y mecanismo de resistencia a soltar el control. También para explicar la relación existente entre el malestar ante una situación incontrolable y la expresión del síntoma y sobre la relación existente entre la búsqueda de la seguridad y el déficit en habilidades sociales.

Se han revisado con ambos las dificultades de la vida diaria relativas a pautas nutricionales y de medicación. Con frecuencia, han planteado dificultades en aplicar las estrategias de modificación de conducta previamente pautadas. No obstante, dichas dificultades se han podido ir resolviendo semanalmente en las sesiones mediante psicoeducación aportando ejemplos comunes de la vida cotidiana, uso del móvil, horarios de sueño, orden e higiene, etc. Ante la aparente mejoría respecto al tema de la comida mientras otras áreas muestran otros problemas, se explica la utilización de la restricción con la comida y las conductas compensatorias como medio de regulación emocional ante la ansiedad y el malestar. Con el tratamiento, al no tener esa posibilidad, el conflicto se muestra por otras vías generando otros síntomas; sin embargo, esto no implica empeoramiento. No obstante, se expone que, aunque la comida no aparezca momentáneamente como conducta problemática, durante el curso del trastorno se atraviesan momentos delicados para la reaparición de la sintomatología alimentaria como medio de gestionar el malestar.

En estas sesiones familiares también se ha incidido en la necesidad de asignar cierta autonomía progresivamente a I. como parte del proceso terapéutico. Se ha trabajado con la madre especialmente reestructurando pensamientos negativos y catastrofistas ya que muestra su desconfianza en asignar responsabilidades a su hija. Aparecen las dificultades que genera el rol controlador que ejerce sobre la paciente y le cuesta dar su aprobación. En este sentido se insiste en la necesidad de que adquiera progresivamente cierta independencia; de lo contrario siempre serán los padres los que asuman sus responsabilidades, fortaleciendo un comportamiento disfuncional. Se ha planteado con ambos el entrenamiento en el establecimiento de límites y la liberación de su responsabilidad respecto a la organización de los horarios y tiempos de estudio de I.

Con la paciente y desde las primeras sesiones se ha trabajado en aumentar la conciencia sobre la enfermedad dado que inicialmente carecía de ella. Con ello se persigue además la asignación de un papel activo en la interacción terapéutica. Se han formulado cuestiones relativas a reducir el egocentrismo (p.e. referentes a integrantes del grupo terapéutico y a los pensamientos existentes sobre lo que piensa o siente su círculo social y familiar) y a aumentar la capacidad de auto reflexión con preguntas del tipo “*qué vas a hacer para cambiar esta situación x que tan mal te hace sentir?*”, “*qué crees que puede solucionar esto?*”. En principio no entiende su problema. Reflexiona en torno a su explicación dado que ya come todo y sigue las pautas. Se expone lo que subyace al trastorno: la gestión de la incertidumbre y la frustración mediante el control a través de la comida y el cuerpo. La falta de relaciones la intenta compensar potenciando un cuerpo fuerte y “perfecto” con hiperactividad física y deporte, para alcanzar la aprobación de los demás sin posible exposición a críticas. Asimismo, esa hiperactividad es una forma de auto regularse emocionalmente. Se le explican aun cosas que mejorar y se le hacen ver diferentes formas de buscar y experimentar cierta sensación de control sobre sus emociones negativas. Empieza a comprender la idea de que su enganche con la comida y con el cuerpo tiene relación con su necesidad de control y seguridad.

En relación con las situaciones donde experimenta ansiedad ante las comidas se exponen las estrategias de manejo. Se ha realizado un trabajo de reestructuración cognitiva sobre sus pensamientos distorsionados (“*yo tengo que cenar, así que voy a engordar sí o sí?*”) y aprender a sustituirlos por pensamientos más racionales a fin de disminuir las creencias

instauradas sobre cuerpo y comida. Se establece “pedir ayuda al grupo” como pauta habitual ante este tipo de situaciones.

Iniciando el entrenamiento en habilidades sociales se validan las dificultades ante las primeras exposiciones sociales, situaciones ante las que la paciente siente mucha inseguridad. Pero se expone el hecho de que no intima lo suficiente para establecer vínculos duraderos con nadie en especial. Surgen dificultades pues busca excusas y pone pegas a cualquier sugerencia. Justifica muy a menudo su comportamiento comparando sus acciones con lo que hacen mal los demás para evitar la situación y alega no querer relacionarse con gente que le recuerda constantemente su TCA. Presenta sus dificultades para compartir a sus amigos de fuera del centro su problema y pedirles ayuda por ese motivo. Se discuten las razones que pueda encontrar para ello. Se reestructuran los pensamientos al respecto y se ponen ejemplos de cómo entablar relaciones saludables sin juzgar ni ser juzgada. Es parte del proceso terapéutico el formar en las pautas a su círculo social ampliado. Se le asigna la responsabilidad de ir buscando en su instituto y su entorno compañeros que puedan ser formados. Se hace rol-playing de cómo apuntarse a planes sociales de grupo, plantear alguna actividad diferente, relacionarse con personas desconocidas, entablar conversaciones, manifestar desacuerdos o preferencias, respetar ideas diferentes a las suyas, etc. Se le hace ver que ella también debe demandarlo, acercarse y establecer conversaciones, contar sus cosas y compartir con ellas para que la incluyan. Estrechar vínculos. Ante su rigidez en sus argumentos se utiliza la confrontación ante los rituales, las adicciones u otros medios que otras personas manifiestan. Se establecen frecuentemente como compromisos a cumplir el establecimiento de planes con amigas con el fin de ampliar su círculo. Con frecuencia se le solicita “hacer casitas” (pasar tarde y noche en casa de alguna compañera del grupo) con el fin de crear vínculos y entrenarse en seguir las pautas en compañía de otra paciente. Además, a modo de exposición controlada, la paciente deberá enfrentarse a situaciones nuevas, compartir tiempo y actividades de la vida cotidiana con otras personas que no conoce inicialmente.

Respecto al déficit en identificación y manejo emocional se trabaja para facilitar a la paciente la expresión emocional. Inicialmente la terapia se dirige principalmente a abordar el déficit de identificación emocional. Confiesa no sentir nada muchas veces (por ejemplo, sentir pena por alguna persona) y verbaliza “*soy dura como una piedra*”, “*no me afecta nada*”. Dice no recordar haber sentido emociones como tal. Se explica que el TCA le ha hecho desconectarse

del mundo emocional de los demás y de sí misma, y de esa forma, no tener que responsabilizarse de lo que sienten por lo que ella hace. En el tratamiento se considera prioritario el apoyo grupal respecto al manejo de las situaciones de crisis, al aprendizaje de su gestión y al alivio del malestar a través de otras vías más saludables. Durante varias sesiones se insiste en la comprensión de hacer uso de ese recurso y apoyarse en sus compañeras de grupo. Se trabajan ambos objetivos a la vez: su entrenamiento en habilidades sociales y en la expresión emocional. No obstante, con el objetivo de facilitar también la auto-regulación se utiliza el Diario emocional (anexo C) y el ejercicio de Regulación emocional (anexo D). Es sobre la gestión del enfado y la ira ante las negativas, emociones que no suele saber manejar en situaciones de enfrentamiento con su madre, donde se ha trabajado con parada de pensamiento y auto instrucciones: racionalizar e intentar comprender otros puntos de vista diferentes al suyo, no saltar y contestar mal impulsivamente.

A partir de la 4ª sesión se explican diferentes técnicas de negociación sobre cómo hacer sus peticiones, teniendo en cuenta las necesidades de los demás además de las suyas propias. Se insiste en la toma de conciencia sobre la aceptación de las decisiones ajenas y de los límites impuestos por las figuras de autoridad. Ante los persistentes malos modales cuando no consigue lo que quiere o se le critica alguna acción o decisión, se vuelve con ella a resaltar la necesidad de practicar habilidades de negociación y mejorar la capacidad de aceptación de las negativas pues es su muestra de la falta de regulación emocional y necesidad de control.

Ante las frecuentes comparaciones con sus compañeras del grupo terapéutico en relación con los privilegios y el tiempo que llevan de ingreso, se explican las diferencias individuales entre diferentes pacientes, sus distintos entornos, sus trastornos y sus necesidades específicas para su comprensión y aceptación.

Respecto a la autoexigencia sobre los temas académicos, ya desde las primeras sesiones se realiza entrenamiento en el manejo de la ansiedad ante pensamientos anticipatorios y negativos. Se insiste en la prioridad de solicitar ayuda al grupo para cambiar el foco y contar con la inmediatez del asesoramiento externo de sus compañeras. Durante las sesiones individuales se ensayan técnicas de respiración. Se explica la relación existente entre los síntomas y las situaciones de ansiedad y se especifica la diferencia entre aquello sobre lo que podemos actuar y sobre lo que no depende de nosotras. Se reestructuran los pensamientos negativos y teniendo en cuenta el esfuerzo que supone la vuelta al instituto tras un parón, se

discuten argumentos para la consideración de las notas alcanzadas como resultados razonablemente buenos.

A partir de la 6ª sesión se hace hincapié en el objetivo de alcanzar progresivamente cierto grado de autonomía y responsabilización relativa a la organización de sus tiempos y horarios. Se exponen diferentes ejemplos de gestión del tiempo con el objetivo de mejorar la capacidad de organización y planificación. Se observa la necesidad de cierta independencia y paulatinamente se van asignando permisos: eliminación del acompañamiento 24h y libertad de trayecto para acudir sola al HD. Se trabaja entonces la responsabilidad de las propias decisiones, la aceptación de las consecuencias y la identificación de los pros y contras de manejar los horarios y distribuir los tiempos para las obligaciones, el estudio y el ocio.

Ante la falta de puntualidad y desorganización de la paciente, se explica a los padres que su hiperactividad e impulsividad le impiden elaborar la información de manera adecuada y llegar a una toma de decisiones correcta y respetuosa. Se explica la parte egoísta del trastorno donde la paciente tiene la mirada puesta en sí misma únicamente y se cuenta en inicio con una baja capacidad de autocrítica y de aceptación de críticas externas. Su auto organización es algo que no ha hecho anteriormente, completamente nuevo para ella, por lo que ha de aprender.

En la 7ª sesión se expone la sinceridad como medio para aumentar la confianza. Ciertamente la paciente podía encontrar ocasiones fuera del HD para reproducir conductas de regurgitación y ante esto, se insistió especialmente en el trabajo psicoeducativo de persuasión, haciéndola tomar conciencia de la relevancia de las purgas en el mantenimiento de su enfermedad y del perjuicio para su recuperación. También la desconfianza que genera este comportamiento en sus padres y círculo ampliado. En las sesiones grupales, se pone de manifiesto con contundencia el mayor rechazo que genera mentir ocultando el síntoma en comparación con hacer purga y sincerarse con alguna compañera o en el grupo. Es un mensaje que pronto es entendido por la paciente.

En las últimas sesiones se observa en sus verbalizaciones pensamientos aún existentes relativos al peso. Ante esto se insiste en las pautas del tratamiento relativas a no mirarse, ficharse el cuerpo en la ducha, en espejos, reflejos, etc. y conectar con el grupo ante las tentaciones y los pensamientos intrusivos. Se trabaja con ejemplos y rol-playing sobre

situaciones cotidianas donde se presentan dificultades sociales y de expresión emocional. Se plantea ir aumentando el nivel de autonomía: aumentar el tiempo de dedicación al deporte.

7. Valoración y Resultados

El tratamiento hasta la fecha tiene una duración de seis meses. Durante las últimas nueve sesiones se han observado y analizado los cambios conductuales producidos. No obstante, de todos los objetivos establecidos en el plan terapéutico, se han establecido medidas cuantitativas con resultados significativos de dos de los objetivos generales.

7.1 Adherencia al tratamiento

La paciente ha acudido al HD diariamente y no ha faltado en ninguna ocasión sin falta justificada. En una ocasión por causa de enfermedad (covid) ha permanecido en casa para evitar posibles contagios en el centro, con instrucciones de conectarse online a la sesión individual y grupal. El tratamiento no ha sido interrumpido en ningún momento.

La adherencia nutricional ha sido cumplida estrictamente en el comedor terapéutico. Fuera del entorno clínico controlado se ha contado con la atención de los padres en relación con el estricto cumplimiento de las pautas marcadas sobre comidas, cantidades, elección de las ingestas, etc. Han surgido dificultades para la paciente relativas a cumplir las pautas, especialmente al inicio del tratamiento. Cuando ha protestado o intentado saltar dichas pautas, el escollo se ha resuelto durante las sesiones individuales y grupales; por otro lado, la familia ha puesto en práctica las estrategias entrenadas previamente, al igual que los integrantes de su círculo ampliado de familiares y amigos formados para ello.

Los auto registros han sido cumplimentados salvo en los inicios del tratamiento donde se producía algún olvido o incidente. Esto se revisaba en las sesiones con ella y con los padres para su corrección.

En todas las sesiones se han establecido compromisos a cumplir para la paciente, relativos al entrenamiento en habilidades sociales y a su organización de las tareas en casa y los trabajos académicos. Se enviaban los compromisos vía WhatsApp para que los tuviera a mano y facilitarle su cumplimiento. En general la paciente ha seguido lo establecido hasta el momento; no sin dificultades, pero éstas se han ido solventando en el curso del tratamiento.

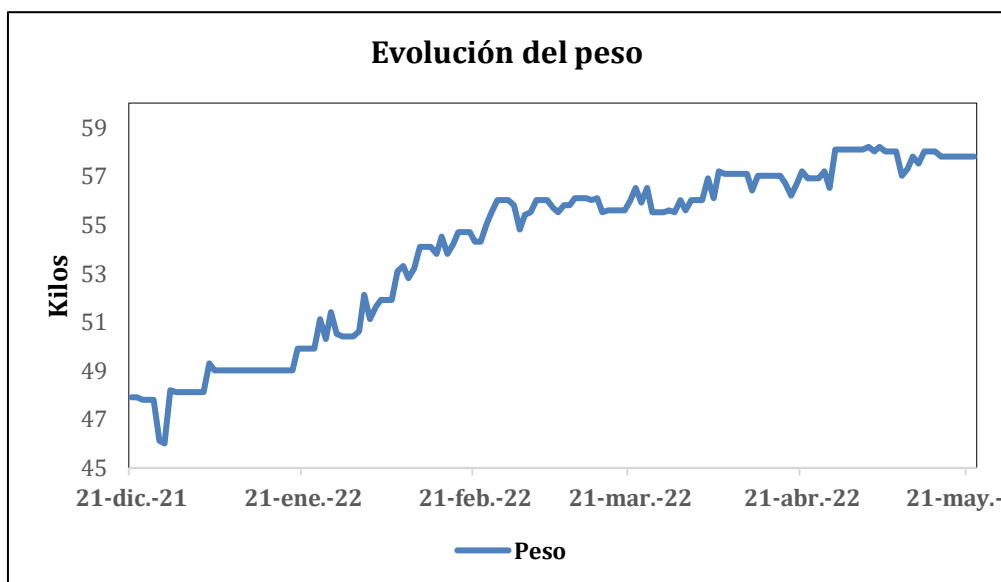
7.2 Consecución de los objetivos

Restauración del estado nutricional y un peso saludable

Son considerados dos de los objetivos principales en la rehabilitación de la AN. Con ello se facilita que el paciente alcance el nivel cognitivo necesario para una mejor comprensión y respuesta a la intervención de carácter psicológico (Sanvai, 2016).

Mediante el registro diario del peso de la paciente se obtienen los datos que se muestran gráficamente en la Figura 4. Se observa una evolución satisfactoria en un aumento progresivo acorde a lo establecido en el plan terapéutico.

Figura 4 Evolución del peso de la paciente de diciembre 2021 a mayo 2022



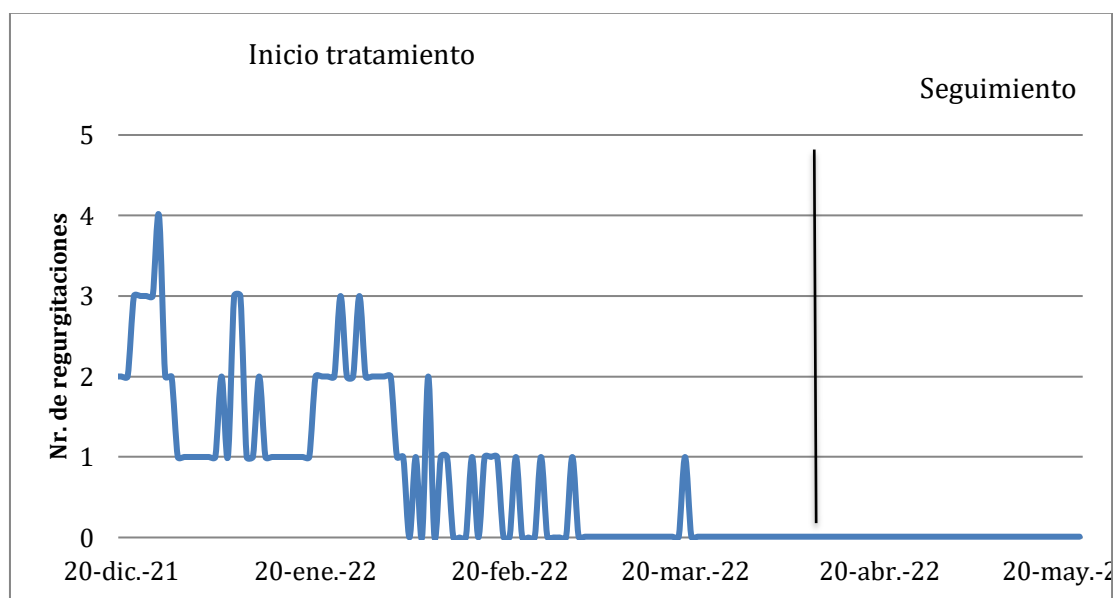
Se percibe cómo al inicio del ingreso en diciembre 2021 la paciente sufre una disminución correspondiente a un agravamiento del cuadro, aumento de las purgas y de la alteración en la conducta alimentaria, lo cual encamina el caso al ingreso en horario de mañana. La paciente no presentaba un IMC alarmante (16,5 – Bajo peso: delgadez moderada) pero sí comenzaban algunas complicaciones físicas relevantes. A partir del inicio en HD mañana en enero 2022 y a lo largo del proceso terapéutico, se aprecia el incremento en el peso hasta llegar a unos valores normales acordes a su estado evolutivo y resto de parámetros. No obstante, el objetivo continúa en evaluación y la rehabilitación nutricional se seguirá llevando a cabo

durante todo el tratamiento. Actualmente durante las sesiones individuales se está prestando especial atención a que no se produzca en la paciente sensación de incomodidad con este aumento de manera que active de nuevo las alarmas, las creencias irracionales y el mecanismo de auto regulación a través del cuerpo y comida.

Conductas compensatorias: eliminar purgas

Las regurgitaciones se han eliminado en su totalidad. En la Figura 5 se observan los datos obtenidos del registro de dichas conductas. Se percibe una línea descendente en la frecuencia de la conducta purgativa hasta llegar a no presentar ningún episodio. En la actualidad continúa en seguimiento sin episodios existentes.

Figura 5 Frecuencia de la conducta purgativa de diciembre, 2021 a mayo 2022



Aparte del registro, se ha considerado que las regurgitaciones tienen un impacto observable en los valores de peso, cuyo registro denota una buena evolución desde la implantación de las pautas nutricionales.

En cuanto a la hiperactividad física y dada la compulsión por el ejercicio que la paciente presentaba, se retiró totalmente la práctica deportiva en un principio. Se fue liberando el permiso de forma progresiva durante la evolución terapéutica: en una primera etapa permitiendo la asistencia a la actividad física en terapia ocupacional un día a la semana y

posteriormente, 2 días en semana en los que la paciente practica tenis con su padre. Asimismo, también se considera como conducta compensatoria observable en los valores del registro de peso. Actualmente se baraja la posibilidad del permiso para practicar atletismo, con monitor.

Aumentar la autonomía personal y psicológica

La paciente ha ido adquiriendo progresivamente cierta independencia respecto a responsabilizarse de su tarjeta de transporte y realizar trayectos ella sola, organizarse sus tiempos de estudio y sus planes de ocio los fines de semana. Manifiesta su alta motivación respecto a verse con más libertad a la hora de decidir y aunque inicialmente ha tenido dificultades de puntualidad, va asumiendo las consecuencias que conllevan sus actos. Los padres, en especial la madre, también van asumiendo que esas libertades forman parte del proceso terapéutico, son en cierta forma “controladas” y razonables para una chica de su edad. En vistas a la evolución favorable, se baraja la posibilidad de liberar en breve todos los trayectos.

Conciencia de su enfermedad, relaciones sociales y manejo emocional.

Se ha hecho especial hincapié en el aumento de la conciencia de su enfermedad llegando la paciente a comprender la relación existente entre la ansiedad y la manifestación del síntoma. Progresivamente se aprecia en ella el ejercicio de auto reflexión sobre las situaciones experimentadas y su forma de aliviarse. También sobre las consecuencias del déficit en la regulación de sus emociones y el aislamiento social. Se percibe en ella cierta capacidad de auto valoración de los avances en su enfermedad durante estos meses gracias a su esfuerzo y la reflexión sobre la existencia aún de pensamientos relativos al peso, verbalizando la diferencia que encuentra en cuanto a la frecuencia e intensidad de los mismos respecto a hace unos meses, al inicio del tratamiento.

Verbaliza su motivación por reforzar relaciones con su círculo social fuera del Centro y la conciencia de sus propias dificultades, las cuales se seguirán trabajando en sesiones futuras. Refiere sensación de liberación experimentada cuando se expresa y pide ayuda para manejar sus emociones en lugar de ocultarlas. Se ha observado una mayor participación en las sesiones grupales y es capaz de empatizar con más facilidad con otras integrantes del grupo. Se relaciona con más asiduidad con personas de su edad y realiza actividades propias de su

momento evolutivo. Por primera vez es capaz de expresar sus sentimientos de vergüenza ante las relaciones con el otro sexo y los tabúes instalados en casa a ese respecto. Se observan cambios en su forma de vestir y de arreglarse. Su círculo social se amplía y aumentan las salidas en grupo, incluyendo a chicos en los planes.

La introducción de la familia ha sido fundamental en el avance de la paciente, así como la orientación psicoeducativa en cuanto a la comprensión del trastorno. Los padres han limado discrepancias entre ellos y han establecido metas comunes. Se han observado con frecuencia actitudes de acuerdo. La paciente verbaliza la facilidad en la relación con su padre, la motivación por fortalecer el vínculo con su madre y su actitud de cambio de conducta hacia ella. La madre manifiesta comprensión en la necesidad de ir soltando el control en pro de la construcción de la identidad de I., propia de su momento evolutivo.

Asimismo, la paciente verbaliza una percepción subjetiva de mejora respecto a la intensidad de sus enfados y del permanente malestar con dolor de cabeza que experimentaba meses atrás, antes de su ingreso. Como ya se ha comentado anteriormente, el tratamiento no está aún finalizado.

8. Discusión y conclusiones

La AN es un trastorno que cuenta con un nivel de prevalencia en expansión a nivel mundial y con evidencia científica en aumento para ser considerada junto con otros TCAs, una de las principales causas de discapacidad en adolescentes (Vásquez et al., 2017). Por ello se manifiesta cada vez con mayor urgencia la necesidad de contar con más recursos especializados de tratamiento. El caso expuesto es uno de los muchos que han aflorado durante la pandemia, situación que ha afectado psicológicamente de forma contundente a la población adolescente en todo el mundo. Durante el confinamiento se disparó el aumento de la sintomatología en el 41,9% de niños y adolescentes (Graell et al., 2020).

Dar visibilidad a este trastorno es fundamental, divulgar y concienciar sobre su naturaleza y la necesidad de disponer de recursos y tratamientos eficaces. Y dado que la detección temprana es considerada un factor clave en el pronóstico y la recuperación, es lógico pensar que si no se cuenta con los recursos necesarios y especializados para su tratamiento, no se materializarán en su totalidad las ventajas que supone la prontitud en su detección.

El estudio presentado pone de manifiesto la idoneidad del recurso intermedio especializado para un caso donde la intervención de carácter ambulatorio no había funcionado adecuadamente, coincidiendo con lo expuesto por el National Institute of Health and Care Excellence en 2017 sobre sus consideraciones respecto a la hospitalización parcial o HD. El tratamiento de enfoque cognitivo-conductual junto con intervención familiar, basado en el análisis funcional y diseñado de forma individualizada, ha propiciado que los objetivos generales establecidos hayan evolucionado favorablemente. Se ha logrado obtener mejora en factores como el IMCy la sintomatología general de la paciente, tal y como exponían los estudios expuestos (Galsworthy-Francis y Allan, 2016). Se observa que la aplicación de un tratamiento integrado por el control directo de las ingestas, junto con el tratamiento psicológico y farmacológico ha resultado en un proceso clínico con resultados terapéuticos positivos, siguiendo las observaciones de Pedreira en 2001 mencionadas anteriormente. Los objetivos generales de restablecer el peso y eliminar las conductas compensatorias se han alcanzado.

En el marco teórico se mencionó la familia como elemento fundamental en el tratamiento y la evolución positiva de los pacientes (Forsberg y Lock, 2015). En este trabajo se ha constatado que la intervención con la familia mejoraba progresivamente el vínculo y la implicación en el proceso terapéutico de la paciente. Los padres han comprendido las características y la evolución del trastorno y han adquirido habilidades para manejar las situaciones de dificultad en la vida cotidiana. Se ha hecho hincapié en que la madre fuera progresivamente comprendiendo la relevancia y aceptando la asignación de responsabilidades de su hija y con ello ha facilitado la adquisición de cierta autonomía, propia de la construcción de la identidad en su momento evolutivo. No obstante, los pasos a futuro del trabajo terapéutico se dirigen hacia la consecución de una mayor autonomía personal y psicológica y una mejora en el manejo emocional, así como hacia potenciar las habilidades sociales que favorezcan el pleno desarrollo de la paciente y trabajar en la prevención de las recaídas.

Obviamente como estudio de caso único, tiene las limitaciones evidentes del diseño ya que los resultados no permiten elaborar explicaciones generales; no se establece un control experimental ni se pueden descartar otras hipótesis alternativas. Es cierto que no se ha contado con medidas psicológicas cuantitativas en la evaluación que faciliten la comparativa pre y post tratamiento y que por otra parte, podrían ser de gran utilidad.

En cuanto a las limitaciones en la práctica clínica, se remarca que la paciente ingresó con una carencia total de conciencia de enfermedad y aunque se contó con su colaboración desde el principio, el caso ha requerido un trabajo inicial de comprensión real del trastorno para lograr su implicación y compromiso en su tratamiento. Esta dificultad adicional suele ser frecuente en el abordaje de este tipo de trastornos y en el caso presente, hizo que a la paciente le costara depositar su confianza en el equipo y en los requisitos del tratamiento del HD. De hecho, la ocultación de los síntomas purgativos, manifestación de la resistencia a soltar el control, retrasó el establecimiento de un tratamiento completo y más adecuado en función del cuadro clínico en su totalidad.

Solo ha sido posible asistir a nueve sesiones terapéuticas, y dada la duración media del tratamiento de la AN, apenas se ha podido observar una pequeña parte de éste. Sin embargo, el trabajo se ha realizado con el ánimo de mostrar la consecución de objetivos generales como la recuperación del peso y la eliminación de las conductas compensatorias, y por otro lado, observar el impacto de la intervención psicológica intensiva sobre diferentes aspectos conductuales y emocionales que se encuentran en la base de la enfermedad, en un entorno controlado pero respetando al máximo posible la vida diaria de la paciente, a nivel familiar, educativo y social.

Las ventajas con las que cuenta el HD son múltiples: que los pacientes no tengan que abandonar el entorno familiar y social, puedan mantener el contacto durante el tratamiento diario, entrenar habilidades y recursos en un entorno seguro en el que se sientan apoyados y comprendidos por el resto de sus compañeros, adquirir autonomía y también responsabilidad en su propio tratamiento. Pero la realidad es que, desde un punto de vista económico, aun se necesitan más estudios sobre coste-efectividad en distintos ámbitos de tratamiento, ambulatorio o de HD, ya que con los disponibles hasta el momento no se pueden extraer conclusiones definitivas. Por tanto, sería importante considerar también la necesidad de una línea de investigación futura en este sentido.

Actualmente existen pocas unidades especializadas de este tipo. En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, los recursos públicos con centro de día disponibles están en el H.U. Infanta Sofía, H.U. Sta. Cristina y Hosp. Infantil Niño Jesús y H. Gregorio Marañón (Asociación para la Defensa de la atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia [ADANER], s.f.) en los

cuales las plazas son limitadas y hay lista de espera para poder acceder, en ocasiones de meses. Cabe mencionar que existen algunas ayudas económicas para los afectados y sus familias mediante el seguro escolar que cubre parcialmente el tratamiento durante 2 años, para estudiantes menores de 28 años que cursen estudios oficiales desde 3ºE.S.O. hasta el final del 3er ciclo universitario. También existe un subsidio para trabajadores que reducen su jornada laboral en al menos un 50% por cuidado de menores afectados por TCA hospitalizados y/o con necesidad de tratamiento que suponga un cuidado continuo, directo y permanente del menor. Es decir, es una situación seria y se necesita atender con premura a pacientes y familiares.

9. Reflexiones y valoración personal

He considerado el interés de exponer un caso de AN desde un enfoque de intervención diferente al ingreso hospitalario o al tratamiento ambulatorio habitual con algunas reflexiones en conclusión, específicas sobre el tratamiento en HD:

- El comedor terapéutico cumple una función esencial en la intervención del HD. Durante todo el proceso, la comida pasa a ser una vía no disponible para experimentar sensación de control y auto regulación emocional, haciendo aflorar los conflictos subyacentes y facilitando su abordaje psicológico.
- En el grupo terapéutico suceden interacciones entre los participantes que simulan situaciones de la vida real a las que las pacientes se enfrentarán posiblemente en el futuro. Es decir, constituye un entorno controlado de exposición y aprendizaje constante, que bien podría llamarse “*laboratorio de entrenamiento en la vida cotidiana*”.
- La familia es un factor clave en el tratamiento de este tipo de trastornos. En el centro se incluye a la familia ampliada y el círculo social habitual dentro del proceso terapéutico para asegurar un acompañamiento en el mayor abanico posible de situaciones existentes dentro del entorno de la paciente. Con ello se fortalece la red social y se complementa el “laboratorio de entrenamiento”.

- El grupo se constituye como un recurso de apoyo con la inmediatez que requieren determinadas situaciones de dificultad en la vida fuera del HD. Fomenta a la vez las habilidades sociales, compartiendo experiencias y estableciendo vínculos. Actúa además como mecanismo de exposición controlada (“hacer casitas”) y de entrenamiento en el aprendizaje de estrategias de regulación emocional eliminando las vías disfuncionales típicas del trastorno.

La cronicidad parece perseguir al tratamiento de los TCA en general, pero como punto positivo, quizá sirva de reflexión sobre el tipo de tratamientos que se llevan a cabo y los resultados al alta. Es importante valorar las expectativas y las metas alcanzables, reconsiderar tratamientos previos y establecer seguimientos en pro de la mejora de la calidad de vida general de los pacientes. He tenido ocasión de presenciar algunas altas de casos de AN en el HD. Todos ellos contaban con un tratamiento de 2/3 años de duración, incluso más, evidenciando por parte del equipo terapéutico un trabajo concienzudo en las recaídas y en algunos casos, estableciendo la necesidad de continuidad de un tratamiento ambulatorio. El equipo contaba con la comprensión y total acuerdo de las pacientes y de los familiares en su cumplimiento. El alta es un momento ansiado por todos, pacientes, familias y terapeutas, pero asignarlo con precipitación puede acarrear problemas en la materialización de los buenos resultados terapéuticos de la intervención.

No ha sido posible trabajar en este caso concreto el objetivo específico de la prevención en las recaídas, pero sí en otros más avanzados. Aprender a gestionar las situaciones emocionales complicadas que se presentan en la vida cotidiana a través de otras vías más funcionales ha sido prioritario en este punto del proceso terapéutico, así como el manejo de las relaciones sociales y familiares.

Personalmente realizar este trabajo ha sido muy enriquecedor. Mis expectativas de aprender sobre el abordaje del TCA en régimen de HD, desconocido para mí, se han cumplido con creces. He tenido la oportunidad de asistir a todas las sesiones terapéuticas posibles y colaborar con la psicóloga que lleva este caso, presenciar situaciones complicadas con algunas pacientes y ser testigo de la resolución de los conflictos y en general afrontar junto con el equipo terapéutico las dificultades del día a día en el ámbito clínico del HD. Son casos donde la mayor parte de las veces, no se cuenta inicialmente con la motivación ni el ánimo de

los pacientes, sin embargo, se establece un vínculo terapeuta-paciente muy especial, fuerte y muy valioso. He sido testigo de ello.

Agradezco profundamente la confianza que me han prestado en el Centro Adalmed y las facilidades puestas a mi alcance en todo momento para lograr mis objetivos de aprendizaje. La experiencia me ha aportado mucha información valiosa, una perspectiva ampliada del abordaje específico de la AN y una mejora en mis habilidades terapéuticas para mi práctica profesional.

10. Referencias

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolo AEPED. Capítulo, 7.
- Asociación para la Defensa de la atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia. ADANER. (s.f.). <http://adaner.org>
- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Americana, A. P. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA.
- Francés, A. B. (2016). Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(3), 211-220. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v45n3/art05.pdf>
- Bermúdez, P., Machado, K., & García, I. (2016). Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento: Caso clínico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(3), 240-244.
- Bermúdez DLV, Chacón SMA, Rojas SDM. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(08):1-11
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, 217-22. https://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/35/847/racp_xviii_3_pp217_226.pdf

- Calvo Sagardoy, R., Puente García, R., & Vilariño Besteiról, P. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria: cómo actuar desde la familia: claves para prevenir y tratar trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia desde la familia. Dirección General de la Familia, Comunidad de Madrid.
<https://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/43180>
- Calvo, S. R., Gallego, M. L., Solórzano, O. G., Kassem, G. S., Morales, M. C., Codesal, J. R., y Blanco, F. A. (2014). Emotional processing in adult vs adolescent patients with eating behavior disorders; emotional recognizing and the mental theory. *Nutrición hospitalaria*, 29(4), 941-952. <https://europepmc.org/article/med/24679040>
- Casanova I. , Macías D., Cabañas V. (2021). Revisión Bibliográfica: atención, programas y guías de intervención psicológica ambulatoria para trastornos de la conducta alimentaria en contexto de unidad de salud mental comunitaria en población infanto juvenil en España. CSM Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid). *Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*.
<https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-44-PON15.pdf>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2004). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. British Psychological Society (UK).
- Cooper, Z. Y Fairburn, C.G. (2011) The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Non response Cogn Behav Pract. 2011 Aug; 18(3): 394–402. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.07.007
- Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., Calugi, S. (2016) Terapia cognitiva conductual para la anorexia nerviosa: una actualización. *Curr Psychiatry Rep*. 2016Jan;18(1):2.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-015-0643-4>
- DeJong, H., Broadbent, H., & Schmidt, U. (2012). Una revisión sistemática del abandono del tratamiento en pacientes ambulatorios con anorexia nerviosa. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 45(5), 635-647.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20956>

- Durán, L. V. B., Segura, M. A. C., & Sancho, D. M. R. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(08), 1-11.
- Eisler I. (2005) The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27: 104- 131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Eisler I., Schmidt U., Le Grange D. (2022). Avances clínicos en el tratamiento de la anorexia nerviosa y los trastornos alimentarios restrictivos relacionados. *BMC Psiquiatría*. <https://www.biomedcentral.com/collections/joed-clinical-advances>
- Escandón-Nagel, N., Dada, G., Grau, A., Soriano, J., & Feixas, G. (2017). La evolución de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tres años después de ingresar en Hospital de Día. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(I), 59.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G. (2008). *Terapia cognitivo-conductual y trastornos alimentarios*. Prensa Guilford.
- Fernández, C., & Alburquenque, M. (2021). Anorexia Nerviosa y la pandemia por COVID-19: Un llamado de atención para los cardiólogos. *Revista chilena de cardiología*, 40(1), 82-83.
- Fittig, E., Jacobi, C., Backmund, H., Gerlinghoff, M., & Wittchen, H. U. (2008). Effectiveness of Day Hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(5), 341-351.

- Forsberg, S., & Lock, J. (2015). Tratamiento basado en la familia de los trastornos alimentarios infantiles y adolescentes. *Clínicas psiquiátricas para niños y adolescentes de América del Norte*, 24(3), 617–629. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.012>
- Fox, J. R., & Froom, K. (2009). Eating disorders: a basic emotion perspective. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 328–335. <https://doi.org/10.1002/cpp.622>
- Frostad, S., Danielsen, Y.S., Rekkedal, G.Å. et al. (2018) Implementación de terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-E) para adultos con anorexia nerviosa en una unidad ambulatoria de trastornos alimentarios en un hospital público. *Journal of Eating Disorders* 6, 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0198-y>
- Fundación ANAR (2021). Informe anual teléfono/chat ANAR en tiempos de COVID-19 año 2020. Recuperado de:
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7559_d_Informe-ANAR-COVID.pdf
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *RET: revista de toxicomanías*, (76), 25-51.
- Giel, K.E., Martus, P., Schag, K. et al. Psicoterapia especializada post-hospitalaria para la recuperación sostenida en anorexia nerviosa vía videoconferencia – protocolo de estudio del ensayo aleatorizado controlado SUSTAIN. *Journal of Eating Disorders* 9, 61 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00416-6>
- Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., Campos-del-Portillo, R., Virgili-Casas, M.N., Martínez-Olmos, M.Á., Mories-Álvarez, M.T., Castro-Alija, M.J., & Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumenejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>

- Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G., Camarneiro, R., Villaseñor, Á., Yáñez, S., Muñoz, R., ... & Faya, M. (2020). Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 864-870.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). Una revisión sistemática de la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (TCA) para la insatisfacción de la imagen corporal y el autoestigma del peso en adultos. *Revista de psicoterapia contemporánea*, 48(4), 189-204.
- Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A.M., Lujic, S., Smith, C. A., & Madden, S. (2019). Atención hospitalaria versus ambulatoria, hospitalización parcial y lista de espera para pacientes con trastornos alimentarios. La base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, 1(1), CD010827. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Haynos, A. F., Berg, K. C., Cao, L., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Utzinger, L. M., ... Crow, S. J. (2017). Trajectories of higher- and lower-order dimensions of negative and positive affect relative to restrictive eating in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 495-505. <https://doi.org/10.1037/abn0000202>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.

- Jáuregui Lobera, I., Estébanez Humanes, S., & Santiago Fernández, M. J. (2008). Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. *Archivos Latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 280-285.
- Juarascio, A. S., Forman, E.M., & Herbert, J. D. (2010). Terapia de aceptación y compromiso versus terapia cognitiva para el tratamiento de la patología comórbida de la alimentación. *Modificación del comportamiento*, 34, 175-190.
- López, C. y Treasure, J., (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97.
- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. Oakland, CA: *Context Press/New Harbinger Publications*.
- Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literatura review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 115-122.
- Marmo, J. (2011). *Los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con los factores de riesgo y estilos parentales percibidos en jóvenes*. Pontificia Universidad Católica Argentina, 2011.
- Martín Murcia FM. (2000) *Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria*; 320–336.
- Martínez de Salazar A., Aguilera C., Cañabate A., Mena A.L., Remesa R. (2018) *Tratamientos basados en la evidencia para la Anorexia Nerviosa*. *Boletín Psicoevidencias* nº51. ISSN 2254-4046. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/10-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-la-anorexia/file>

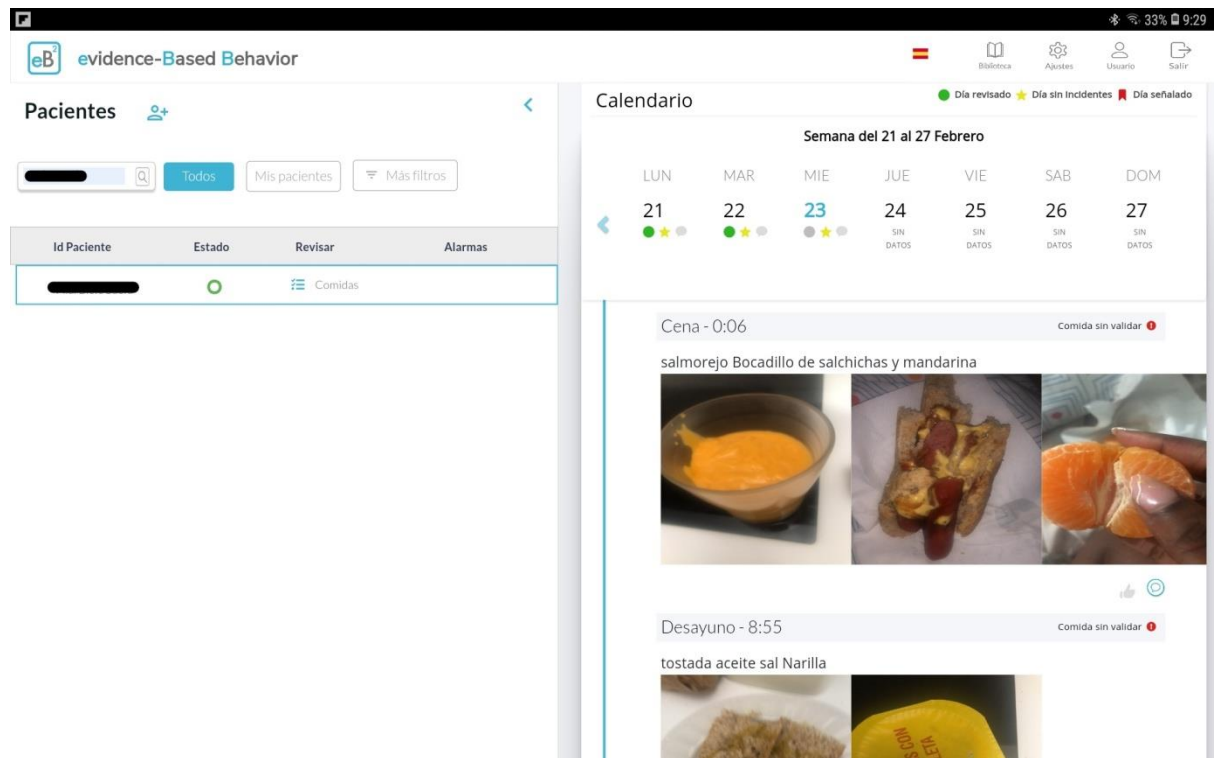
- McGoldrick M. and Carter B. (2001). Advances in coaching: family therapy with one person. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27: 281- 300.<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb00325.x>
- Menal, I. C., Rojas, V. C., &Rodríguez, I. F. M. (2018). Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1), 85-117.
- Miller, A. E., Racine, S. E., &Klonsky, E. D. (2021). Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. *EatingDisorders*, 29(2), 161-174.
- Morales, M.J. (2019). Anorexia nervosa in pediatrics. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, Vol. 36 (2). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-46.pdf>
- NICE. National Institute of Health and Care Excellence (2017) Eating disorders: recognition and treatment.
- Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., y Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A 36 descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499. <https://doi.org/10.1002/eat.22217>
- Onnis, L. (1990) Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Barcelona: Paidós
- Pedreira, J. L. (2001). Los Hospitales de Día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2(1), 68-92.
- Peláez M.A., Labrador F.J., Raich R.M., (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*,71/72.

- Perpiñá, C. (2015). Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos. Madrid: Editorial síntesis.
- Pike, K.M. (1998). Curso a largo plazo de la anorexia nerviosa: respuesta, recaída, remisión y recuperación. *Revisión de psicología clínica*, 18(4), 447-475.
[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00014-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00014-2)
- Ruiz, C. S. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud mental*, 8(33), 7.
- Samatán-Ruiz, E., y Ruiz-Lázaro, P. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 38 (1), pp. 40-52. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a6>
- Sánchez B.; Pastorelli R.V.; Leticia Cobo L.; Saez M.E.; Cruz J.F. Fourcade; (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. Comparativa de las opciones terapéuticas. Hospital Universitario de Móstoles. XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com “Compartir para crecer”. https://psiquiatria.com/trabajos/1conf7_60504.pdf
- Sangvai D. (2016). Eating disorders in the primary care setting. 43(2), 301-312.
- Selekman, M. (2015). Abrir caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas (Vol. 141622). Editorial Gedisa.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., &Hoek, H. W. (2012). Epidemiología de los trastornos alimentarios: incidencia, prevalencia y tasas de mortalidad. *Informes actuales de psiquiatría*, 14(4), 406-414.
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia – SEMG. (30 de noviembre de 2018). Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes. <https://bit.ly/3yckFGx>

- Torales, J., Barrios, I., Amadeo, G., Ebner, B., Figueredo, V., Garbett, M., ... & Samudio, M. (2017). Satisfacción corporal en bailarinas y no bailarinas. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(2).
- Troncoso, E. S., Ribera, M. F., Pla, N. C., García, M. G., Carulla, M., Costa, R. C., ... & Dolz, M. (2020). Alternativas a la hospitalización total en adolescentes con anorexia nerviosa: Eficacia y características de un nuevo modelo intensivo de tratamiento en Hospital de Día. *Actas españolas de psiquiatría*, 48(1), 19-27.
- Vásquez, Nicole, Urrejola, Pascuala, & Vogel, Melina. (2017). Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. *Revista médica de Chile*, 145(5), 650-656. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500013>
- Velasco Cabrero, V. (2021). Programa de educación para la salud: terapia cognitivo conductual para mujeres adolescentes con anorexia nerviosa.
- Virúes-Ortega, J., & Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guías para informes de casos clínicos en Psicología clínica conductual. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 8(3), 765-777.
- Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). La aplicación de la terapia dialéctica conductual al tratamiento de los trastornos alimentarios. *Práctica cognitiva y conductual*, 10(2), 131-138.
- Woodside, B. D., & Staab, R. (2006). Manejo de la comorbilidad psiquiátrica en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Medicamentos del SNC*, 20(8), 655–663. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620080-00004>
- Zanna, V., Cinelli, G., Criscuolo, M., Caramadre, A., Castiglioni, M.C., Chianello, I., ... & Vicari, S. (2021). Mejoras en el estado clínico de adolescentes con anorexia nerviosa en tratamiento hospitalario y Hospital de Día: un estudio piloto retrospectivo. *Fronteras en Psiquiatría*, 12.

11. Anexos

Anexo A. Imagen de la aplicación del Auto registro del HD.



PAUTAS CLINICAS

Pautas generales:

- Autorregistro de las comidas, supervisado y firmado por el responsable presente.
- Acompañamiento y vigilancia 24h, también en el cuarto de baño y durante/después de las comidas.
- Tapar los espejos.
- No dinero.
- No drogas ni alcohol.
- No chicles ni caramelos
- No cafeína.
- No uso de fármacos laxantes ni diuréticos.
- Prohibido la comida calificada como "lights".
- Dieta mediterránea variada, elegida por uno de los responsables y supervisada por el equipo terapéutico.
- El paciente no puede hacer comentarios ni positivos ni negativos que aludan al cuerpo y/o la comida, si lo hace deben apuntarse en el cuaderno de autorregistro y ponerlo en conocimiento del terapeuta.

Pautas en la dieta:

- Desayuno, comida y cena: elegidos por otra persona, tanto en producto como en cantidad.
- La comida y la cena constan de 1º, 2º y postre.
- Desde que termina de comer, debe pasar 1h y media aproximadamente, tiempo en que la paciente no toma nada (si tiene sed, bebe agua de forma supervisada para evitar el consumo exagerado o el no consumo) a partir de ese momento, en la siguiente 1h y media debe tomar un tentempié (éste será reforzado si su terapeuta lo estima necesario).

Pautas en relación al ejercicio físico:

- Regulado y supervisado por el terapeuta, si el paciente se encuentra en condiciones físicas y psicológicas.

Es necesario para el buen funcionamiento de su tratamiento, el control absoluto y el acompañamiento constante por parte de un responsable cualificado.

Anexo C. Diario emocional

DIARIO EMOCIONAL

SITUACION	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO	EMOCION	GRADO 1-10
<i>Ha pasado x (con los detalles)</i>	<i>Pienso que.....</i>	<i>Siento aquí.....</i>	<i>Cuál es la emoción que estoy sintiendo?</i>	<i>Cuánto la siento? En qué intensidad?</i>
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

