

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INTEGRADA Y TRANSDIAGNÓSTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

INTEGRATIVE AND TRANSDIAGNOSTIC PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN EATING DISORDERS

Andrés Gómez Del Barrio^{1,2}

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Servicio de Psiquiatría. Santander, España

² CIBERSAM, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez Del Barrio, A. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 73-88.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan características psicopatológicas específicas para su entidad y otras inespecíficas que también pueden encontrarse en otros síndromes o trastornos psiquiátricos. Esta característica ocurre también a través de todas sus categorías diagnósticas en la que la migración de una a otra es habitual. La intolerancia a la incertidumbre, la hipersensibilidad a la crítica, la emocionalidad negativa, el perfeccionismo, la rigidez cognitiva o la impulsividad influyen en la gravedad del cuadro y en su evolución posterior son algunos de esos síntomas o rasgos considerados transdiagnósticos.

Esto pudiera explicar en parte el hecho de que los tratamientos actuales empíricamente validados no obtienen una mejoría suficiente en una gran parte de los trastornos alimentarios. En los últimos años han surgido nuevas técnicas psicoterapéuticas adaptadas de la ya existentes o aplicadas a esta patología enfocadas al manejo no sólo de los síntomas que caracterizan a un TCA sino también enfocadas al tratamiento de esos síntomas concurrentes.

En este artículo mostramos una revisión de dichas propuestas terapéuticas acompañado de una reflexión sobre la aplicación práctica de un modelo integrado y transdiagnóstico en nuestro medio.

Palabras clave: transdiagnóstico, trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento, síntomas inespecíficos, migración.

Abstract

The Psychopathology of Eating disorders (ED) may be categorized into specific components, features only seen in the eating disorders and features seen in other psychiatric conditions. Intolerance to uncertainty, hypersensitivity to criticism, negative emotionality, perfectionism, cognitive rigidity or impulsivity influence the severity of the picture and its subsequent evolution are some of those symptoms or traits considered as transdiagnostic symptoms.

This fact may partly explain that currently empirically validated treatments do not obtain enough improvement in a large part of eating disorders. In recent years, new psychotherapeutic techniques adapted from those already existing or applied to this pathology have arisen focused on the management not only of the symptoms that characterize ED, but also focused on the treatment of those concurrent symptoms.

In this paper, we show a review of these therapeutic proposals accompanied by a reflection on the practical application of an integrated and transdiagnostic model in our environment.

Keywords: transdiagnostic, eating disorders, treatment, nonspecific symptoms, migration.

Fecha de recepción: 08 de marzo de 2018. Fecha de aceptación: 10 de abril de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: andresgomez@humv.es

Dirección postal: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Valdecilla Sur. Avda. Valdecilla s/n, 39008. Santander. Spain

© 2018 Revista de Psicoterapia



Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud que involucra a personas de todas las edades, aunque mayoritariamente afecta a mujeres jóvenes con un pico de incidencia entre los 15 y 25 años. Presenta la tasa más alta de mortalidad entre todas las enfermedades mentales en esta franja de edad, siendo el suicidio la causa más frecuente de muerte. Habitualmente precisa una media de cuatro o cinco años de tratamiento. Tiende a la cronicidad en un tercio de los casos generando importantes costes personales, familiares y sanitarios a través de pérdida de años de trabajo, aislamiento social, carga familiar e ingresos hospitalarios largos y costosos (Currin, Schmidt, Treasuse y Jick, 2005).

De entre todos los trastornos alimentarios el más conocido es la Anorexia Nerviosa. Se caracteriza por una pérdida marcada de peso que lleva a la emaciación, por una relativa falta de preocupación por ese deterioro físico y la sobrevaloración de su silueta o tamaño y de la percepción aversiva o desagradable de la plenitud gástrica. La Bulimia Nerviosa, se diferencia del anterior, por la presencia de ingesta compulsiva de comida irrefrenable y desagradable acompañada de conductas compensatorias, bien en forma de ayuno posterior o mediante purgas en forma de vómitos o ingesta de laxantes o diuréticos. Existe una forma de Anorexia Nerviosa, la purgativa, que se caracteriza por utilizar como forma de control de la temida ganancia de peso, las conductas purgativas características de la Bulimia Nerviosa. Pudiendo ésta cursar también con atracones de comida. A efectos prácticos, la diferencia entre Bulimia y Anorexia Nerviosa, se basa en la presencia de peso significativamente bajo, con un índice de masa muscular menor de 17,5, lo que define a la Anorexia Nerviosa y la existencia de atracones, que en ausencia de peso bajo define a la Bulimia Nerviosa. Paralelo a éstos, existe una categoría, que a la postre resulta ser la más prevalente, etiquetada como inespecífica o Trastorno de la Conducta Alimentaria sin Especificación. Resulta ser un cajón de sastre en el que cohabitan aquellos casos de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa que aún no cumplen con todos los criterios diagnósticos para ser considerados como un trastorno completo. Aquí se incluyen, por ejemplo, dependiendo del momento del diagnóstico, aquellos casos que, debido a que son identificados de forma precoz, no llegan a ser tan graves en cuanto a sintomatología o aquellos que de forma transversal son evaluados en un momento de la evolución del trastorno en el que han dejado de presentar la sintomatología tanto en gravedad como en intensidad como para ser considerados casos de Anorexia o Bulimia estrictos. De esta categoría, recientemente, se ha sacado a aquellas personas que presentaban atracones de comida no seguidos de periodos de restricción importante o de conductas purgativas suficientemente importantes como para compensar lo ingerido. Por tanto, se acompañan de la presencia de sobrepeso u obesidad. Existe además otra categoría, que incluye a personas cuya conducta alimentaria que causa deterioro en su funcionamiento es la evitación o selección estereotipada de alimentos (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013).

Justificación del enfoque Transdiagnóstico en los TCA

Los cuadros descritos anteriormente no muestran mucha estabilidad diagnóstica, ya que existe un gran migración o transvase de diagnósticos a lo largo del tiempo entre las distintas categorías, cifras que alcanzan hasta casi un 50% según algunos estudios (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Fue precisamente Fairburn, uno de los autores que más se ha significado con la utilización del término “transdiagnóstico”, basándose en la frecuente migración de un diagnóstico categorial a otro y manteniendo una base definitoria del trastorno a nivel cognitivo y emocional, pero cambiando la conducta que marca el diagnóstico diferencial. Este argumento es apoyado por la existencia de factores de riesgo compartidos para todos los trastornos alimentarios (Hilbert et al., 2014) y por la frecuente utilización de la categoría de inespecífico.

Además, a un nivel dimensional, los TCA comparten algunas características que encontramos en otros diagnósticos psiquiátricos como son , la *evitación existencial* que implica la evitación de sentimientos y pensamientos con dificultad o alejamiento de la capacidad de vivir el momento presente y alejarse de sus objetivos y valores personales (Fulton et al., 2012) . La *Intolerancia a la incertidumbre* (Brown et al., 2017). La *Rigidez en el pensamiento* y tendencia excesiva al detalle que lleva a la *rumiación*. El *perfeccionismo* (Cano, Fernandez, Saenz, Moreno y Leal, 2016) . La predominancia del *afecto negativo* y la *impulsividad* o la *hipersensibilidad al rechazo* (Treasure, Cardi, Leppanen y Turton, 2015; Hill, Peck, Wierenga y Kaye, 2016).

Algunos autores señalan como relevante dentro de la psicopatología del TCA la dificultad para tomar decisiones o la utilización de la comida por exceso o por defecto como un modo de regulación emocional. Múltiples estudios sugieren que el afecto negativo, la evitación emocional y la sensibilidad a la ansiedad están asociadas con el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Mallorquí-Bagué et al., 2018) y que existe gran comorbilidad con trastornos afectivos y ansiosos, lo que ha llevado a ensayar diversas técnicas ya utilizadas en otros trastornos psiquiátricos como la Terapia Dialectico Conductual (DBT), o la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), todas ellas compartiendo al idea de que los TCA tienen problemas en la identificación y la regulación emocional (Waller, 2016). Algunos autores ven similitud entre el mecanismo de afrontamiento y psicobiológico utilizado en los TCA al encontrado en las adicciones, utilizando el término de “Food Addiction” o Adicción a la comida (Treasure, Leslie, Chami y Fernández-Aranda, 2018).

Respecto al temperamento y personalidad hay evidencias consistentes de que determinados rasgos temperamentales influyen de manera importante en el curso de la enfermedad. Rasgos como la “Evitación del daño” o la “Insensibilidad a la Recompensa” están muy relacionados con el pronóstico y con la probabilidad de ser adherente a un tratamiento (Atiye, Miettunen y Raevuori-Helkamaa, 2015; Agüera et al., 2017; Gómez Del Barrio et al., 2017).

Además, la presencia de comorbilidad con otro diagnóstico suele ser más la norma que la excepción (Treasure, Claudino y Zucker, 2010). Muchas veces, la patología comórbida se presentó antes del diagnóstico o desarrollo de un TCA, pudiendo ser considerada en parte como precursor, factor de riesgo o incluso prodrómica como es el caso de la sintomatología ansiosa, fóbica, el Trastorno por Déficit de Atención o “estados emocionales negativos”. Algunos de estos síndromes o sintomatología acompaña a la sintomatología alimentaria durante el tiempo que dura o persiste dicho trastorno. Posteriormente, es frecuente la presencia o aparición de otros trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida (Vall y Wade, 2015).

A pesar de las evidencias señaladas respecto a la importancia de considerar a los TCA como una patología inestable en sus categorías prefijadas y que presenta habitualmente sintomatología de tipo temperamental y emocional que resulta relevante para el manejo del caso y su evolución, la mayoría de los estudios se centran en evaluar los cambios de variables clínicas como el peso o la sintomatología alimentaria y abordando terapéuticamente los trastornos de forma categorial.

Abordajes terapéuticos Transdiagnósticos en los TCA

En el abordaje integral de los TCA, se debe tener presente los principios básicos de la atención precoz e intensiva, la detección de la posibilidad de abandono y la presencia de rasgos temperamentales y de psicopatología comórbida que pueden influir decisivamente en la evolución.

En los últimos años existe un creciente interés en abordajes psicoterapéuticos que incluyan en su protocolo de tratamiento enfoques transdiagnósticos.

Estos protocolos de tratamiento intentan compaginar dentro de un mismo modelo la necesaria y prioritaria atención inicial a la salud física de los pacientes con estrategias terapéuticas que puedan ayudar a los pacientes y sus familias a identificar y trabajar con aquellos síntomas que generalmente no se abordaban de manera específica por los tratamientos habituales y ampliamente validados como la Terapia Familiar o la Terapia Cognitivo Conductual, (NICE, Guideline, 2017).

Aquí se incluyen, el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Mentales (Barlow, 2007), la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada (CBT-E)(Fairburn, Cooper, Shafran y Wilson, Terence, 2008), la Terapia de Seguimiento Clínico y de Apoyo (Specialist Supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa , SSCM) , el tratamiento “Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults” (MANTRA) (Schmidt et al., 2013), la Terapia basada en el Temperamento y Neurobiológicamente informada (Hill et al., 2016), la Terapia Familiar de Sistemas Internos (IFS) (Lester, 2017) . Y otras que añaden los módulos aplicados a los TCA de la Terapia de Aceptación y Compromiso, de la DBT, la Terapia Centrada en la Compasión (Goss y Allan, 2012) o la Entrevista Motivacional (Knowles, Anokhina y Serpell, 2013).

El enfoque transdiagnóstico incorpora elementos como los factores comunes en la relación terapéutica, la atención centrada en el cliente y el enfoque motivacional

como herramientas fundamentales en el manejo de los TCA.

En general, un abordaje transdiagnóstico en los TCA debería idealmente cumplir una serie de requisitos:

Ser útil para todos los diagnósticos incluidos dentro de la categoría de TCA. Permitir una aplicación flexible según el trastorno vaya evolucionando por la edad (los TCA tienen un pico de incidencia entre los 14 y 17 años y que la media de tratamiento suele ser de unos 4 o 5 años), porque con mucha probabilidad un paciente, que inicialmente es atendido con 15 años, pasará a la edad adulta y necesitará algún tipo de abordaje terapéutico adecuado a la edad y que requerirá su colaboración más allá del entorno familiar. Y que permita un abordaje global para aquellos pacientes que empezaron como Anorexia Nerviosa y posteriormente cumplen criterios de Bulimia Nerviosa, o viceversa.

- Que permita la realización de una formulación del caso, que abarque desde los factores predisponentes hasta los factores mantenedores del trastorno. Que sea compartida y revisable con el paciente y sus cuidadores. Que tenga en cuenta los factores inespecíficos y específicos que influirán en el tratamiento y su evolución. Que se aleje del eclecticismo lo más posible en base a la presencia de una teoría que aúne y explique la presencia de los síntomas.
- Que incorpore estrategias terapéuticas para tratar la comorbilidad psiquiátrica y los síntomas y rasgos transdiagnósticos como el estado emocional negativo, la intolerancia a la incertidumbre, el perfeccionismo o la impulsividad según sea el caso. Y que también incorpore estrategias para tratar de forma prioritaria los síntomas específicos del TCA, tales como la pérdida de peso y la desnutrición, los atracones, las conductas compensatorias como el ejercicio excesivo o la purgas y la imagen corporal.
- También debería incorporar estrategias para motivar al cambio o mejorar la conciencia de enfermedad y la adherencia.
- En la medida de lo posible debería poder integrar a la familia o cuidadores en el proceso terapéutico.
- Idealmente debería poder ser protocolizable, de duración estandarizada y con resultados medibles.
- Que pueda incorporar al mismo tiempo, intervenciones individuales, grupales o multifamiliares e incorporables a un equipo de tratamiento con varios terapeutas.

En la literatura existente encontramos aproximaciones interesantes que intentan incorporar estos principios al tratamiento. Así, encontramos diversos abordajes que intentan hacer frente a la sintomatología transdiagnóstica acompañante junto a la propia patología específica del TCA. Por ejemplo, el tratamiento desarrollado para la Anorexia Nerviosa por el Instituto de Psiquiatría de Londres, “Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults” (MANTRA). Señala la impor-

tancia de empezar bien en la terapia, utilizando estrategias de tipo motivacional. De hacer una buena formulación. Del cuidado nutricional y el plan de vida. También, incluye módulos de atención y apoyo a factores como la regulación emocional, las relaciones interpersonales y el estilo cognitivo.

El “Specialist Supportive Clinical Management for Anorexia Nerviosa” (SSCM), se centra en la importancia de la relación terapéutica de apoyo para conseguir un seguimiento clínico con supervisión estrecha de la evolución de los hábitos nutricionales, el peso y los problemas que van surgiendo en la terapia (McIntosh et al., 2016).

No obstante, ambos abordajes se centran únicamente en pacientes adultos con Anorexia Nerviosa. Teóricamente, en base a los materiales y el estilo de terapia, pudiera ser utilizado para otras categorías diagnósticas. Desde luego, los Trastornos inespecíficos y posiblemente para la Bulimia Nerviosa.

También para la Anorexia Nerviosa en adultos, “La terapia Neurobiológicamente informada y Basada en el Temperamento” (Hill et al., 2016). Incluye un interesante abordaje en el que se presta atención a los hallazgos neurobiológicos que subyacen a la sintomatología alimentaria y los síntomas acompañantes como la intolerancia a la incertidumbre, la hipersensibilidad a la crítica e insensibilidad a la recompensa. El perfeccionismo o el estado emocional negativo y la rigidez del pensamiento. El planteamiento parte de la base de que determinados rasgos temperamentales y circuitos neurobiológicos predisponen a los pacientes al desarrollo de la enfermedad y a su mantenimiento. Y que el conocimiento de ellos por parte de sus familias y los propios pacientes mejorará la conciencia de enfermedad y el estigma acompañante a esta enfermedad que parece hacer responsable al paciente y su familia de su aparición. Además, el conocimiento de dichas bases temperamentales y neurobiológicas abre la puerta a trabajar con el concepto de neuroplasticidad y cambio a través del entrenamiento cognitivo, conductual y emocional. Por ejemplo, se propone que un rasgo temperamental como la “Persistencia”, que generalmente va asociado al mantenimiento de síntomas, ayudará a su vez al mantenimiento de hábitos saludables una vez entrenados. Ofreciendo a los pacientes y sus familias una interpretación positiva de sus rasgos.

Al igual que los tratamientos anteriores, ofrece un abordaje transdiagnóstico que incluye una formulación conjunta y compartida de los factores específicos del TCA y aquellos inespecíficos en un abordaje terapéutico conjunto. En principio únicamente se ha desarrollado para pacientes con otros diagnósticos, pero permite su aplicación desde los 16 años. La incorporación de las familias al tratamiento le hace especialmente interesante y aplicable junto con el abordaje terapéutico familiar habitual.

Otro tratamiento que sigue la filosofía transdiagnóstica y constituye uno de los más ampliamente utilizados es la CBT-E de Fairburn et al. (2015), en la que incorpora a su ya ampliamente validada terapia para la Bulimia Nerviosa, apoyada en su defensa y desarrollo del modelo transdiagnóstico aplicado a los TCA, una

parte opcional que aborde de forma diferenciada el perfeccionismo, la autoestima y los problemas interpersonales. Señala la importancia de trabajar la adherencia terapéutica desde el principio y la aplicabilidad de su técnica a pacientes con Anorexia Nerviosa, incluso con bajo peso. Le añade además la importancia de la flexibilidad en la implementación del protocolo. Constituye pues un gran ejemplo de terapia con un enfoque transdiagnóstico que incluye la posibilidad de ser utilizada en todos los diagnósticos de TCA, que aborda otros síntomas inespecíficos pero importantes para el pronóstico de la enfermedad y que puede ser utilizada en todas las edades. La única limitación puede venir dada por el enfoque centrado principalmente en la cognición con un menor énfasis en la regulación emocional y la exposición a señales interoceptivas.

A este respecto, un artículo reciente de Thompson-Brenner (2018) describe la experiencia de la implementación de un programa transdiagnóstico para trastornos emocionales en pacientes con trastorno alimentario en régimen de ingreso. Para ello, adaptaron el “Protocolo Unificado de Tratamiento para los Trastornos Emocionales” de Barlow al contexto grupal donde se encontraban los pacientes. Dicho tratamiento fue añadido al tratamiento habitual dirigido a la patología alimentaria propiamente dicha. Barlow incorpora en su protocolo varios módulos que abarcan, la mejora de la motivación al cambio basada en elementos de la entrevista motivacional, psicoeducación sobre el papel y la importancia del manejo y reconocimiento de las emociones, la identificación de la importancia de las emociones en la cognición, y la práctica de técnicas de exposición a señales corporales, emociones negativas y de la práctica de estrategias de atención plena. Este abordaje incorpora una estrategia terapéutica que trata de manejar tanto los síntomas alimentarios como los emocionales o cognitivos que acompañan a dichos trastornos y aplicados a todos los grupos diagnósticos independientemente de la edad (entre 13 y 63 años en este estudio), y momento evolutivo del cuadro. Por tanto, cumpliría con la mayoría de requisitos señalados anteriormente. Su limitación se debe a que se implantó en régimen residencial (Barlow, 2007; Thompson-Brenner, Boswell, Espel-Huynh, Brooks y Lowe, 2018).

Otra terapia, la “Terapia Integrativa Cognitivo-Afectiva para la Bulimia Nerviosa”, también, aunque centrada específicamente en la Bulimia Nerviosa, incorpora elementos de intervención transdiagnóstica, añadiendo módulos de entrenamiento específicos para abordar la autocrítica, la autoaceptación y la regulación emocional (Berg y Wonderlich, 2013).

Otros abordajes terapéuticos, como la DBT, la ACT o la Terapia centrada en la Compasión o en el Mindfulness, adaptadas para los TCA, resultan prometedoras, aunque aún no hayan conseguido evidencias empíricamente validadas.

Una terapia de este tipo no debería ser una suma de técnicas que traten los síntomas según vayan apareciendo, o su comorbilidad, sino que actúe de forma coherente y directa sobre la sintomatología nuclear del TCA y de forma indirecta sobre la sintomatología inespecífica pre-existente al TCA o concurrente. Dándole

importancia a la individualización y la formulación conjunta del caso para aplicar el mejor tratamiento disponible en cada momento.

En el siguiente apartado mostramos una propuesta de intervención integrada y transdiagnóstica implementada en nuestro medio. Que intenta cumplir con los requisitos o principios señalados con anterioridad. Y, por tanto, aplicable de forma universal a todos los TCA.

Propuesta de Tratamiento Integrado y Transdiagnóstico

Todos los pacientes que hayan sido aceptados en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria contarán con un plan individual de tratamiento que será adecuado tanto a su situación física como motivacional. Dicho programa abarcará tanto intervenciones como un nivel de supervisión diferenciado.

Cada paciente será acompañado a lo largo de todo el proceso de su enfermedad por los mismos terapeutas asignados inicialmente. Cada paciente tendrá un terapeuta principal pero el resto del equipo podrá conocer el caso e intervenir en algún momento de su evolución, bien a través de actividades grupales o de terapias específicas (tratamiento farmacológico, terapia familiar, terapia cognitivo conductual, entrevista motivacional, etc).

En todo momento el tratamiento se basará en aquellas técnicas y terapias que han mostrado una mayor evidencia científica. Esto es, como primera opción en pacientes adolescentes la terapia familiar según el modelo “Maudsley” junto con terapia cognitivo conductual adaptada. Para los pacientes adultos la opción inicial de tratamiento, basándonos en las recomendaciones de las guías, deberá basarse en los modelos de tratamiento que han mostrado eficacia hasta el momento: CBT-E para Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, tratamiento (MANTRA) para Anorexia Nerviosa, la Terapia de Soporte y Manejo Clínico (SSCM) para Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracón, además está indicado el uso de medicación (NICE: Guideline, 2017).

Es posible que los síntomas que presentan las personas que nos llegan a consulta inicialmente les resulten ego sintónicos y que el tratamiento se vea como algo negativo o impuesto. Resultará de crucial importancia detectar lo antes posible las señales que nos puedan indicar riesgo de abandono prematuro de la terapia o ausencia de conciencia de enfermedad y escasa motivación para el cambio. La mayoría de estudios señalan que la probabilidad más alta de abandono ocurre en las primeras dos o tres consultas.

Deberemos potenciar la relación terapéutica mediante un abordaje honesto, sincero, que muestre calidez, disponibilidad y autenticidad. Para ello nos valdremos de técnicas de Entrevista motivacional y de un “Feedback” acerca de las características individuales que nos muestre cada sujeto tras la evaluación. Nos apoyaremos en los datos que avalan el papel relevante que la neurobiología y el temperamento juegan en el inicio y mantenimiento del trastorno. Sus rasgos temperamentales y psicopatológicos nos servirán de guía para conocer el ritmo adecuado para su

tratamiento. La formulación del caso conjunta entre paciente, terapeuta y familia será el objetivo de la primera etapa del tratamiento.

El acrónimo **DE-TEC-TA-DOS**, nos indica los pasos a seguir en el tratamiento, dividido en cuatro fases:

- Primera Fase: **DE (Diagnóstico y Enganche terapéutico)**

Consulta 0: en la que interviene el personal de Enfermería (incluye recibimiento, analítica, evaluación psicométrica y firma del consentimiento informado).

La primera y segunda sesión: Diagnóstico y devolución o feedback.

- *Feedback* con datos de la evaluación para pacientes, familia y cuidadores.
- *Psicoeducación* neurobiológicamente informada. Importancia de los rasgos temperamentales, emociones y de estilos de pensamiento.
- *Formulación* conjunta con paciente y cuidadores a partir de los datos compartidos del “feedback”.

La formulación incluirá los factores predisponentes, los posibles desencadenantes y, sobre todo, los factores mantenedores y la función actual que ejerce el trastorno en el individuo (desde el propio aprendizaje y hábitos, el control y manejo de emociones intensas, la evitación de situaciones ansiógenas o hasta una forma de vida...). En estas dos primeras consultas se tomará la decisión acerca de si el paciente puede seguir el tratamiento de forma ambulatoria o requerirá un ingreso total o parcial atendiendo a su estado físico y psicológico.

Este es el aspecto distintivo de nuestro enfoque terapéutico. La formulación individualizada de cada caso, compartida con el paciente y apoyada en el “feedback” de sus resultados en las pruebas psicométricas, no sólo ayudarán a mejorar la adherencia y comprensión de su patología, sino que favorecerán con mucha probabilidad una mayor motivación para el cambio. La devolución conjunta con los cuidadores ofrece una oportunidad para aunar fuerzas, empoderar a los cuidadores haciéndoles partícipes de los hallazgos y chequeando con los pacientes mediante preguntas abiertas y reflexivas su opinión acerca de los resultados y la información de base neurobiológica que explica su conducta actual y el desarrollo de su enfermedad.

Además, esta formulación constituirá un mapa-guía no sólo de la situación actual, sino que nos indicará el camino a seguir, justificando todos los pasos terapéuticos que se van a indicar. Por supuesto, se podrá volver a ella a lo largo de la terapia para variar o añadir todo lo que surja o haya cambiado.

Un ejemplo de formulación podría ser el siguiente:

“Nos da la impresión, en base a lo que hemos estado hablando y visto en los cuestionarios que has rellenado, que probablemente presentas un rasgo temperamental que denominamos “evitación del daño”. Las personas que puntúan alto en este rasgo suelen tolerar peor que otras la incertidumbre y muestran más ansiedad ante lo imprevisto. ¿Qué piensas de ello? ¿Crees que tiene que ver con lo que sabes o conoces de ti? ¿Puedes

poner un ejemplo?. También, es probable que hayas buscado desde pequeña un ambiente a tu alrededor controlable, predecible y que con la llegada de la adolescencia y la aparición de cambios rápidos en tu cuerpo y en tus percepciones y emociones hayas vivido de manera negativa o con temor lo que te podía pasar. ¿Qué opinas de esto?

Por otra parte, algunas de tus respuestas nos dan idea de que pudieras tener dificultades para reconocer adecuadamente tus sensaciones corporales (conciencia interoceptiva). Esto generalmente lleva a interpretar de forma errónea las sensaciones de saciedad, hambre o plenitud y activar señales de peligro que tu cerebro traslada a las regiones encargadas de la interpretación y toma de decisiones provocando conductas de rechazo o evitación. Lo que justificaría tu miedo a comer o sentirte lleno.

Dado que esto lleva ocurriendo durante un tiempo, se ha producido un proceso de aprendizaje que te ha llevado a repetir una y otra vez la misma conducta puesto que te ha proporcionado alivio y descenso de la ansiedad. Al mismo tiempo es probable que hayas experimentado una sensación de control y logro que te haya hecho sentirte mejor. Así que se ha producido un fenómeno de aprendizaje y automatismo en tus conductas que junto con la dificultad para tomar decisiones y la interpretación errónea de tus señales corporales te ha llevado a tener una perspectiva de tu situación parcial. Te has centrado en las señales de peligro inmediatas perdiendo la visión global de tu situación. Mientras prestabas atención a aquello que temías y sentías de forma negativa has perdido de vista otros aspectos importantes de tu vida que se están dañando como tu salud, tus relaciones y tu estado de ánimo.

En algunas personas con los mismos síntomas que tú tienes, identificamos que dicho comportamiento podría aportar una identidad o sentido a la vida de las personas que lo presentan, como si fuera un medio para comunicar como te sientes o de ocultar tus emociones. ¿Crees que podrías identificarte con algo así?

¿Te parece que esto que te digo tiene sentido? ¿Qué aspecto quisieras matizar o cambiar de esto que te comento?

¿Qué tendría que ocurrir para que las cosas fueran distintas?

¿Qué crees que va a pasar dentro de un tiempo si sigues así? ”.

- Segunda Fase: Sesión 3 **TEC (Trabajo con Expectativas y Compromiso)**

A partir de la tercera sesión y una vez formulado el caso y en función de este se establecerán los objetivos, se tratará de identificar o generar discurso de confianza y necesidad en el cambio asumiendo el coste personal que supondrá.

En las primeras fases del tratamiento se espera que aumente el nivel de ansiedad y un posible empeoramiento además de asumir que el tratamiento puede tener efectos secundarios sobre su calidad de vida y sobre su nivel de eficiencia en

sus estudios o trabajo. Pueden estar peor de ánimo y más irritables. En todo momento se informará a sus cuidadores o familia de estos posibles efectos del tratamiento para conseguir su apoyo. Sobre todo, en adolescentes, se iniciará el tratamiento familiar, más directivo y conductual.

En esta fase se ofrecerá asesoramiento a los cuidadores, a través de estrategias de tipo grupal e individual. Un grupo inicial de tipo psicoeducativo de unas 5 sesiones y otro posterior de formación como cuidador experto de unas seis sesiones complementará a las sesiones individuales familiares.

Se establecerá el foco inicial del tratamiento de acuerdo con el paciente y sus cuidadores. Habitualmente nos centraremos inicialmente en el cuidado de la salud y de estimación de riesgos.

En esta fase se explorará:

1. Identificar discurso de cambio (Deseo, Confianza, Necesidad).
2. Evaluar COSTE personal del tratamiento y objetivos compartidos (establecer el **foco inicial** del tratamiento).
3. Compromiso y encuadre terapéutico:

Deberemos establecer un contrato escrito o verbal sobre el número estimado de sesiones previstas, la duración de cada sesión y su frecuencia. Las personas o profesionales que seguirán su caso. Y las consecuencias de no cumplir dicho compromiso.

En la medida de lo posible debemos intentar promover la “*Adherencia al equipo*”, lo que ayudará a mejorar el contacto y posiblemente a minimizar la posible dependencia a un solo terapeuta que habitualmente se genera.

- Tercera Fase: **TA (Tratamiento Adaptado)**, a partir de la segunda o tercera sesión.

Adaptaremos el tratamiento según las características de cada paciente, su edad, apoyo del entorno, estadio de motivación para el cambio, capacidad reflexiva, manejo de emociones, posibilidades de seguimiento, experiencia en el tratamiento y fracasos previos.

Si el paciente lo precisa se utilizará un abordaje basado en la “Entrevista motivacional” como paso previo para conseguir que el paciente se encuentre en disponibilidad de iniciar el tratamiento adecuado.

Iniciaremos el “Tratamiento informado” a paciente y cuidadores (Psicoeducación y orientación terapéutica con familia y colaboradores, terapia conductual y cognitivo-conductual, y terapia familiar como primera opción en adolescentes y menores). Se valorará el tratamiento farmacológico si se estima oportuno.

Se irán mostrando las herramientas disponibles adaptadas al temperamento del paciente. Se revisará la formulación conjunta siempre que sea necesario a lo largo de la terapia.

Se estimulará la necesidad de aceptar supervisión, un guía en el proceso

terapéutico (“Lazarillo temporal”) de cambio y que ayude al “recableado neuronal” que permitirá al paciente cambiar sus hábitos de vida, sus procesos cognitivos y emocionales. Lo que se ha hecho automático deberá pasar a ser más consciente y posteriormente volverse a automatizar. Ese cuidador puede ser alguien cercano al paciente, familia o cuidador experto o miembros del equipo terapéutico.

El plan de tratamiento detallado (plan de vida), guiará al paciente y sus cuidadores en este proceso de adaptación y cambio.

La comida o los alimentos deben verse como “medicina”. Siempre que se pueda se pondrá entrenamiento “en vivo”. Esta será la mejor estrategia para que el paciente ponga a prueba sus pensamientos distorsionados, así como sus respuestas emocionales y los impulsos y conductas generados por éstos.

- Progresivamente, se instaurará el Aprendizaje y **entrenamiento** de habilidades y estrategias de afrontamiento (“Recableado neuronal”) que se resume con el acrónimo **RETA**:
 - Revisión de los Valores y principios del paciente y contrastarlos con su conducta actual y la dirección que tomará su vida. Esto buscará generar discrepancia o disonancia cognitiva y probablemente reflexión acerca de lo que quiero, lo que busco y lo que hago en realidad.
 - Ensayaremos Habilidades: sociales, de comunicación, de expresión de emociones y de regulación de éstas. Mindfulness.
 - Nos apoyaremos en determinadas Técnicas de ayuda:
- Podremos utilizar diarios de registro cognitivo y emocional (“Holter emocional”) que permita al paciente tomar conciencia de una forma “ecológica”, en el momento que suceden las cosas, de lo que le evoca determinadas emociones y pensamientos, así como las conductas impulsadas por estos pensamientos y emociones.
- Exposición en vivo a comidas con prevención de respuesta (ésta podrá ser progresiva y acompañada de estrategias de relajación, supervisada total o parcialmente). Para ello, resultará crucial la formación de los cuidadores en estrategias de comunicación efectivas que detecten y modifiquen estilos de comunicación y de expresión emocional que conlleven excesiva sobreprotección o hipercriticismo. Se fomenta un estilo colaborativo que incorpore habilidades de calma, seguridad y de guía en los cuidadores.
- Técnicas de exposición a su imagen corporal mediante imaginación o espejo.
- Técnicas de solución de problemas: otra de las características que presentan algunos de nuestros pacientes es la dificultad para hacer una correcta planificación y toma de decisiones. Por tanto, entrenarles a planificar y tomar decisiones puede resultar de suma importancia y eficacia para su evolución. Se pueden utilizar estrategias clásicas de “resolución de problemas” o algún recurso de rehabilitación cognitiva que nos permita trabajar

la planificación específicamente (Abbate-Daga, Buzzichelli, Marzola, Amianto y Fassino, 2012).

- Asesoramiento nutricional y “coaching telefónico”: Nos apoyaremos en la reeducación nutricional. La mayoría de los pacientes y cuidadores han perdido la naturalidad en la forma de comer y de cocinar desde que la enfermedad comienza.
- El “coaching telefónico”: Consiste en proporcionar una atención continuada a pacientes y/o familias mediante consultas telefónicas para resolución de problemas y situaciones de manejo complicado.

El gráfico 1, muestra como a partir de la evaluación nos aproximamos a sus síntomas y rasgos temperamentales y a los tratamientos aplicables en cada caso.



Gráfico 1. Sintomatología, rasgos que guían la selección del tratamiento.

- Estructura del Tratamiento habitual intensivo: Consistente en 2 o 4 sesiones individuales al mes. Junto a ello:
 - Terapia familiar para adolescentes y jóvenes.
 - Terapia familiar grupal (4 sesiones psicoeducativas + 6 sesiones entrenamiento cuidadores).
 - Programa grupal: 5 sesiones de psicoeducación (motivación, imagen corporal, nutrición, autoestima).
 - 3 sesiones “opcionales”: (regulación emocional: mindfulness, tolerancia al malestar, manejo de relaciones interpersonales).
 - 3 sesiones de prevención de recaídas.

- Cuarta fase: **DOS (Decisiones, Obstáculos y Separación)**

Durante el proceso de seguimiento clínico y tratamiento se deberán tomar decisiones respecto a la necesidad de ingreso en hospitalización parcial o total en un momento dado. Normalmente la decisión dependerá del estado físico y de los riesgos para la salud del paciente. El criterio clínico deberá primar por encima de los datos objetivos o cifras que se puedan manejar.

Pueden surgir obstáculos como el abandono del seguimiento o del tratamiento propuesto. Pueden generarse resistencias o recaídas. Entonces habrá que revisar los posibles problemas en la relación terapéutica, la gravedad del trastorno o su comorbilidad con algún trastorno de personalidad. Revisar la formulación puede ayudar.

Finalmente, después de que se obtiene la mejoría y recuperación estimada, se propondrá el alta de la unidad y seguimiento en otro dispositivo de salud o alta definitiva. Se ofrecerá en todo caso la posibilidad de volver a contactar con la unidad en el futuro ante posibles signos de recaída.

Conclusiones y direcciones futuras

La mayoría de estudios se centran en evaluar los resultados basándose, principalmente, en las variables clínicas relativas al peso y la sintomatología alimentaria. Sin embargo, la motivación para el cambio, la sintomatología depresiva y otras comorbilidades que incluyen rasgos de personalidad y el perfeccionismo aparecen en los estudios de seguimiento como marcadores de mal pronóstico (Vall y Wade, 2015). Rasgos que han influido probablemente en el desarrollo de una mayor vulnerabilidad al trastorno alimentario y que si no son correctamente abordados pueden provocar recaídas o mantenimiento del problema.

Resulta asimismo contradictorio que un paciente tenga que cambiar de estrategia terapéutica, si somos muy puristas con la evidencia científica, cuando simplemente cumple 18 años o por la consabida migración de categorías diagnósticas, debido a que, a esa edad, o en esa categoría, existe un tratamiento empíricamente validado con mayor evidencia. Lo mismo ocurre si tenemos claro que la relación terapéutica tiene un efecto importante sobre el resultado de la terapia, con el cambio de terapeuta o de equipo de tratamiento.

La solución a este problema, que viene derivado de que la realidad clínica pocas veces nos ofrece un paciente con una sintomatología o diagnóstico único, es la de ser capaces de combinar distintas estrategias terapéuticas o técnicas dentro de una formulación del caso que ofrezca coherencia no sólo respecto a la prioridad de tratar una sintomatología frente a otra, sino de saber individualizar estableciendo un ritmo e intensidades de tratamientos adecuados para el paciente. Respetando los principios éticos de “Beneficiencia” y “no Maleficiencia” inherentes a nuestra profesión.

En concreto, en los Trastornos Alimentarios, la prioridad de tratamiento indudable debe de ser la de proporcionar a nuestros pacientes un tratamiento inicial

dirigido a la recuperación de su salud siendo capaces de llegar a acuerdos con los pacientes y sus cuidadores para instaurar una terapia que basándose en las características individuales de cada paciente y de su entorno aborde todos aquellos síntomas o rasgos de personalidad que han contribuido al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.

En el futuro, se deberán realizar más estudios que puedan avalar estas reflexiones y validar con resultados empíricos nuestras hipótesis.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F. y Fassino, S. (2012). Effectiveness of cognitive remediation therapy (CRT) in anorexia nervosa: a case series. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(10), 1009–1015. <http://doi.org/10.1080/13803395.2012.704900>
- Agüera, Z., Sánchez, I., Granero, R., Riesco, N., Steward, T., Martín-Romera, V., Jiménez-Murcia, S., Romero, X., Caroleo, M., Segura-García, C., Mechon, J. M. y Fernández-Aranda, F. (2017). Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(4), 293–301. <http://doi.org/10.1002/erv.2519>
- Atiye, M., Miettunen, J. y Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 139–146. <http://doi.org/10.1002/erv.2342>
- Barlow, D. H. (Ed.). (2007). Emotional Disorders: A unified transdiagnostic protocol. En *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Nueva York, NY: Guildford. <http://doi.org/10.4088/JCP.09bk05278>
- Berg, K. C. y Wonderlich, S. A. (2013). Emerging psychological treatments in the field of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). <http://doi.org/10.1007/s11920-013-0407-y>
- Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T. y Micali, N. (2017). Intolerance of Uncertainty in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 329–343. <http://doi.org/10.1002/erv.2523>
- Currin L., Schmidt, U., Treasure, J. y Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132–135.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E., y Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 70, 64-71. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- 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. <https://bit.ly/2ywJtOL>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. y Wilson, Terence, G. (2008). Eating Disorders - a Transdiagnostic Protocol. En David H. Barlow (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Nueva York, NY: Guildford. <http://doi.org/10.1056/NEJM199908193410816>
- Fulton, J., Lavender, J., Tull, M., Klein, A., Muehlenkamp, J. y Gratz, K. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating Behaviors*, 13(2), 166–169. <http://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2011.12.003>
- Gómez Del Barrio, A., Vellisca Gonzalez, M. Y., González Gómez, J., Latorre Marín, J. I., Carral-Fernández, L., Orejudo Hernandez, S., Madrazo, R-H., y Moreno Malfaz, L. (2017). Characteristics of patients in an eating disorder sample who dropped out: 2-year follow-up. *Eating and Weight Disorders*, 1–9. <http://doi.org/10.1007/s40519-017-0416-7>
- Goss, K. y Allan, S. (2012). An Introduction to Compassion-Focused Therapy for Eating Disorders (CFT-E). En J. Fox y K. Goss (eds.), *Eating and its Disorders* (pp.303-314). <http://doi.org/10.1002/9781118328910.ch20>

- Guideline, C. (2017). National Institute for Health and Care Excellence Eating Disorders: recognition and treatment, (May). Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896>
- Hilbert, A., Pike, K., Goldschmidt, A., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F-A., Walsh, T. y Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research* 220(1), 500-506. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Hill, L., Peck, S. K., Wierenga, C. E. y Kaye, W. H. (2016). Applying neurobiology to the treatment of adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 1-14. <http://doi.org/10.1186/s40337-016-0119-x>
- Knowles, L., Anokhina, A. y Serpell, L. (2013). Motivational interventions in the eating disorders: What is the evidence? *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 97-107. <http://doi.org/10.1002/eat.22053>
- Lester, R. J. (2017). Self-governance, psychotherapy, and the subject of managed care: Internal Family Systems therapy and the multiple self in a US eating-disorders treatment center. *American Ethnologist*, 44(1), 23-35. <http://doi.org/10.1111/amet.12423>
- Mallorquí-Bagué, N., Vitró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Múrcia, S., Mechón, J. M., Treasure, J. y Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders/: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 53-61. <http://doi.org/10.1002/erv.2570>
- Cano, T. R., Fernandez, L. B., Saenz, B. M., Moreno, L. R. y Leal, F. V. (2016). Perfectionism, a transdiagnostic construct in eating disorders. *European Psychiatry*, 33. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1562>
- Schmidt, U., Renwick, B., Lose, A., Kenyon, M., Dejong, H., Broadbent, H., Loomes, R., Watson, C., Ghelani, S., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Bougton, N., Whitehead, L., Beecham, J., Treasure, J. L. y Landau, S. (2013). The MOSAIC study - comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nerv. *Trials*, 14(1), 160. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-14-160>
- Thompson-Brenner, H., Boswell, J. F., Espel-Huynh, H., Brooks, G. y Lowe, M. R. (2018). Implementation of transdiagnostic treatment for emotional disorders in residential eating disorder programs: A preliminary pre-post evaluation. *Psychotherapy Research/ : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1-17. <http://doi.org/10.1080/10503307.2018.1446563>
- Treasure, J., Cardi, V., Leppanen, J. y Turtton, R. (2015). New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. *Physiology and Behavior*, 152, 456-465. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.06.007>
- Treasure, J., Claudino, A. M. y Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593. <https://bit.ly/2Mh2bf8>
- Treasure, J., Leslie, M., Chami, R. y Fernández-Aranda, F. (2018). Are trans diagnostic models of eating disorders fit for purpose? A consideration of the evidence for food addiction. *European Eating Disorders Review*. <http://doi.org/10.1002/erv.2578>
- Mcintosh, V., Jordan, J., Carter, J. D., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Frampton, C. M. y Joyce, P. (2016). Assessing the distinctiveness of psychotherapies and examining change over treatment for anorexia nervosa with cognitive behavior therapy, interpersonal psychotherapy, and specialist supportive clinical management. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 958-962. <http://doi.org/10.1002/eat.22555>
- Vall, E. y Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. <http://doi.org/10.1002/eat.22411>
- Waller, G. (2016). Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 1-8. <http://doi.org/10.1007/s11920-016-0679-0>