



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Hasta los Huesos:
Un cambio en el enfoque de la Anorexia Nerviosa

Autor/es

Iset Cayetano Sáez (746563)

Director/es

Elena Espeix Bernat

Grado en Psicología

2019/2020

| | |
|------------------------------|----|
| 1. Introducción..... | 2 |
| 2. Fundamentación..... | 3 |
| 3. Objetivos..... | 9 |
| 4. Beneficiarios..... | 10 |
| 5. Metodología..... | 11 |
| 6. Recursos..... | 13 |
| 7. Evaluación..... | 17 |
| 8. Resultados esperados..... | 18 |
| 9. Conclusiones..... | 18 |
| 10. Referencias..... | 18 |
| 11. Anexos | 22 |

Resumen

A pesar del aumento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria durante las últimas décadas, las distintas intervenciones empleadas se caracterizan por tener una baja eficacia y una alta tasa de abandono del tratamiento.

El presente trabajo plantea un cambio en el foco del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, más concretamente de la anorexia nerviosa, de modo que la tasa de abandono por parte de las pacientes con anorexia nerviosa sea menor y logren se logre una mayor adherencia al tratamiento.

La técnica empleada será la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta, que aborda el exceso de control presente en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Asimismo, la TDC RA aborda otros aspectos característicos de la anorexia nerviosa y, a pesar de ser un método novedoso y no contar con investigación suficiente, arroja la posibilidad de resultados prometedores. La intervención se llevará a cabo con 10 chicas adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa, cuyas edades oscilarán entre 15 y 17 años.

Para lograr los objetivos propuestos, se han diseñado una serie de sesiones de modo que en cada una de ellas se trabajen unas determinadas habilidades ya que éstas han sido modificadas o dañadas como consecuencia de la enfermedad.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, intervención, adolescentes, terapia dialéctico conductual radicalmente abierta.

Abstract

Despite of the increase of Eating Disorders during the last decades, the different interventions used are characterized by having low efficacy and a high rate of abandonment of treatment.

The present work proposes a change in the focus of the treatment of eating disorders, more specifically anorexia nervosa, so the drop-out rate is lower and get greater adherence treatment.

The technique used will be Radically Open – Dialectical Behavioral Therapy, which addresses the excessive control present in Eating Disorders. Likewise, RO – DBT addresses other characteristic aspects of anorexia nervosa and, despite being a novel method and not having enough research, it shows the possibility of promising results. The intervention will be carried out with 10 female teenagers between 15 and 17 years diagnosed with anorexia nervosa.

To get the proposed objectives, a series of sessions have been designed so in each one certain skills are improved due to they have been modified or damaged as a consequence of the disorder.

Key words: eating disorder, anorexia nervosa, intervention, teenager, radically open dialectical behavioral therapy.

Fundamentación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), suponen un gran problema para la salud, tanto física como mental, y acarrean importantes consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales (Escandón-Nagel, Dada, Grau, Soriano, y Feixas, 2017). Uno de los trastornos de la conducta alimentaria más graves es la anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa es un desorden alimentario crónico de moderada gravedad con escasos tratamientos efectivos (Tchanturia, 2017).

El Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM – IV), define la anorexia nerviosa como un trastorno psicosomático grave, en el que el paciente se niega a mantener un peso mínimo normal a través de la realización de conductas consideradas extremas. Algunos de estos medios extremos son

la restricción de ciertos alimentos, ejercicio excesivo, conductas purgativas como vómitos o uso de laxantes y diuréticos, etc. Estas conductas, que manifiestan el trastorno, llevan al paciente a un estado de desnutrición, desarrollando ciertos rasgos psicopatológicos como la distorsión de la propia imagen corporal y el intenso miedo a la obesidad.

Según los criterios establecidos en el DSM – V la prevalencia de anorexia nerviosa a los doce meses es de 0,4% entre mujeres jóvenes. Además, la proporción del trastorno entre mujeres y hombres es de aproximadamente 10:1. Estudios realizados recientemente (Kotilahti, West, Isomaa, Karhunen, Rocks y Ruusunen, 2020) señalaban que la prevalencia de por vida de la anorexia nerviosa es del 1,4%.

En función de la presencia/ausencia de atracones, se consideran dos tipos de anorexia nerviosa (Gómez-Candela, Palma, Miján de la Torre, Rodríguez, Matía, Loria, Campos del Portillo, et al., 2018). La anorexia nerviosa de tipo restrictivo se caracteriza por la inexistencia de atracones, y sus consecuentes acciones purgativas, en los últimos tres meses. Este subtipo se corresponde con los casos en que la disminución del peso corporal se logra a través de dietas restrictivas, ayuno y/o excesivo ejercicio físico. Por otra parte, en el subtipo purgativo, o compulsivo, en los últimos tres meses han ocurrido episodios de atracones, seguidos de purgas para compensar la sobre ingesta.

Según el DSM – V, se considera atracón a la ingesta de alimentos, en un periodo de tiempo corto, que sea superior a la cantidad ingerida por la mayoría de las personas en un tiempo similar. Para que se considere como un episodio de atracón debe haber sensación de pérdida de control sobre la ingesta.

Las dietas que realizan las personas con anorexia se caracterizan por ser inflexibles. Un estudio de investigación realizado por Paredes, Reséndiz y Díaz (2019) mostró que una de las conductas con mayor frecuencia en adolescentes con anorexia nerviosa eran las dietas restrictivas, junto con la cuenta calórica y la evitación de ciertos alimentos.

El estudio de Mestre (2019), permitió comprobar que los desórdenes alimentarios se acompañan de una serie de factores como la desregulación emocional, disfuncionalidad de los procesos cognitivos, disfuncionalidad de los rasgos de personalidad, perfeccionismo, etc.

Respecto a la etiopatogenia de la anorexia nerviosa se desconoce la causa específica, de modo que se considera un trastorno alimentario de origen multifactorial. Es decir, la anorexia nerviosa posee un carácter multifactorial de modo que entre los factores de riesgo pueden identificarse los factores predisponentes, los factores precipitantes y los factores perpetuantes, así como determinados rasgos de la personalidad (Álvarez Expósito, 2018).

En primer lugar, se encuentran los factores predisponentes, también llamados predictivos, aquellos que señalan un aumento del riesgo a desarrollar o padecer cierta afección. Son muchos los factores que pueden ser considerados como predisponentes (Hoyos, 2013), como los factores biológicos (anomalías funcionales en neurotransmisores), genéticos (sexo femenino), psicológicos (baja autoestima, perfeccionismo, inseguridad, etc.), familiares (presencia de abuso...) y socioculturales (cánones de belleza femenina, cultura de la delgadez, presión social, etc.).

Por otro lado, se encuentran los factores precipitantes, elementos que potencian o aceleran la enfermedad en la persona. Los factores precipitantes elevan el riesgo de que, en un momento dado, pueda desarrollarse cierta patología (Álvarez Expósito, 2018). Algunos ejemplos son las dietas o conductas restrictivas insalubres.

Es sabido que uno de los factores que potencia la aparición de un TCA es la insatisfacción corporal, aunque únicamente si la misma conduce a la realización de dietas restrictivas. Como señalan Lladó, González-Soltero y Blanco (2017) la insatisfacción corporal, sumada a una baja autoestima, suele derivar en la realización de dietas restrictivas que, sin ningún tipo de control, pueden desarrollar una anorexia nerviosa. Otros estudios (Jiménez-Flores, Jiménez-Cruz y Bacardí-Gascón, 2017) apoyaron la idea de que la insatisfacción con la imagen corporal, la reducción alimentaria y las conductas para la disminución de peso son suponen factores de riesgo, aumentando la probabilidad de desarrollar patologías alimentarias.

Además, los factores mantenedores o perpetuantes son aquellos que ayudan a que la patología perdure en el tiempo, a que se mantenga. Hernández (2016) afirma que el propio estado de desnutrición juega un papel fundamental en el mantenimiento de la patología, así como los cánones de belleza y la presión social. Además, el reforzamiento social, la disminución de peso o el aislamiento son otros ejemplos de este tipo de factores (Hoyos, 2013).

Asimismo, cabría señalar ciertos rasgos de personalidad considerados como factores de riesgo en anorexia nerviosa como son, entre otros, el hiperperfeccionismo, la rigidez, el aislamiento social y la inhibición emocional (de la Vega y Montalvo, 2020). Una revisión realizada por Farstad, McGeown y von Ranson, (2016) demostró que ciertos rasgos como el perfeccionismo, competitividad, neuroticismo, etc. eran comunes en anorexia nerviosa (tanto restrictiva como purgativa) o la bulimia nerviosa, entre otros.

Todos los factores nombrados, como afirma Hoyos (2013), se consideran de riesgo, especialmente en la adolescencia y en la población femenina. Asimismo, otro grupo de riesgo serían los sectores específicos más vulnerables como las gimnastas, bailarinas de ballet, modelos, etc. Pero cabe señalar que la anorexia nerviosa no se limita únicamente a deportes considerados estéticos, en los que un cuerpo esbelto está “mejor visto”. Se realizaron estudios (Hernández-Mulero y Berengüí, 2016) que incluían deportistas de diversas modalidades (fútbol, natación, triatlón, rugby, etc.) y cuyos resultados mostraron una relación significativa positiva entre identidad deportiva y riesgo a desarrollar un TCA. Otras investigaciones (Baldó Vela y Bonfanti, 2019) permitieron observar que un 14% de los miembros de un equipo deportivo semiprofesional mostraron sintomatología compatible con la presencia de TCA.

Recientes estudios (Molina-Ruiza, Alberdi-Páramo, de Castro Oller, Gutiérrez Fernández, Carrasco Perera y Díaz-Marsá, 2019) muestran que pacientes con diagnóstico de anorexia presentan más frecuentemente rasgos restrictivos en cuanto a la personalidad, así como elevada persistencia, en comparación con otros TCA, como es el caso de la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón.

Un aspecto que caracteriza a los pacientes con anorexia nerviosa, sobre todo al subtipo restrictivo, es el exceso de control. Recientes investigaciones (de la Vega y Montalvo, 2020) explican que el exceso de control es un modo de afrontamiento desadaptativo asociado a factores como el aislamiento social, hiper perfeccionismo, excesiva rigidez, déficit relacional, inhibición emocional, etc. De este modo, todos estos factores están muy afectados en pacientes con anorexia nerviosa.

Según Lynch (2018), el exceso de control se caracteriza por cuatro deficiencias principales: poca apertura y receptividad a la novedad, escasa flexibilidad, inhibición y pobre conciencia emocional y déficit de intimidad y relaciones. Cabe señalar que la

anorexia nerviosa de tipo restrictivo es el trastorno de la conducta alimentaria más relacionado con el control desadaptativo, es decir, con un exceso de control.

Los hallazgos del estudio de Molina-Ruiza et al. (2019) mostraron la alta prevalencia de rasgos disfuncionales de la personalidad en pacientes con TCA, circunstancia que en el procedimiento o práctica clínica dificulta su pronóstico y tratamiento. Precisamente, las pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa presentaron un modelo cuya característica principal era la compulsión.

En consideración al tratamiento de la anorexia nerviosa, los resultados de estudios realizados hasta la fecha han sido definidos como contradictorios y no concluyentes (Galsworthy-Francis y Allan, 2016). Además, los resultados sugieren la necesidad de una investigación mayor. Recientes experimentos (van den Berg, Houtzager, de Vos, Daemen, Katsaragaki, Karyotaki, Cuijpers y Dekker, 2019) compararon diferentes tratamientos psicológicos para la anorexia nerviosa, pero no se hallaron diferencias significativas.

Como bien señala la literatura, existen pocos tratamientos efectivos para la anorexia nerviosa. Según Gómez-Candela et al. (2018) los índices de recuperación completa no superan el 60%, existiendo una tendencia de cronificación del trastorno del 20-30% (Fernández Hernández, Herranz Hernández y Segovia Torres, 2020).

Existe una notable variedad de tratamientos, pero la intervención predominante para los TCA suele ser de tipo cognitivo-conductual a pesar de su baja efectividad (Ruiz, 2019). Un estudio realizado por Fulana, Fernández de la Cruz, Bulbena y Toro (2011) mostró cierta superioridad de la TCC frente al tratamiento habitual (psicológico y farmacológico) en trastornos como la bulimia nerviosa, TOC, etc., aunque los resultados no pueden ser generalizados.

A pesar de que la evidencia revisada ha mostrado una baja efectividad de la TCC para la anorexia nerviosa, sí que ésta ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de algunos de sus problemas característicos como la depresión, ansiedad, etc. (Galsworthy-Francis y Allan, 2016).

Respecto al tratamiento de la anorexia nerviosa, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (2017) considera que éste debe abordarse de manera multidisciplinar. El NICE recomienda la coordinación de profesionales de psicología,

psiquiatría, nutrición y endocrinología, siendo imprescindible la implicación del tratamiento psicológico.

La intervención en anorexia nerviosa consta de dos fases, abordadas de forma multiprofesional: la recuperación nutricional y la terapia psicológica. En la primera parte se busca que la paciente salga del estado de desnutrición. Esta primera parte es de gran importancia y debe realizarse siempre en primer lugar ya que la recuperación de peso supone un menor riesgo. Los resultados empíricos muestran que la recuperación de peso es esencial para que el tratamiento psicológico, farmacológico y las disposiciones sociofamiliares tengan éxito (Cabrera, 2019). Asimismo, la intervención psicológica posterior no sería posible debido a que la propia desnutrición supone el deterioro de ciertas capacidades psicológicas, como son la atención o la memoria, capacidades necesarias para la intervención psicológica.

Un aspecto clave en lo que al tratamiento de la anorexia nerviosa respecta y del que, por tanto, dependerá su eficacia, es conocer y tener en cuenta el perfil neuropsicológico de la enfermedad. El modelo de cognición interpersonal propone que las dificultades en el funcionamiento cognitivo contribuyen a que la propia enfermedad se mantenga, pudiéndose producir así la evolución natural de la anorexia nerviosa. Los individuos con anorexia nerviosa muestran una capacidad inoperante en el procesamiento cognitivo que cuestionan la eficacia de las terapias convencionales, las cuales requieren que el paciente se involucre en complejos procesos cognitivos (Tchanturia y Lang, 2015).

Si bien es cierto que un porcentaje moderado se recupera notablemente, con frecuencia muchos pacientes abandonan el tratamiento (de la Vega y Montalvo, 2020), especialmente en los tratamientos que se enfocan en el síntoma principal, la ingesta. Por ello, el motivo de la presente propuesta es abordar el tratamiento nutricional de una forma menos “agresiva” y lograr una mayor adherencia al tratamiento, de modo las tasas de abandono no sean tan elevadas y se logre la recuperación de adolescentes con anorexia nerviosa.

Como ya se ha señalado anteriormente, el foco será puesto en el exceso de control, característica propia de la anorexia nerviosa. Con ello se busca que las pacientes logren dejar atrás dicho estado hipervigilante. Una mejoría en el abuso de

control supondría una mayor abertura y receptividad, así como mayor flexibilidad, aspectos muy positivos de cara al tratamiento psicológico.

El método a través del que se pretende lograr la disminución de dicho exceso de control es la terapia dialéctico conductual radicalmente abierta (TDC RA).

La evidencia empírica de la TDC RA es limitada debido a la falta de estudios controlados. A pesar de ello, recientes estudios (Pintado Ramírez, 2019) y sondeos sugieren que esta novedosa modalidad pudiera ser viable, aceptable y eficaz debido a la mejora globalizada encontrada tanto del índice de masa corporal como de los resultados de los cuestionarios psicopatológicos.

En la TDCA RA la intervención no se centra en la experiencia interna del paciente, sino en la forma en que esta experiencia se verbaliza o comunica (de la Vega y Montalvo, 2020). El aislamiento y la soledad se suponen como consecuencias de la enfermedad, más concretamente consecuentes de las dificultades en la emisión de signos sociales naturales o verdaderos. Es por ello que la TDC RA se focaliza en la apertura, la flexibilidad, la indicación social y el cambio en el nivel de activación cerebral.

Un aspecto positivo es que, al no abordar el tema de la ingesta como punto central del tratamiento, la TDC RA supone un menor rechazo por parte de las pacientes. Según de la Vega y Montalvo (2020), el porcentaje de pacientes que renuncian al tratamiento es alto. La tasa de abandono es especialmente alta en aquellas intervenciones que se centran en el llamado “consejo dietético”. De este modo, si la terapia se centrarse en aspectos subyacentes, tal y como hace la TDC RA, pudiera ser que disminuyese este abandono, con la posibilidad de una mayor adherencia al tratamiento por parte de las pacientes.

Objetivos

Con el presente programa de intervención se pretende, de forma general, aminorar el exceso de control, aspecto muy presente en la anorexia nerviosa. De este modo, con la disminución del exceso de control, se pretende que las pacientes logren un funcionamiento adaptativo en otros ámbitos de su vida debido a que esta obsesión supone un empobrecimiento de otros planos, como el social, emocional, familiar, etc.

Asimismo, con la ejecución de dicho programa se busca lograr una serie de objetivos específicos:

- Lograr una mayor apertura y receptividad a la novedad, trabajando la tolerancia a la incertidumbre, la retroalimentación de estímulos novedosos, etc.
- Conseguir establecer una mayor flexibilidad cognitiva de modo que se reduzca el hiperperfeccionismo, la rigidez, etc.
- Fortalecer la conciencia emocional debido que ésta está inhibida o se caracteriza por ser pobre.
- Potenciar tanto la intimidad como las relaciones sociales ya que se encuentran dañadas por el aislamiento existente.

Asimismo, aunque de forma indirecta, se espera que, con la obtención de dichos objetivos, aspectos como la autoestima, la autoimagen, la satisfacción corporal, etc. se vean fortalecidos como consecuencia de la reducción del hiperperfeccionismo y exceso de control.

Beneficiarios

Este programa de intervención va dirigido a chicas adolescentes de entre 15 y 17 años con diagnóstico de trastorno alimentario, concretamente con anorexia nerviosa. Ellas serán las beneficiarias directas del programa ya que éste está destinado a mejorar su calidad de vida.

Se ha escogido este rango de edad ya que la adolescencia es un periodo crítico en lo que al desarrollo de patologías mentales supone, debido a los numerosos cambios que acarrea. Más concretamente, se dirige a la población femenina de dicho rango de edad, debido a la presión social y cánones de belleza que la sociedad actual impone a chicas jóvenes, haciendo más probable la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del sexo femenino.

Asimismo, con el presente programa de intervención las familias de las pacientes también se verán beneficiadas indirectamente ya que, si nos basamos en la teoría sistémica, la mejora de uno de los miembros de la familia supondrá una mejoría de la familia como sistema global. También podrían beneficiarse de forma indirecta

tanto amigos/as como compañeros/as de las pacientes, siendo posible retomar la relación y el contacto.

Respecto a la localización, el programa de intervención se llevará a cabo en el Hospital San Pedro, en Logroño (La Rioja). Más concretamente las sesiones se realizarán en la séptima planta del hospital, planta en la que se encuentra la Unidad de Salud Mental (USM). La USM está compuesta por la unidad de corta estancia de Psiquiatría y la Unidad de Día Infanto – Juvenil (UDIJ). Debido a que el programa se dirige a adolescentes, éste se llevará a cabo en la UDIJ.

Metodología

Participantes

El presente programa de intervención está dirigido a adolescentes de entre 15 y 17 años de edad diagnosticadas de anorexia nerviosa. Concretamente, se dirige a 10 adolescentes que hayan acudido o contactado con la Red de Salud Mental de La Rioja. Es decir, la intervención se enfoca en jóvenes con anorexia pertenecientes a la comunidad autónoma de La Rioja, preferiblemente de la Rioja Media, residentes en Logroño o municipios cercanos. Las adolescentes deben haber tenido contacto con la Unidad de Salud Mental, haya sido por hospitalización o por consulta de ambulatorio.

Instrumentos

En cuanto a la evaluación del presente programa de intervención ésta se realizará en tres momentos distintos. Las pruebas se aplicarán, en un primer momento, al comienzo del programa de intervención. Del mismo modo, se realizará una segunda evaluación al finalizar el programa éste, de modo que puedan establecerse o no diferencias en las habilidades trabajadas. Por último, sería conveniente realizar un seguimiento de los resultados, por lo que se realizaría una última evaluación a los seis meses una vez finalizado el programa para comprobar si se mantienen los cambios.

Con objeto de ofrecer una visión general de la personalidad de las pacientes se hará uso del cuestionario SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes), que recoge y valora, entre otros, aspectos muy presentes en la anorexia nerviosa, aspectos que se pretenden trabajar con esta propuesta de intervención. Evalúa factores como los

problemas de conducta alimentaria, autoestima, obsesiones, conciencia de problemas, competencia social, etc.

Igualmente, sería apropiado aplicar el test EAT (Eating Attitudes Test) ya que ofrece una valoración amplia de síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa, así como un índice de gravedad del trastorno. Contempla aspectos generales como la restricción alimentaria, presión social para aumentar el peso, preocupación por la comida, etc.

Además, se empleará el test ACTA (Actitud frente al Cambio en Trastornos Alimentarios), cuestionario que evalúa aspectos como la acción, mantenimiento, decisión, etc. en la cognición, conducta y afecto de pacientes con TCA. Ofrece una visión de la motivación de la paciente en cuanto al cambio.

Para valorar el hiperperfeccionismo, rigidez cognitiva y obsesiones se administrará el cuestionario EDI (Eating Disorder Inventory), que contempla y evalúa aspectos comunes en los TCA como el impulso por la delgadez, perfeccionismo, miedo a madurar, insatisfacción corporal, etc.

Del mismo modo, para estimar la inteligencia y conciencia emocional se hará uso del MCEIT (Test de Inteligencia Emocional), cuestionario que evalúa la capacidad de la persona para identificar, entender y manejar las emociones.

Por último, para medir la capacidad de intimidad y relaciones sociales de las pacientes, se administrará la prueba BAS. Se trata de una Batería de Socialización que ofrece el grado de adaptación social en niños y adolescentes. Asimismo, el test incluye una versión, en formato de autoinforme, que valora dimensiones como el grado de retraimiento social, autocontrol en las relaciones sociales, liderazgo, etc.

Procedimiento

La selección de las participantes se llevaría a cabo con la ayuda de la Unidad de Salud Infanto Juvenil del Hospital San Pedro, que facilitaría los contactos de las adolescentes y se solicitaría la participación de las mismas. Se informaría tanto a los profesionales del centro sanitario como a las participantes, inscribiéndose las interesadas siempre que cumpliesen los criterios de inclusión (chica adolescente de entre 15 y 17 años de edad con diagnóstico de anorexia nerviosa).

Posteriormente, las diez participantes completarán el acuerdo de tratamiento hospitalario y se recogerían los datos e información relevantes.

Sesiones

Las sesiones del programa se desarrollarán los martes y jueves de 11:00 a 13:00 con un descanso de 15 minutos. La duración total del programa será de 5 semanas. Al terminar cada sesión se ofrecerá tiempo a las participantes para que puedan expresar sus pensamientos, sentimientos, emociones y conclusiones derivadas.

Las actividades que se realizarán y los temas a trabajar serán: tolerancia a la incertidumbre, exceso de perfeccionismo, conciencia emocional y relaciones interpersonales.

Seguidamente, se expone el cronograma que recoge las actividades que se realizarán durante las 5 semanas de tratamiento (Tabla 1).

Tabla 1. *Temporalización programa de intervención*

| Sesión | Actividad | Semana | | | | |
|----------|--------------------------|--------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sesión 1 | Administración test | X | | | | |
| Sesión 2 | Entrevistas psicológicas | X | | | | |
| Sesión 3 | Modelo ABC | | X | | | |
| Sesión 4 | El árbol de los logros | | | X | | |
| Sesión 5 | Plasmando emociones | | | X | | |
| Sesión 6 | Autoexpresión social | | | | X | |
| | Solución de problemas | | | | X | |
| Sesión 7 | Evaluación | | | | | X |

Sesión 1. Presentación y administración de pruebas psicológicas

En la primera sesión se realizará la presentación de las participantes, con el fin de que se conozcan entre ellas y creen vínculo. Durante los primeros 30 minutos las psicólogas, psiquiatra y enfermeras especializadas en salud mental harán una breve introducción y explicación de la problemática y la actual situación. En el descanso se aprovechará para dotar a las participantes de conocimientos en lo que a la nutrición

respecta, con el objetivo de que conozcan, de forma superficial, la forma adecuada de preparar un almuerzo.

Tras el descanso, las profesionales se encargarán de administrar las pruebas psicológicas a las pacientes para comenzar con el estudio de las mismas. El objetivo es elaborar un perfil de cada una de ellas y conocer en qué grado ciertos aspectos relevantes (perfeccionismo, rigidez, etc.) están más presentes.

Sesión 2. Entrevista clínica

La segunda sesión irá dirigida a corroborar los resultados de los test con la entrevista clínica de las pacientes. Las psicólogas clínicas, psiquiatra y enfermera se encargarán, por separado, de entrevistar a cada paciente. Cada una de las profesionales realizará, de forma no muy extensa, la entrevista clínica a cada paciente en función de los resultados de las pruebas para comprobar y aumentar el conocimiento general que las pruebas ofrecen. Se pretende lograr una visión más amplia de cada una de las participantes del programa, conociendo más específicamente sus necesidades y tenerlas presentes de cara a la intervención.

Sesión 3. Tolerancia a la incertidumbre

Con la realización de esta sesión, que tendrá una duración de dos días, se busca que las pacientes aprendan a hacer frente a la incertidumbre mediante el uso de la reevaluación cognitiva. En muchas ocasiones la primera interpretación que se realiza de una situación no se adapta a la realidad y genera una emoción poco útil en ese momento.

La reevaluación consiste en flexibilizar la primera evaluación y basarse en hechos reales para completar la información. Aportar evidencias reales que desmientan las creencias y, así, percibir el error y la consecuente conducta desadaptativa.

Una técnica para trabajar la reestructuración y la detección de pensamientos negativos, así como para comprender las emociones, es el modelo ABC. El modelo ABC consiste en elaborar un esquema que explique el proceso de cómo una determinada situación produce un cierto pensamiento que, a su vez, desencadena una emoción y finalmente genera una conducta determinada (*Anexo 1: Modelo ABC*). El modelo ABC pretende ayudar a identificar un pensamiento negativo y frenarlo a tiempo mediante la aportación de pruebas objetivas que lo desmientan, de modo que no se

produzca la conducta desadaptativa. Es decir, que las adolescentes conozcan el origen de la conducta desadaptativa y reconozcan las consecuencias negativas de tenerla y mantenerla.

El segundo día de la sesión tendrá un enfoque más colectivo ya que, tras la realización de los modelos, las adolescentes comentarán y explicarán la situación que han elegido y lo que ésta generaba y desencadenaba a su vez ya que es probable que las participantes compartan el miedo a ciertas situaciones.

Sesión 4. Hiperperfeccionismo

Para trabajar el hiperperfeccionismo se empleará la técnica “El árbol de los logros”. Esta actividad consiste en realizar dos listas. Las participantes deben anotar en una lista sus logros pasados y presentes y en la otra deberán anotar las cualidades físicas y psicológicas que consideran que les han permitido alcanzar los logros anotados. Tras ello, las participantes deberán dibujar un árbol en un folio. En dicho árbol se dibujarán los frutos, que se corresponderán con los logros, así como las raíces, que se corresponderán con las cualidades. El último paso será unir cada uno de los logros con las cualidades que han permitido su consecución.

El objetivo de esta actividad es que las adolescentes reconozcan que no son necesarios unos estándares de autoexigencia tan elevados para conseguir ciertos objetivos básicos. Asimismo, al reconocer sus logros, su autoconcepto y autoestima se verán potenciados.

Sesión 5. Conciencia emocional

Esta sesión abarcará un total de 2 días e irá dirigida, principalmente, a la toma de conciencia de las emociones. Se enseñará a las participantes del programa a identificar, comprender y regular las emociones como alternativa a su evitación.

Al comienzo de la sesión, se hará una breve explicación acerca de las emociones: qué son, para qué sirven, qué tipos de emociones hay, comprender la necesidad tanto de las emociones “positivas” como “negativas”, etc. para que las adolescentes conozcan lo más básico del tema y la importancia que tienen en la conducta.

Tras la explicación, se ofrecerá a las participantes folios blancos y lapiceros y se les pedirá que completen una lista de las posibles manifestaciones de unas determinadas

emociones (ej. tristeza, asco, enfado, etc.). Asimismo, se les señalará la posibilidad de dibujar aquello que esa emoción les sugiera como las posibles causas de la emoción, reacciones, consecuencias, etc. De este modo las adolescentes toman conciencia de las emociones y lo que éstas generan mediante la realización de la actividad “Plasmando emociones”.

Estas actividades se repetirán al siguiente día del programa de intervención, pero de manera más dinámica ya que se utilizarán tanto la pizarra blanca como posters grandes en blanco para que dibujen y escriban de forma más libre y explícita utilizando rotuladores de colores, pinturas, etc.

Sesión 6. Relaciones Sociales

Esta sesión está dirigida a dotar de habilidades sociales a las participantes del programa y se llevará a cabo en dos días diferentes. Dentro de esta sesión se trabajará la autoexpresión social y las habilidades de solución de problemas interpersonales.

El primer día estará dirigido a la autoexpresión social de modo que se explicará a las adolescentes la manera adecuada de comunicarse con otras personas. Se les enseñará las principales estrategias de comunicación asertiva como la escucha activa, crítica asertiva, saber decir no, etc. de forma que las participantes logren relacionarse con otras personas eficazmente. Una vez finalizada la explicación por parte de las profesionales, se solicitará a las adolescentes que practiquen iniciando y manteniendo conversaciones entre ellas. Además, como tarea se les pedirá que hagan usos de dichas técnicas con sus familias y personas más cercanas.

El segundo día de la sesión se centrará en fortalecer las habilidades de solución de problemas interpersonales. En primer lugar, las profesionales explicarán a las adolescentes los pasos específicos, o subhabilidades, para poner en práctica dicha habilidad: identificar el problema, buscar muchas soluciones, anticipar las consecuencias de cada una de ellas, elegir una solución y poner en práctica la solución elegida. Tras la explicación, éstas plantearán a las participantes unas determinadas situaciones (ej. un amigo no te invita a su cumpleaños, un compañero de clase te insulta, etc.) para que, mediante el *role-playing* y el modelado, configuren y modelen cada una de las subhabilidades, primero paso a paso y después de forma continua. Durante el *role-playing*, tanto las psicólogas como las enfermeras irán rotando por las diferentes

parejas y les ofrecerán retroalimentación, ayudando a mejorar los aspectos que no se hagan bien y reforzando los que sean apropiados.

Sesión 7. Evaluación

La última sesión estará reservada para realizar de nuevo las pruebas psicológicas y comprobar, tras obtener los resultados de cada una de las participantes, si hay resultados significativos o no respecto al comienzo del programa de intervención. Si se hallasen mejoras en los resultados podría concluirse que la propuesta de intervención ha sido efectiva y ha alcanzado los objetivos propuestos.

Recursos

Recursos humanos:

- 3 psicólogos/as clínicos
- 2 enfermeros/as especializados/as en salud mental

Recursos materiales:

- Test
- Cuadernillos de respuestas
- Lapiceros o bolígrafos
- Folios blancos
- Pinturas y rotuladores

Recursos técnicos:

- Ordenador
- Proyector
- Correcciones pruebas online

Evaluación

Para evaluar en qué medida los objetivos han sido cumplidos se realizará una evaluación antes de implementar el programa y otra evaluación después de finalizar el mismo. Es decir, se trata de realizar una evaluación pre – post para valorar los efectos

del programa y el cumplimiento de los objetivos. La intencionalidad del programa es hallar diferencias en las pruebas ya que, si se encuentran divergencias entre las dos evaluaciones, podría decirse que la intervención ha resultado efectiva.

Resultados esperados

Como bien se ha ido señalando a lo largo de la propuesta de intervención, se espera que las participantes obtengan una mejora de la puntuación obtenida anteriormente en las pruebas o test psicológicos. Dichos test evalúan una serie de aptitudes o habilidades diferentes, en función del test (autoestima, habilidades sociales, etc.) de modo que una mejora en la puntuación, posterior al programa, significaría una mejora en dichas habilidades.

Conclusiones

El mundo actual está fuertemente ligado a las nuevas tecnologías, ofreciendo éstas muchas ayudas y facilidades. A pesar de estas ventajas, el modo en que los medios de comunicación hacen uso de distintas campañas de publicidad y los ideales que fomentan pueden acarrear consecuencias negativas, como son el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

En una sociedad como la actual, en la que la comunicación masiva tiene un alto potencial, deben tenerse en cuenta medidas de prevención de los TCA y, en el caso de existir, poder contar con medidas que detecten la problemática y le hagan frente, garantizando el bienestar de la población afectada.

Es por ello que he creído conveniente abordar dicha cuestión, ofreciendo una posibilidad de cambio en cuanto al tratamiento. Cabe señalar como limitación la falta de investigación de la efectividad de distintos tratamientos en anorexia nerviosa. Es necesaria una mayor inversión de tiempo y recursos en la materia ya que, como ya se ha señalado, se trata de un trastorno que se ha visto aumentado en los últimos años.

Referencias

Álvarez Expósito, A. (2018). Etiología de la anorexia nerviosa.

American Psychiatric Association (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V). Washington: American Psychiatric Association

Baladía, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161-163.

Baldó Vela, D., & Bonfanti, N. (2019). Evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadores semiprofesionales de deportes de equipo. *Nutrición Hospitalaria*, 36(5), 1171-1178.

Cabrera Cabrera, P. (2019). Anorexia Nerviosa en adolescentes: factores de riesgo, evaluación y tratamiento.

de la Vega Rodríguez, I. y Montalvo Calahorra, T. (2020). Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 147-162.

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 a hospital de día. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 59-69.

Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91-105.

Fullana, M. A., de la Cruz, L. F., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.

Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *RET: revista de toxicomanías*, (76), 25-51.

Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., ... & Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 35(1), 11-48.

- Hernández, M. (2016). Lo que la mente cree, la mente lo crea: de anorexia nerviosa y terapia cognitivo-conductual.
- Hernández-Mulero, N., & Berengüí, R. (2016). Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estudio preliminar en deportistas de competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(2), 37-44.
- Hernández, J. L. F., Hernández, P. H., & Torres, L. S. (2020). Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): “Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico”. *Dilemata*, (31), 77-83.
- Hoyos Serrano, M. (2013). La anorexia nerviosa mental o como problema social. *Revista de actualización clínica investiga*, 35, 1833.
- Jiménez-Flores, P., Jiménez-Cruz, A., & Bacardí-Gascón, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489.
- Kotilahti, E., West, M., Isomaa, R., Karhunen, L., Rocks, T., & Ruusunen, A. (2020). Treatment interventions for Severe and Enduring Eating Disorders: Systematic review. *International Journal of Eating Disorders*.
- Kucharska, K., Kulakowska, D., Starzomska, M., Rybakowski, F., & Biernacka, K. (2019). The improvement in neurocognitive functioning in anorexia nervosa adolescents throughout the integrative model of psychotherapy including cognitive remediation therapy. *BMC psychiatry*, 19(1), 15.
- Lladó, G., González-Soltero, R., & Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693-701.
- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Mestre, G. (2019). *Impulsivity and compulsivity as transdiagnostic clinical features in gambling and eating disorders* (Doctoral dissertation, Universitat de Barcelona).
- Molina-Ruiza, R. M., Alberdi-Páramo, Í., de Castro Ollera, M., Gutiérrez Fernández, N., Carrasco Perera, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2019). Personality in patients with eating disorders depending on the presence/absence of comorbidity with

borderline personality disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 109-120.

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. NICE.

Paredes, K. F., Reséndiz, F. D., & Díaz, M. L. B. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2).

Pintado Ramírez, I. (2019). ¿Es eficaz la Terapia Dialéctico Conductual en la Anorexia Nerviosa?

Ripoll Guzman, J. A. (2017). Flexibilidad cognitiva en adultos mayores (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/8974>

Ruiz, A. G. (2019). *Revisión investigativa de la conceptualización e intervención de la Anorexia Nerviosa. Modelo Multidimensional* (Doctoral dissertation, Universidad de Antioquia).

Tchanturia, K., Giombini, L., Leppanen, J., & Kinnaird, E. (2017). Evidence for cognitive remediation therapy in young people with anorexia nervosa: Systematic review and meta-analysis of the literature. *European Eating Disorders Review*, 25(4), 227-236.

Tchanturia, K., & Lang, K. (2015). Cognitive profiles in adults and children with anorexia nervosa and how they have informed us in developing CRT for anorexia nervosa. In *Cognitive Remediation Therapy (CRT) for Eating and Weight Disorders* (pp. 1-14). UK: Routledge.

van den Berg, E., Houtzager, L., de Vos, J., Daemen, I., Katsaragaki, G., Karyotaki, E., ... & Dekker, J. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 331-351.

Anexos

Tabla 1

Modelo ABC

| Situación | Pensamiento | Emoción | Conducta |
|-----------|-------------|---------|----------|
| | | | |