



## **TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

### **INPATIENT TREATMENT FOR EATING DISORDERS**

Raquel Remesal Cobreros, Montserrat Andrés Villa.

[raquel.remesal@dpsi.uhu.es](mailto:raquel.remesal@dpsi.uhu.es)

Trastorno alimentación, tratamiento, psicoterapia.

Eating disorder, inpatient treatment, psychotherapy.

### **RESUMEN**

La Unidad de Hospitalización de Salud Mental es un dispositivo integrado en la red de salud mental, de estancia breve, destinado a atender a pacientes con psicopatología aguda y/o grave. En el caso de los trastornos de la alimentación, la comunidad científica ha consensuado una serie de criterios, no absolutos, que determinan la hospitalización con el objetivo de abordar principalmente la recuperación ponderal y corrección de las posibles complicaciones orgánicas, rehabilitación nutricional y abordaje de los problemas psicosociales subyacentes y derivados. La intervención se realiza de forma multidisciplinar y engloba el tratamiento nutricional, psicofarmacológico (si procede) y psicoterapéutico, dependiendo la secuencia de éstos de la gravedad del estado clínico de cada paciente. Los objetivos del tratamiento médico/nutricional son restaurar el peso, tratar las complicaciones médicas y normalizar los hábitos alimenticios. Los del tratamiento psiquiátrico/psicológico: tomar conciencia de la necesidad de cooperar en la rehabilitación física y psicológica, modificar conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con la alimentación, mejorar el funcionamiento interpersonal y social, tratar la psicopatología asociada y los conflictos psicológicos que refuerzan y mantienen las conductas relacionadas con la alteración alimentaria.

En el presente trabajo, se exponen las intervenciones realizadas en una unidad de hospitalización de salud mental a propósito de un caso.

### **ABSTRACT**

The Mental Health Hospitalization Unit is a short-term service integrated into mental health network, aimed for treating acute and/or severe psychopathology. In the case of eating disorders, the scientific community has agreed on a criteria series, not absolute, that determine hospitalization with the aim of mainly addressing weight recovery and correction of possible organic complications, nutritional rehabilitation and management of the underlying psychosocial problems and derivatives. The intervention is carried out in a multidisciplinary way and includes the nutritional, psychopharmacological and psychotherapeutic treatment, depending sequence on the severity of the clinical status of each patient. Aims of medical /

## TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

nutritional treatment are: gain weight, attend medical complications and normalize eating habits. Psychiatric / psychological interventions: be aware of the need to cooperate in physical and psychological rehabilitation, modify dysfunctional behaviors and attitudes in relation food, improve interpersonal and social functioning, attend associated psychopathology and psychological conflicts that reinforce and maintain the behaviors related to eating disorders.

In the present dissertation, inpatient treatment is exposed in relation to a clinical case.

La Unidad de Hospitalización de Salud Mental es un dispositivo integrado en la red de salud mental, de estancia breve, destinado a atender a pacientes con psicopatología aguda y/o grave. En el caso de los trastornos de la alimentación, se han establecido unos criterios de hospitalización completa que determinan la hospitalización con el objetivo de abordar principalmente la recuperación ponderal y corrección de las posibles complicaciones orgánicas, la rehabilitación nutricional y el abordaje de los problemas psicosociales subyacentes y derivados. Tales criterios, no absolutos, son<sup>1-2</sup>:

1. El estado biológico implica riesgo de complicaciones graves: nula ingesta de alimentos/líquidos, IMC inferior a 16, alteraciones iónicas, vómitos autoinducidos continuados, abuso de laxantes y uso de diuréticos, hematemesis y rectorragias.
2. Otros trastornos psicopatológicos impiden el tratamiento ambulatorio: síntomas depresivos importantes, riesgo autolítico, conductas autolesivas, fracaso del tratamiento ambulatorio, alteraciones conductuales graves, psicopatología familiar, evolución tórpida del peso.

El ingreso se realizaría preferentemente con carácter voluntario aunque, ante la negativa a ingresar por parte del/la paciente, estaría indicado realizarlo de modo involuntario en los siguientes supuestos: riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica, menor de edad y falta de capacidad para decidir<sup>3</sup>.

Los objetivos del tratamiento hospitalario en la Unidad de Salud Mental son<sup>1-2</sup>: recuperación ponderal y corrección de las posibles complicaciones orgánicas; rehabilitación nutricional y recuperación de las pautas normales de alimentación; abordaje de los problemas psicosociales subyacentes y derivados. La intervención se realiza de forma multidisciplinar y engloba el tratamiento nutricional, psicofarmacológico (si procede) y psicoterapéutico, dependiendo la secuencia de éstos de la gravedad del estado clínico de cada paciente.

### **Tratamiento Nutricional**

Los objetivos son restaurar el peso, tratar las complicaciones médicas y normalizar los hábitos alimenticios. Para ello es preciso realizar el cálculo de los requerimientos energéticos, limitar el aporte energético al gasto energético en reposo o inferior para ir incrementándolo progresivamente y realizarlo la distribución calórica de forma equilibrada con el fin de prevenir el síndrome de realimentación. Las opciones de renutrición serían:

- Alimentación natural: plantear una dieta equilibrada, en principio consensuada, salvo comportamientos aberrantes o desequilibrados y que eviten la saciedad (evitar alimentos

## **TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

ricos en fibra, fritos). Al inicio hay que valorar la conveniencia de algún procinético o complemento nutricional artificial.

- Alimentación artificial por sonda nasogástrica: indicada en casos de desnutrición severa y fracaso en el programa de alimentación natural. En estos casos es importante controlar la ingesta hídrica.
- Alimentación parenteral total: es excepcional. Sólo estaría indicada en casos de extrema gravedad y es de aplicación exclusivamente hospitalaria.

### **Tratamiento psicofarmacológico**

Dependerá de la sintomatología comórbida asociada: sintomatología ansiosa, depresiva, obsesiva o psicótica.

### **Tratamiento psicoterapéutico**

Los objetivos son ayudar a el/la paciente a tomar conciencia de la necesidad de cooperar en la rehabilitación física y psicológica, modificar conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con la alimentación, mejorar el funcionamiento interpersonal y social, tratar la psicopatología asociada y los conflictos psicológicos que refuerzan y mantienen las conductas relacionadas con la alteración alimentaria.

Es fundamental gestionar/manejar con el/la paciente, familiares y personal de enfermería el tratamiento nutricional ya que la renutrición no se consigue si no se acompaña de un abordaje psicoterapéutico que incluya medidas conductuales, cognitivas, de regulación emocional y motivacionales. La intervención se realiza a diferentes niveles: individual, familiar y también a nivel de los profesionales sanitarios que están en contacto directo con el/la paciente hospitalizado/a.

### **Pautas generales de actuación por parte del personal de enfermería**

- Todo el personal debe conocer las pautas de tratamiento y las hará cumplir estrictamente.
- Observar, evitando actitud "policial".
- Mostrar actitud de escucha y empatía.
- Reducir al máximo los comentarios sobre alimentos y el acto de comer.
- Supervisar el uso del WC. Se mantendrá cerrado con el fin de evitar vómitos o ingesta excesiva de agua principalmente.
- Supervisar el reposo posprandial.
- Supervisar uso correcto de la sonda nasogástrica (en caso de tenerla).
- Mantener una actitud firme y tranquila.

Actitud durante las comidas:

- El/la paciente debe comer junto al resto de pacientes.
- Las comidas se monitorizan (se anota lo que come y deja en la bandeja).
- Las bandejas se presentan sin información sobre el aporte calórico u otras características.
- Se respeta el orden de los platos: primero, segundo y postre.

## **TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

- Se señala el modo correcto de comer (no desmenuzar comidas, no revolver ni cortar los alimentos en trozos pequeños, no cambiarlos de plato etc.)
- Se establece un tiempo máximo para la realización de comidas: 30` para el desayuno y 1h para el almuerzo y cena
- No se permite ingesta de comidas fuera del horario (especial atención al consumo de chicles).
- Control de la ingesta hídrica (máximo 2 vasos durante las comidas)
- Si el/la paciente se niega a comer, se le recuerda en tono tranquilo y firme (sin crítica ni enfado) las pautas de tratamiento respecto a la comida.

Los errores más frecuentes que suelen cometer los profesionales que atienden a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son: hacer juicios de valor, dejarse llevar por estereotipos, simplificar el trastorno a relaciones causales únicas, hacer generalizaciones sobre el modo de actuar de estos/as pacientes, entrar en confrontación con el/la paciente o familiares, cuestionar las pautas de tratamiento indicadas.

### **Intervención a nivel familiar**

El acompañamiento durante la hospitalización por parte de algún familiar permite observar la dinámica de relación, para poder intervenir. No es excepcional observar una alianza entre el/la paciente y la figura de apoyo (normalmente la figura materna) que, al igual que éste/a, termina cuestionando las medidas terapéuticas. Tampoco es excepcional el intento por parte de el/la paciente de reproducir la misma dinámica familiar entre el personal sanitario (conflictos, contradicciones, manipulaciones). Tales modos de actuar se enmarcarían en el contexto de resistencias implícitas que tratarían de impedir la ruptura de la homeostasis familiar que mantiene el trastorno<sup>4-5</sup>. En este sentido, resulta fundamental la actuación consensuada de todo el equipo sanitario implicado en el tratamiento.

### **Intervención a nivel individual**

El tratamiento de esta patología lleva consigo una serie de complicaciones que dificultan de forma considerable el mismo, siendo las más habituales la negación de la enfermedad, el rechazo de ayuda, la vergüenza, la falta de sinceridad, la escasa motivación y la resistencia al cambio. Es por ello que resulta importante valorar el estadio de cambio en el que se encuentra el/la paciente según el modelo de conducta adictiva desarrollado por Prochaska y D´Clemente<sup>6</sup> y adaptar la intervención en función del estadio en el que se sitúe. Lo habitual en el caso de la anorexia nerviosa, es que el/la paciente esté colocado/a en una etapa precontemplativa ya que está en posición negosistónica, lo que implica que no se plantee la necesidad de hacer ningún cambio. Dado que la evidencia es otra, es preciso visibilizar su realidad mediante datos objetivos (desnutrición, riesgo vital, presencia de atracones, abandono de objetivos vitales, aislamiento etc) y depositar en el/la paciente la capacidad de control para conseguir su objetivo (el alta hospitalaria). Por su parte, ante la negación del trastorno, resulta fundamental señalar

## TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

las contradicciones entre las intenciones y verbalizaciones manifestadas y las conductas observadas.

El trabajo metacognitivo permitirá abordar las rumiaciones cognitivas egosintónicas en relación con la comida y los pensamientos disfuncionales asociados, siendo los más frecuentes los que se señalan a continuación:

- Sobregeneralización: Ej. *"cuando comía dulces estaba gorda, por lo que he de rechazarlos completamente ahora o me convertiré en obesa"*.
- Abstracción selectiva o filtraje: *"no tengo autocontrol, la semana pasada comí flan en el desayuno a pesar de que me había propuesto no hacerlo"*.
- Catastrofismo o sobreestimación de la amenaza: *"si gano 1 kg de peso me moriré"*
- Pensamiento polarizado: *"si pruebo los dulces no pararé de comerlos; prefiero no probarlos en absoluto"*.
- Personalización: *"todo el mundo se da cuenta de que he aumentado 200 g; todos se fijan en mi cuerpo cuando estoy en bañador"*.
- Pensamiento mágico: *"la comida se va directamente a los muslos"* *"Me he tomado un vaso de leche con galletas y acabo de engordar 3 kg"*.

No obstante, cambiar los pensamientos y conductas no es suficiente. Es necesario explorar los conflictos psicológicos subyacentes al trastorno de la alimentación, tales como sentimientos de abandono, desconfianza, dependencia, sentimientos de fracaso, autocontrol insuficiente, perfeccionismo o necesidad de sacrificio<sup>7</sup>.

Se presenta a continuación el caso de una mujer de 32 años, diagnosticada en un principio de Trastorno de la Alimentación: Anorexia Nerviosa tipo compulsivo/purgativo, que ingresa de forma reiterada en un período de dos años en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Se expone el caso y tratamiento aplicado.

### ANTECEDENTES

Mujer de 32 años, soltera, sin hijos. Convive con sus padres. Sin actividad laboral o académica.

#### **Antecedentes personales somáticos**

No reacciones alérgicas conocidas. Injerto ocular. Resto de exploración sin interés.

#### **Antecedentes personales de salud mental**

Consultas previas puntuales en ámbito público y privado por problemas con la alimentación. Sin adherencia terapéutica.

#### **Hábitos tóxicos**

Ex fumadora. Consumo ocasional de THC. No otros tóxicos.

## TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

### MOTIVO DE ATENCIÓN URGENTE

Acude al hospital acompañada de sus padres por dolor abdominal. Días previos había acudido por el mismo motivo. Refiere que en los últimos 2-3 meses, tras ruptura sentimental, ha presentado ánimo depresivo que le ha generado problemas con la alimentación. Pérdida de aproximadamente 10 kgs en 3 meses. Presenta desorden en las comidas y cuando come (por presión familiar) presenta dolor abdominal. Se queja de estreñimiento (de 24h de evolución).

### Exploración por parte del médico de atención de urgencias

- Tensión Arterial: 90/50. Frecuencia Cardíaca: 40.
- Auscultación: Rítmica, sin soplos.
- Buena ventilación, sin alteraciones en murmullo vesicular. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de peritonismo.
- Extremidades: pulsos conservados y simétricos, no signos de TVP, no edemas.
- Se extrae Hemograma, Bioquímica que no presentan hallazgos de interés.

Tras descartar patología orgánica es valorada por el servicio de psiquiatría.

### Exploración por parte de psiquiatra de guardia

La paciente refiere que se encuentra mal desde hace 2 meses, a raíz de un problema que tuvo con su pareja, desde entonces ha restringido la ingesta, tiene alterado el ritmo sueño-vigilia, se ha automedicado, ha abandonado sus actividades diarias y cada vez se encuentra con peor estado físico.

### Exploración psicopatológica en el servicio de urgencias

Consciente, orientada en lugar, tiempo y espacio. Delgada (Peso: 46Kg. Talla: 1,68. IMC: 16,3). Actitud regresada y dramática, tendencia a la negación de problemas. Disforia. Reconoce abuso de psicofármacos (ansiolíticos, relajantes musculares). Amenorrea desde hace 3 años. Niega problemas con la alimentación y/o preocupación por su imagen corporal. Ausencia de síntomas psicóticos o patología afectiva.

Según informan sus padres:

Concede gran importancia a su imagen física, realiza ejercicio desde hace años (gimnasio, footing). Tiende a la restricción de determinados alimentos, más acusada en los últimos meses, asociado al incremento del nivel de tensión en las relaciones familiares.

### Juicio Clínico

- Trastorno de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo<sup>8</sup>.
- Anorexia nerviosa<sup>9</sup>.

### Plan de actuación

Dada las repetidas atenciones urgentes, la agudización de las alteraciones alimentarias, la nula conciencia de enfermedad, la disminución del peso y la disfunción familiar evidente, se propone ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. En principio la paciente

## **TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

acepta, aunque en la evolución es preciso transformar el carácter del ingreso a involuntario, con consentimiento por representación de sus progenitores según recoge la Ley 41/2002<sup>3</sup>.

### **1º Entrevista en Unidad de Hospitalización de Salud Mental**

Muestra actitud negativista y negación de problemas con la alimentación. Se centra en el dolor abdominal y estreñimiento. Demanda atención por médico general y pauta de laxante para aliviar las molestias. Admite que no le gusta su cuerpo, porque se ve excesivamente delgada. Niega restricción de alimentos y anomalías en las conductas y/o hábitos alimenticios (desorden, consumo excesivo de agua y chicles). Niega vómitos o uso de laxantes/diuréticos. Niega factores desencadenantes. Refiere que mintió al psiquiatra de guardia al hablarle de problemas de pareja. Admite consumo descontrolado de psicofármacos en las últimas semanas por insomnio y nerviosismo. Reconoce abandono de tareas habituales y responsabilidades en los últimos tres meses (no explica por qué). Muestra marcada irritabilidad, falta de colaboración en la entrevista, hermetismo, mentiras y respuestas evasivas.

### **Datos psicobiográficos de interés recogidos a partir de entrevista con los padres**

Caprichosa y mimada en su infancia. Relación de dependencia con la madre. Normas laxas y cambiantes. Buen rendimiento académico. Amplia red social de amigos/as a lo largo de su psicobiografía. Inició estudios universitarios, que no finalizó.

### **Eventos precipitantes identificados**

Supuesta ruptura de pareja, intento de violación (referido por la paciente, que se archiva por falta de pruebas), jubilación del padre en el contexto de conflicto parental de larga data. Este último evento se considera de gran relevancia, en tanto que desequilibra la coalición mantenida hasta el momento entre madre e hija.

### **Historia de hábitos alimentarios/actividad física**

Hasta los 25 años ligero sobrepeso. Pérdida progresiva y voluntaria de peso mediante restricción de determinados alimentos y práctica reglada y no reglada de deporte (gimnasio y aproximadamente 7 kms/diarios de footing). Preocupación excesiva por su aspecto físico (compra revistas que ensalzan el aspecto físico, trucos para disminuir peso, etc.). Manifiesta dudas continuas sobre lo que le apetece comer. Evita comer con el resto de la familia. Revuelve la comida en el plato y no se la come. Mastica continuamente chicles. Bebe agua en exceso y abusa de laxantes.

## **TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

Se lleva a cabo un abordaje multidisciplinar en el que se incluyen: tratamiento nutricional, psicofarmacológico y psicoterapéutico.

## TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

### Tratamiento Nutricional

Tras estudio de perfil orgánico y nutricional y, dado que la paciente no se niega a la alimentación oral, el servicio de Nutrición decide mantener alimentación oral+ suplementos alimenticios.

### Tratamiento psicofarmacológico

En principio se pauta tratamiento ansiolítico e hipnótico que resultan insuficiente. Posteriormente es preciso ensayar diferentes combinaciones que no resultan efectivas:

Lorazepam y Lormetazepam

Lorazepam + Lormetazepam + Quetiapina

Lorazepam + Lormetazepam + Olanzapina

Fluoxetina + Haloperidol + Lorazepam + Lormetazepam

Fluoxetina + Risperidona + Lormetazepam

Se ensaya olanzapina y abilify: mala tolerancia física y mala eficacia clínica. Aparición de atracones con Olanzapina.

Tratamiento final efectivo:

Fluvoxamina 100 mg. 1-1-1

Anafranil 25 mg. 1- 0 – 2

Paliperidona 9 mg 1 – 0 – 0

Dormicum 7,5 mg 1 comp.si insomnio

### Tratamiento psicológico

Se indican pautas básicas de tratamiento a nivel conductual para asegurar la recuperación ponderal. La principal dificultad radicó en que la paciente estaba posicionada en una fase precontemplativa: no se plantea cambiar; tiene nula conciencia de padecer un trastorno de la alimentación; con su conducta de control de la ingesta lograba más aspectos gratificantes que aversivos y su presencia en el hospital para recibir tratamiento estaba condicionada por la presión familiar e indicación facultativa. Es decir, nos enfrentamos ante un rechazo del tratamiento y una negación del trastorno, manifestado por: irritabilidad, actitud negativista, falta colaboración en las entrevistas, respuestas evasivas, negación de alteraciones con la comida (evidentes), resistencia activa a cumplir pautas alimenticias y de reposo, focalización en síntomas somáticos (estreñimiento, dolor abdominal, demanda de pruebas físicas así como de laxantes).

Las intervenciones psicoterapéuticas solo permitían gestionar y manejar con la paciente, familia y personal auxiliar el cumplimiento del tratamiento nutricional, tarea complicada debido a las continuas transgresiones con la comida y resto de indicaciones y los problemas de interacción con el personal de enfermería derivados. De forma paralela y simultánea se interviene para fomentar la toma de conciencia de enfermedad y la motivación para el cambio. La evolución fue tórpida por el estancamiento en la fase precontemplativa y por la negación de la patología alimentaria. La recuperación ponderal y alivio del resto de sintomatología, permitió el alta



## TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

hospitalaria y la derivación a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia para continuar el tratamiento a nivel ambulatorio. A lo largo de dos años se suceden seis reingresos por empeoramiento clínico. Además de la disminución del peso, destacaron las rumiaciones continuas en relación con la comida, preocupaciones hipocondríacas, focalización del discurso en estos temas así como aparición de tocamientos genitales de carácter compulsivo, especialmente tras las comidas. La virulencia de la sintomatología de corte obsesivo-compulsiva sugirió un cambio de enfoque diagnóstico, enmarcando el trastorno alimentario en el contexto de un Trastorno del Espectro Obsesivo-Compulsivo lo que dio lugar al abordaje del mismo desde esta perspectiva diagnóstica. Se emplearon técnicas cognitivas dirigidas a trabajar la repercusión conductual y emocional que las valoraciones disfuncionales ejercían sobre las intrusiones respecto a la comida y contenidos hipocondríacos<sup>10</sup>. Desde esta perspectiva, la paciente se sintió más identificada y comprendida, lo que generó un cambio significativo de actitud, mejoría de la relación terapéutica, evolución hacia la fase de contemplación-acción y abordaje de aspectos individuales y familiares más complejos y nucleares.

Se realizó seguimiento durante cuatro años, con remisión total de la sintomatología alimentaria y obsesivo-compulsiva así como la recuperación progresiva de su proyecto vital.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009.
2. Eating disorders: recognition and treatment. National Institute for Care and Excellence. NICE guideline; 2017.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); núm. 274, de 15-11-2002. p. 40126-40132.
4. Selvini PM, Cirillo S, Sorrentino AM. Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar. 1ª ed. Barcelona: Editorial Paidós; 1999.
5. Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. London. Harvard University Press; 1978.
6. Prochaska J, DiClemente C. The transtheoretical approach. New York: Dow Jones; 1984.
7. Young J. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford. 74; 2003.
8. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association (APA); 2000.
9. CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Panamericana; 2000.
10. Belloch A, Cabedo E. TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo. Alianza Editorial; 2011.