



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Casanova Menal I, Macías Bedoya D, Cabañas Rojas V.

casanovair@gmail.com

Adolescentes, Tratamiento ambulatorio, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa

RESUMEN

La revisión bibliográfica que presentamos pretende recopilar información científica reciente en publicaciones que suponen la base de procedimientos, protocolos, programas y guías de práctica clínica aplicadas al tratamiento ambulatorio de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Enfocamos la búsqueda priorizando los trabajos que incluyeran evidencia en el ámbito disciplinar de la psicología clínica. El objetivo es mostrar la eficacia y efectividad de líneas de tratamiento actualizadas que puedan resultar útiles a la hora de implementar programas en centros de salud mental o centros ambulatorios.

Con este objetivo, hemos realizado búsquedas de diferentes publicaciones (revisiones, artículos y ensayos clínicos) en diferentes bases de datos (PubMed, Medline, Cochrane, etc.), seleccionando los que incluyesen evidencia científica sobre pautas de abordaje concretas acerca de descripción, factores de riesgo, identificación, evaluación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y niños, incluyendo técnicas concretas dentro de la psicoterapia individual, familiar y grupal. Además, hemos resumido e incorporado las conclusiones generales de las últimas publicaciones de guías de buenas prácticas.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

ABSTRACT

Bibliographic review: care, programs and guidelines for outpatient psychological intervention for eating disorders in the context of a community mental health unit for children and adolescents in Spain.

The bibliographic review we present aims to compile recent scientific information in publications that form the basis of procedures, protocols, programs and clinical practice guidelines applied to the outpatient treatment of eating disorders in adolescents. We focused the search prioritizing works that included evidence in the disciplinary field of clinical psychology. The aim is to show the efficacy and effectiveness of updated lines of treatment that may be useful when implementing programs in mental health centers or outpatient centers.

With this aim, we have searched for different publications (reviews, articles and clinical trials) in different databases (PubMed, Medline, Cochrane, etc.), selecting those that included scientific evidence on specific guidelines on description, risk factors, identification, assessment and treatment of eating disorders in adolescents and children, including specific techniques within individual, family and group psychotherapy. In addition, we have summarized and incorporated the general conclusions of the latest publications of best practice guidelines.

INTRODUCCIÓN

Ante el aumento de casos de trastornos de conducta alimentaria observados en equipos de salud mental comunitaria tras el inicio de la pandemia por COVID- 19, decidimos elaborar una revisión científica actualizada para establecer cuáles son los fundamentos de un programa protocolizado y eficaz a la hora de dar una atención monográfica a esta problemática en niños y jóvenes y aplicarla en un programa para CSM o Unidad de Salud Mental Comunitaria en España.

Consideramos niños la población entre 0 y 12 años y jóvenes aquellos que se hayan entre 13 y 17 años. A partir de los 18 años los consideramos adultos.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Para actualizar y hacer un compendio de las últimas publicaciones acerca de la temática indicada, realizamos una búsqueda en diferentes bases de datos que incluyesen trabajos publicados en los últimos 5 años (desde 2016) (PubMed, Medline, Cochrane, etc.)

Las palabras del Medical Subject Heading Index Medicus (MeSH) elegidas fueron las siguientes:

- Adolescent (OR) Young Adult (OR) children

AND

- Outpatient (OR) Ambulatory Care

AND

- Psychology, clinical. (OR) Cognitive Behavioral Therapy (OR) Psychotherapy, Group/methods

AND

- Anorexia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Binge
- Body Image

AND

Treatment Outcome

Tras la búsqueda, elegimos revisiones, artículos y ensayos clínicos, seleccionando los que incluyesen evidencia científica sobre pautas de abordaje concretas acerca de descripción, factores de riesgo, identificación, evaluación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y niños, incluyendo técnicas concretas dentro de la psicoterapia individual, familiar y grupal.

En Cochrane encontramos una revisión de 2019 (1), que buscaba evaluar los efectos del entorno de tratamiento (hospitalización, hospitalización parcial o ambulatorio) sobre la reducción de los síntomas y el aumento de las tasas de remisión en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

No hubo pruebas suficientes para concluir si algún entorno de tratamiento fue superior para tratar a las personas con anorexia nerviosa moderadamente grave (o menos), u otros trastornos alimentarios.

Además, encontramos dos ensayos: un ensayo controlado aleatorio de tres tratamientos psicológicos para la anorexia nerviosa (2) en adultos y otro sobre el uso de smartphones en el tratamiento de los TCA con adolescentes (3).

En PubMed encontramos un total de 20 trabajos, algunos versaban sobre tratamiento en adultos o eran específicos de pacientes hospitalizados.

Respecto a los que estaban directamente relacionados con la búsqueda encontramos artículos sobre los protocolos e itinerarios de cuidados (4), sobre la concordancia en la evaluación del tratamiento por parte de pacientes ambulatorios adolescentes con anorexia nerviosa (AN) y de sus familiares y terapeutas (5).

Un estudio de cohorte longitudinal (6) halla apoyo al tratamiento en Hospital de Día y encuentra efectos alentadores en los programas de tratamiento que combinan el tratamiento diurno y el tratamiento ambulatorio posterior para los trastornos alimentarios.

Otros de los ensayos clínicos con adolescentes focalizan la atención en componentes transdiagnóstico del trastorno, como por ejemplo el que (7) investiga el papel de la autoevaluación de la imagen corporal en la predicción de los resultados de la psicoterapia ambulatoria, la importancia de la pérdida de control al comer en las sobreingestas de los atracones (8), la eficacia de un grupo de tratamiento del perfeccionismo (9)

También avalando la eficacia de los tratamientos ambulatorios multimodales encontramos este estudio (10) que proporciona un apoyo preliminar a la eficacia de un programa multicomponente para el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Se introdujeron las palabras de búsqueda también en "Uptodate", encontrando 10 entradas, de las cuales 4 se ajustaban el criterio de búsqueda, aunque ninguna era específica de población adolescente. Usamos una guía de manejo y tratamiento general de este motor de búsqueda, incluyendo algunos aspectos respecto al tratamiento (11)

Tras filtrar la búsqueda de los trabajos recientes investigamos cuales eran las guías de práctica clínica más recientes en diversos países que pudieran orientarnos sobre los componentes, fases y buenas prácticas de un buen tratamiento ambulatorio.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

En varios países del mundo se han elaborado directrices basadas en la evidencia para orientar el tratamiento de diferentes trastornos alimentarios, como la AN. Estas directrices tienen los siguientes objetivos (12):

- Apoyar a todos los profesionales implicados en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos alimentarios, así como a las personas que los padecen y a sus familiares, a la hora de decidir las medidas adecuadas de atención (prevención, diagnóstico, terapia y cuidados posteriores);
- Mejorar los resultados de la atención sanitaria;
- Minimizar los riesgos;
- Aumentar la seguridad y la eficacia del tratamiento;
- Evitar métodos de diagnóstico y tratamiento no indicados.

Además, las directrices pueden revelar lagunas en el sistema sanitario e inspirar nuevas vías de investigación, sería interesante conocer qué componentes se pueden aplicar en nuestro sistema sanitario (13).

Las directrices de tratamiento ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia científica actual. En los casos en los que no se dispone de pruebas científicas, las recomendaciones suelen basarse en la opinión de los expertos, influida por años de experiencia clínica.

Encontramos entre las guías de práctica clínica más relevantes: la guía nice actualizada en 2019 (14), la guía de práctica clínica en TCA del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2009 (15), la tercera edición de la APA de tratamiento de pacientes con TCA (16), la guía específica para niños y adolescentes de Maudsley (17) y algunos protocolos y programas importantes.

Con ellas y las nuevas líneas de investigación y ensayos hemos sintetizado las siguientes directrices en relación con el tratamiento ambulatorio de los TCA en adolescentes y niños:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

LA IMPORTANCIA DE ABORDAR EL TRATAMIENTO DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Cualquier programa de atención al TCA deberá primar la posibilidad de trabajo en un equipo multidisciplinar y dar estructura de los servicios.

Como la terapia familiar o la terapia cognitivo-conductual, el tratamiento de los trastornos alimentarios suele requerir un enfoque más complejo que combina la experiencia en varias áreas diferentes y que se proporciona mejor por un equipo multidisciplinar formado por personal con habilidades y conocimientos clínicos comunes y superpuestos.

Estas habilidades incluyen el trabajo clínico con individuos, familias y grupos, la comprensión del desarrollo de necesidades individuales y familiares y del ciclo vital y también de las ideas y teorías conceptuales que sustentan los tratamientos psicológicos, como la terapia familiar sistémica, la terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios, la nutrición y los efectos de la inanición, y el conocimiento de los riesgos médicos asociados a los trastornos alimentarios y su gestión.

Un equipo multidisciplinar por tanto, estará formado por una serie de profesionales que puedan aportar esta diversidad de conocimientos y compromiso con el trabajo multidisciplinar.

Es importante que los administradores del equipo comprendan la importancia de la participación de los padres en el tratamiento. Los profesionales suelen ser las primeras personas con las que hablan los remitentes y las familias cuando se dirigen a un servicio para recibir tratamiento. También tienen que hacer juicios importantes sobre la necesidad de buscar orientación y apoyo de otros miembros del equipo, tanto para sí mismos como para los padres y remitentes. Esto requiere un buen nivel de comprensión de los riesgos y de los protocolos asociados para gestionar la seguridad de la atención al paciente.

El tamaño y la composición de los equipos varían mucho según el contexto específico del servicio de salud en el que se hayan creado, dependerá de los recursos locales disponibles, de las necesidades de la población local, de las directrices locales y del marco de cobertura de su comunidad autónoma.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

La familia se relaciona con el equipo de especialistas en su conjunto, con la participación de diferentes clínicos durante la evaluación y supervisión periódicas del equipo y esto contribuye a la sensación de una base terapéutica segura, que es esencial para el proceso y los resultados positivos del tratamiento. Esta sensación de esfuerzo de equipo compartido puede introducirse en la primera reunión con la familia cuando el clínico evaluador describe la composición del equipo.

Los equipos multidisciplinares varían en tamaño, composición y configuración del servicio. No obstante, siempre se debe tener en cuenta la gama de habilidades y conocimientos que se necesitarán para una práctica segura y experta con la aportación de una serie de profesionales especializados con un propósito y una comprensión compartidos de las necesidades de tratamiento de esta población.

La experiencia y las habilidades que requiere un equipo especializado en trastornos alimentarios deben incluir siempre conocimiento de los trastornos alimentarios y de una amplia gama de trastornos comórbidos comunes, como la ansiedad, el TOC, la depresión y las autolesiones; la comprensión del desarrollo físico y psicológico de los de los jóvenes y cómo se ven afectados por la desnutrición, un conocimiento de la nutrición y de los factores neurobiológicos que predisponen a los jóvenes con trastornos alimentarios.

Se debe conocer cómo gestionar los riesgos físicos y médicos asociados a la desnutrición, los riesgos de autolesión y la realimentación segura de un joven desnutrido, así como habilidades de tratamiento psicológico para trabajar con familias, individuos y grupos, incluidos los grupos multifamiliares.

Aunque el grado en que los miembros individuales del equipo tienen estos conocimientos y habilidades requeridos variará y traspasará las demarcaciones profesionales habituales, debe aspirarse a tener un alto nivel de estos conocimientos.

Al igual que las familias necesitan una base segura en el terapeuta, el equipo de clínicos también la necesitan. La intensidad de la relación terapéutica con este tipo de pacientes y sus familias exige un alto nivel de autorreflexión por parte del terapeuta. Esta intensidad también tiene la capacidad de convertirse en un obstáculo de progreso si no se proporciona un espacio para la reflexión y el apoyo tanto a través de la supervisión clínica individual como de la discusión de casos en equipo y la supervisión del equipo.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Dada la evidencia de la eficacia de la terapia familiar en el tratamiento de los trastornos alimentarios, los equipos especializados en trastornos alimentarios deberían incluir al menos un terapeuta familiar bien formado y con experiencia que pueda supervisar, además de atender a las familias. Todos los clínicos del equipo, independientemente de su formación clínica básica, por ejemplo, psicología clínica, enfermería o psiquiatría, deberán ser capaces de trabajar con las familias.

Los terapeutas tratantes también deben tener conocimientos y habilidades relacionados con el riesgo médico y psiquiátrico en el tratamiento de los trastornos alimentarios, en primer lugar para evaluar los niveles de riesgo y responder adecuadamente, y en segundo lugar, para saber cuándo está indicada la participación de un médico del equipo si el paciente ha perdido una cantidad excesiva de peso en un periodo de tiempo, o si los síntomas psiquiátricos son preocupantes, como las autolesiones o los síntomas depresivos

Los terapeutas deben tener acceso asesoramiento médico, nutricional y psiquiátrico y protocolos claros para gestionar los riesgos médicos y riesgos psiquiátricos

DIRECTRICES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES

Según la guía NICE, actualizada en diciembre de 2020, (14) un tratamiento psicológico para niños y adolescentes con TCA debe incluir terapia unifamiliar o una combinación de terapia unifamiliar y multifamiliar.

Además, debe dar a los niños y jóvenes la opción de tener algunas sesiones unifamiliares - por separado de sus familiares o cuidadores y - junto con sus familiares o cuidadores.

Esta terapia debería constar normalmente de 18 a 20 sesiones a lo largo de 1 año. También habría que revisar las necesidades de la persona a las 4 semanas de comenzar el tratamiento y luego cada 3 meses, para establecer la regularidad de las sesiones y la duración del tratamiento.

Es relevante, al comienzo del tratamiento:

- Enfatizar el papel de la familia en la ayuda a la recuperación de la persona
- No culpar a la persona ni a sus familiares o cuidadores, incluir psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la malnutrición.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

- Apoyar a los padres o cuidadores para que asuman un papel central en la ayuda a la persona para gestionar su alimentación.
- Hacer hincapié en que se trata de un papel temporal.
- Tratar de establecer una buena alianza terapéutica con la persona, sus padres o cuidadores y otros miembros de la familia

En una segunda fase:

Apoyar a la persona (con ayuda de sus padres o cuidadores) para que establezca un nivel de independencia adecuado a su nivel de desarrollo.

En la última fase

Centrarse en los planes para cuando termine el tratamiento (incluyendo cualquier preocupación que tengan la persona y su familia) y en la prevención de recaídas

Abordar cómo la persona puede obtener apoyo si se interrumpe el tratamiento.

Considerar el apoyo a los miembros de la familia que no participan en la terapia familiar, para ayudarles a afrontar la angustia causada por la enfermedad.

Considerar la posibilidad de dar a los niños y jóvenes con anorexia nerviosa citas adicionales separadas de sus familiares o cuidadores.

Evaluar si los miembros de la familia o los cuidadores (según el caso) necesitan apoyo si el niño o joven con anorexia nerviosa está recibiendo terapia por su cuenta.

SI LA TERAPIA FAMILIAR PARA LA ANOREXIA NERVIOSA ES INVIABLE, ESTÁ CONTRAINDICADA O ES INEFICAZ PARA LOS NIÑOS O JÓVENES CON ANOREXIA NERVIOSA, CONSIDERE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL INDIVIDUAL O LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL ADOLESCENTE PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

La TCC individual para niños y jóvenes con anorexia nerviosa debería constar normalmente de hasta 40 sesiones a lo largo de 40 semanas, con:

- sesiones dos veces por semana en las primeras 2 o 3 semanas
- 8 a 12 sesiones familiares breves adicionales con la persona y sus padres o cuidadores (según corresponda)

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

- en las sesiones familiares y en las individuales, incluir psicoeducación sobre la nutrición y los efectos de la malnutrición - en las sesiones familiares
- identificar cualquier aspecto de la vida familiar de la persona que pueda dificultar el cambio de su comportamiento, y encontrar formas de abordarlo - discutir los planes de alimentación - tratar de reducir el riesgo para la salud física y cualquier otro síntoma del trastorno alimentario
- fomentar el logro de un peso corporal saludable y una alimentación sana
- abarcar la nutrición, la prevención de recaídas, la reestructuración cognitiva, la regulación del estado de ánimo, las habilidades sociales, crear un plan de tratamiento personalizado basado en los procesos que parecen mantener el problema alimentario
- tener en cuenta las necesidades específicas de desarrollo de la persona
- explicar los riesgos de la malnutrición y el bajo peso
- mejorar la autoeficacia
- incluir el autocontrol de la ingesta alimentaria y los pensamientos y sentimientos asociados
- incluir tareas para ayudar a la persona a practicar lo que ha aprendido en su vida diaria
- abordar cómo la persona puede obtener apoyo si se interrumpe el tratamiento.

La psicoterapia basada en el adolescente debería:

- suele consistir en 32 a 40 sesiones individuales a lo largo de 12 a 18 meses, con:
- sesiones más regulares al principio, para ayudar a la persona a establecer una relación con el profesional y motivarla a cambiar su comportamiento
- de 8 a 12 sesiones familiares adicionales con la persona y sus padres o cuidadores (según proceda)
- revisión de las necesidades de la persona a las 4 semanas de comenzar el tratamiento y luego cada 3 meses, para establecer la regularidad de las sesiones y la duración del tratamiento
- en las sesiones familiares y en las individuales, incluir psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la malnutrición

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

- centrarse en la imagen de sí mismo de la persona, sus emociones y sus procesos interpersonales.
- Desarrollar una formulación de los problemas psicológicos de la persona y de cómo utiliza la conducta anoréxica como estrategia de afrontamiento.
- Abordar los temores sobre el aumento de peso y hacer hincapié en que el aumento de peso y la alimentación saludable son una parte fundamental de la terapia.
- Encontrar estrategias alternativas para que la persona pueda controlar el estrés.

En cualquier caso, el tratamiento estándar de la anorexia nerviosa incluye la psicoterapia. Aunque se han adaptado o desarrollado varias terapias para tratar el trastorno, no hay pruebas convincentes de que una terapia sea claramente superior a las demás. Por lo tanto, la elección se basa en la disponibilidad, la edad del paciente, la preferencia del paciente y el coste. Las opciones incluyen:

Psicoeducación en Anorexia Nerviosa: La psicoeducación no se limita a dar información, sino que también forma parte del proceso de compromiso con el tratamiento, ya que proporciona una sensación de seguridad y al describir los aspectos médicos de la enfermedad y los efectos fisiológicos de la inanición contribuye a separar la enfermedad de la persona del niño.

El clínico juzga el alcance de la psicoeducación que puede ofrecer en la evaluación. El nivel de información que se da a la familia puede depender de cuánto necesita la familia esta información para estar motivada a actuar de forma contundente para ayudar a su hijo a comer. Si el clínico percibe que los padres ya son conscientes de los peligros de no actuar y parecen dispuestos a afrontar el reto de volver a alimentar a su hijo en casa, puede que no sea necesario insistir en estos puntos.

Sin embargo, incluso cuando los padres están bien informados es importante devolverles el mensaje de que tienen razón al estar preocupados y que se les explique delante de su hijo.

La psicoeducación debe enfocarse a las siguientes áreas:

- Psicoeducación en relación con la urgencia de la realimentación.
- Psicoeducación sobre los efectos de la inanición en el funcionamiento físico y cognitivo

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

- Psicoeducación sobre los inconvenientes del ingreso hospitalario
- Psicoeducación sobre los rasgos de personalidad que predisponen al desarrollo de la anorexia nerviosa y comorbilidad

Terapia cognitivo-conductual (TCC): la TCC anima a los pacientes a cambiar las cogniciones disfuncionales (pensamientos y creencias sobre el peso y la forma del cuerpo) y las alteraciones conductuales (p. ej., restricción excesiva de alimentos) que perpetúan la anorexia nerviosa, y hace menos hincapié en los factores que causaron el trastorno. La eficacia y la administración de la TCC para la anorexia nerviosa se analizan por separado.

Psicoterapia psicodinámica: la psicoterapia psicodinámica de duración limitada aborda los significados conscientes e inconscientes de los síntomas del trastorno alimentario, los efectos de los síntomas en las relaciones actuales y la relación del paciente con el terapeuta, y no aconseja a los pacientes sobre las conductas alimentarias. La evidencia que respalda el uso de la psicoterapia psicodinámica incluye un ensayo aleatorizado de un año de duración en 40 pacientes que comparó la psicoterapia psicodinámica (sesiones semanales de 50 minutos, durante un año) con el tratamiento habitual que incluía psicoeducación, el fomento de la adopción de una dieta saludable por parte de los pacientes y el control del peso del paciente (sesiones mensuales de 30 minutos). La mejora (peso corporal >85 por ciento del esperado para la edad y la altura) produjo en más pacientes que recibieron tratamiento activo que tratamiento habitual (33 frente a 5 por ciento).

Manejo clínico de apoyo especializado - Esta terapia combina características del manejo clínico y de la psicoterapia de apoyo para abordar los síntomas centrales de la anorexia nerviosa (incluidos el bajo peso corporal, la alimentación restrictiva y las conductas compensatorias inapropiadas) proporcionando educación y asesoramiento sobre la enfermedad, la alimentación y el peso; facilitando la alimentación normal y el aumento de peso; elogiando el progreso del paciente; y explorando otros problemas de la vida identificados por los pacientes.

Entrevista motivacional: la entrevista motivacional se utiliza para motivar a los pacientes con anorexia nerviosa para que ganen peso, obteniendo tanto sus razones para hacerlo como su ambivalencia sobre el cambio.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

En las sesiones se explora cómo afecta la enfermedad a la vida del paciente, los pros y los contras del trastorno, el valor y el significado de la anorexia nerviosa en la vida del paciente, los objetivos del paciente y la discrepancia entre el estado de funcionamiento actual del paciente y el estado futuro deseado.

Terapia familiar: la terapia familiar puede beneficiar a los adolescentes con anorexia nerviosa. Un tipo de terapia familiar se denomina tratamiento basado en la familia (también llamado método Maudsley y que analizamos en profundidad más adelante), que se utiliza para adolescentes y se centra en el aumento de peso; el tratamiento inicialmente pone a los padres a cargo de la toma de decisiones sobre la alimentación adecuada y las conductas relacionadas, con el apoyo de un terapeuta familiar. A medida que los pacientes comienzan a mejorar, se les devuelve gradualmente el control sobre la alimentación y se abordan otras cuestiones relacionadas con el funcionamiento familiar.

Otro tipo de terapia familiar para adolescentes con anorexia nerviosa es el llamado tratamiento centrado en los padres, en el que un terapeuta se reúne sólo con los padres mientras que una enfermera se reúne con el paciente para supervisarlo. Los beneficios del tratamiento basado en la familia y del tratamiento centrado en los padres parecen ser comparables. Un ensayo aleatorio abierto (n = 107 pacientes y sus familias) comparó los dos tratamientos, cada uno de los cuales consistía en 18 sesiones administradas a lo largo de seis meses; aunque la remisión al final del tratamiento fue mayor con el tratamiento centrado en los padres que con el tratamiento basado en la familia (43 frente a 22 por ciento de los pacientes), las evaluaciones de seguimiento a los 6 y 12 meses después del tratamiento revelaron que la remisión era comparable.

Terapia de remediación cognitiva: la terapia de remediación cognitiva aborda los procesos cognitivos (estilos de pensamiento) en lugar del contenido del pensamiento y las características centrales del trastorno alimentario. Los procesos cognitivos específicos que se abordan incluyen la rigidez, que puede manifestarse con una atención estricta a los detalles, tendencias perfeccionistas y un pensamiento de todo o nada (blanco y negro). La terapia también se centra en las dificultades para cambiar de conjunto, es decir, la capacidad de ir y venir entre diferentes conceptos. Se emplean ejercicios cognitivos para mejorar la flexibilidad cognitiva y la capacidad de cambiar de concepto.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Farmacoterapia - La farmacoterapia no es un tratamiento inicial o primario para la anorexia nerviosa [1,25]. Sin embargo, la farmacoterapia adyuvante está indicada para los pacientes agudos que no ganan peso a pesar del tratamiento inicial con rehabilitación nutricional y psicoterapia.

DIRECTRICES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA BULIMIA EN ADOLESCENTES

Recomendaciones Guía NICE:

No ofrezca medicación como único tratamiento para la bulimia nerviosa.

Ofrezca Terapia Familiar centrada en la Bulimia Nerviosa a niños y jóvenes con bulimia nerviosa.

La Terapia Familiar para niños y jóvenes con bulimia nerviosa debería

- constar normalmente de 18 a 20 sesiones a lo largo de 6 meses
- establecer una buena relación terapéutica con la persona y sus familiares o cuidadores
- apoyar y animar a la familia para que ayude a la persona a recuperarse
- no culpar a la persona, sus familiares o cuidadores
- incluir información sobre: la regulación del peso corporal, las dietas, los efectos adversos de intentar controlar el peso con vómitos autoinducidos, laxantes u otras conductas compensatorias.
- Utilizar un enfoque de colaboración entre los padres y el joven para establecer patrones regulares de alimentación y minimizar las conductas compensatorias.
- Incluir reuniones periódicas individuales a lo largo del tratamiento
- Incluir el autocontrol de las conductas bulímicas y las conversaciones con los miembros de la familia o los cuidadores

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

En fases posteriores del tratamiento

- Apoyar a la persona y a sus familiares o cuidadores para que establezcan un nivel de independencia adecuado a su nivel de desarrollo

En la fase final del tratamiento, centrarse en los planes para cuando el tratamiento termine (incluyendo cualquier preocupación que tengan la persona y su familia) y en la prevención de recaídas.

- Considerar el apoyo a los miembros de la familia que no participan en la terapia familiar, para ayudarles a afrontar la angustia causada por la enfermedad.

Si la terapia familiar para bulimia nerviosa es inviable, está contraindicada o es ineficaz, considere la terapia cognitivo-conductual individual centrada en el trastorno alimentario para niños y jóvenes con bulimia nerviosa.

La terapia cognitivo conductual para trastornos de la alimentación individual para niños y jóvenes con bulimia nerviosa debería

- constar normalmente de 18 sesiones a lo largo de 6 meses, con sesiones más frecuentes al principio del tratamiento

- incluir hasta 4 sesiones adicionales con los padres o cuidadores

- centrarse inicialmente en el papel que la bulimia nerviosa desempeña en la vida de la persona y en el fomento de la motivación para el cambio

- proporcionar psicoeducación sobre los trastornos alimentarios y cómo se mantienen los síntomas, al tiempo que se anima a la persona a establecer gradualmente hábitos alimentarios regulares

- desarrollar una formulación del caso con la persona

- enseñar a la persona a controlar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos

- establecer objetivos y animar a la persona a abordar los pensamientos problemáticos

- Utilizar estrategias de prevención de recaídas para prepararse y mitigar posibles contratiempos en el futuro.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

- En las sesiones con los padres y cuidadores, educar sobre los trastornos alimentarios, identificar los factores familiares que impiden a la persona cambiar su comportamiento y discutir cómo la familia puede apoyar la recuperación de la persona.

El tratamiento estándar de la bulimia nerviosa incluye la rehabilitación nutricional, la psicoterapia y la farmacoterapia, así como el seguimiento de los pacientes para detectar complicaciones médicas. Los pacientes suelen ser tratados de forma ambulatoria o en programas de hospitalización parcial, pero puede ser necesaria la hospitalización en caso de ideación o comportamiento suicida, o de purgas incontroladas. Las complicaciones médicas se tratan por separado.

Rehabilitación nutricional - Para los pacientes adultos con bulimia nerviosa, el asesoramiento nutricional se utiliza con otras modalidades de tratamiento para controlar los atracones, así como las conductas compensatorias inapropiadas, como las purgas.

Psicoterapia en Bulimia

- Para los pacientes con bulimia nerviosa, la TCC es superior a otras psicoterapias. Las indicaciones, las pruebas de eficacia y la administración de la TCC para la bulimia nerviosa se analizan por separado.

En el caso de los pacientes con bulimia nerviosa que prefieren el tratamiento inicial con TCC solamente, existen pruebas de que una disminución de los atracones y las purgas de al menos el 70% para la sexta visita de tratamiento predice la abstinencia. Sin embargo, una respuesta menos sólida sugiere que se debe considerar la necesidad de una farmacoterapia complementaria.

Farmacoterapia - La farmacoterapia combinada con la rehabilitación nutricional y la psicoterapia está indicada para el tratamiento de la bulimia nerviosa, así como de los trastornos de ansiedad y depresión comórbidos. Sin embargo, si la rehabilitación nutricional y la psicoterapia no están disponibles, la farmacoterapia sola es razonable, junto con cuadernos de autoayuda y material educativo para que lean los pacientes y los familiares. El uso de medicamentos para tratar la bulimia nerviosa se discute por separado.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

DIRECTRICES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN ADOLESCENTES

El tratamiento del trastorno por atracón generalmente implica la psicoterapia; sin embargo, la farmacoterapia es una alternativa razonable. En el caso de los pacientes con sobrepeso u obesidad con trastorno por atracón, la terapia conductual para perder peso puede ser beneficiosa. Además, los pacientes deben ser controlados para detectar complicaciones médicas. La psicoterapia, la farmacoterapia, la terapia conductual para la pérdida de peso y las complicaciones médicas del trastorno por atracón se analizan por separado.

MODELOS DE TERAPIA E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Al ser la guía para adolescentes más completa, disponible y documentada centramos la descripción de las intervenciones en el Modelo de Maudsley.

Maudsley publicó el manual para el tratamiento de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, revisado en 2016. Esta guía ha sido desarrollada a lo largo de muchos años a partir de una serie de estudios de evaluación del tratamiento y su aplicación en la práctica clínica en un equipo multidisciplinar.

Reúne todos los elementos de tratamiento que han sido desarrollados por el equipo de Maudsley y que han utilizado en la práctica clínica el Servicio de Trastornos Alimentarios (CAEDS).

Conceptualmente, este modelo se basa en gran medida en la teoría de los sistemas familiares, pero pretende la integración de diferentes enfoques sistémicos y también permanece abierto a otros modelos de psicoterapia que van desde la terapia sistémica para la anorexia nerviosa, pasando por terapia multifamiliar para la anorexia y la bulimia nerviosa, y modelos individuales y de grupo sistémicos, cognitivo-conductuales, dialécticos-conductuales y neuropsicológicos.

Mientras los tratamientos de pacientes ingresados y de hospitales diurnos son generalmente efectivos para la restauración del peso, perjudican por otro lado la vida familiar, social, y académica del adolescente, y las recaídas abundan. No basta la restauración del peso en sí para recuperarse.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

El tratamiento Maudsley de la anorexia con base en la familia es un modelo prometedor para los pacientes ambulatorios; una alternativa a aquellos programas costosos que involucran pacientes ingresados u hospitales diurnos.

La investigación acerca del tratamiento de la anorexia entre adolescentes Se han llevado a cabo unas cuantas pruebas clínicas controladas entre los adolescentes con anorexia, las cuales exploraron ciertos tratamientos eficaces para los pacientes ambulatorios. Aunque no se ha llevado a cabo una investigación demasiado amplia, los informes que se han publicado hasta el momento sobre este tratamiento de la AN adolescente han sido bastante alentadores. Estos pocos ensayos clínicos investigaron un tipo especial de tratamiento, basado en la familia, que fue diseñado para: a) impedir la hospitalización de los adolescentes, ayudando a los padres en sus esfuerzos para apoyarlos en su recuperación de la AN; y b) devolverles su desarrollo adolescente normal, libre de las cadenas de aquel trastorno alimenticio.

Este tratamiento fue concebido por un equipo de psiquiatras y psicólogos infantiles y adolescentes del Hospital Maudsley de Londres, y ha llegado a conocerse como la Aproximación Maudsley. Todos los estudios han demostrado la eficacia de este tratamiento: aproximadamente dos tercios de los pacientes adolescentes de AN se recuperan al final de este tratamiento con base en la familia, mientras que entre un 75 y 90 por ciento han recuperado su peso completo para la cita de seguimiento cinco años después.

Estos investigadores han mostrado que la mayoría de las pacientes jóvenes con AN requieren en promedio no más de 20 sesiones de tratamiento a lo largo de un periodo de entre 6 y 12 meses, y que alrededor del 80 por ciento de estas pacientes recuperan su peso, registrando el comienzo o la continuación del flujo menstrual al término del tratamiento. La aproximación Maudsley La aproximación Maudsley se puede interpretar a grosso modo como un tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, en el cual los padres de familia sostienen un papel activo y positivo con el fin de: ayudar a reponer el peso de su hija al nivel normal que se espera, tomando en cuenta la edad y altura del adolescente; devolver al adolescente el control sobre lo que come; y respaldar el desarrollo adolescente normal a través de sesiones detalladas sobre esas cuestiones vitales del desarrollo, en la medida en que correspondan a su hija.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Un tratamiento más ‘tradicional’ de la AN sugiere que los esfuerzos clínicos deben basarse en el individuo. Aquellos que se adhieren estrictamente a una aproximación únicamente de tratamiento individual insistirán en que la participación de los padres de familia, sea cual sea el formato, es en el mejor de los casos, innecesario y en el peor, perjudicará el proceso de recuperación. De hecho, muchos de los proponentes de aquella aproximación considerarían que los ‘problemas familiares’ forman parte de la etiología de la AN. Sin duda, este punto de vista puede contribuir al sentimiento de culpa que prevalece entre los padres con respecto a la enfermedad de sus hijos. La Aproximación Maudsley se opone a la idea de que las familias sean patológicas, o que deban de ser culpadas por el desarrollo de la AN. Al contrario, la Aproximación Maudsley considera que los padres constituyen un recurso esencial para el tratamiento exitoso de la AN.

La Aproximación Maudsley procede a lo largo de tres fases claramente definidas, llevándose a cabo generalmente entre 15 o 20 sesiones de tratamiento, a lo largo de un periodo de aproximadamente 12 meses.

Primera fase: Recuperación del peso

Durante la primera fase, también conocida como la fase para la recuperación del peso, el terapeuta se enfocará en: los peligros de una malnutrición severa asociados con la AN, tales como la hipotermia, los cambios en las hormonas de crecimiento, la disfunción cardíaca, y los cambios cognitivos y emocionales, sólo para nombrar algunos; además de la evaluación del patrón típico de interacción de la familia y sus hábitos alimenticios, apoyando a la vez a la familia para que logre realimentar a su hija. El terapeuta dedicará toda su energía a apoyar a los padres en su esfuerzo conjunto para recuperar el peso de su adolescente. A la vez, el terapeuta intentará alinear al paciente con sus hermanos. Generalmente, se lleva a cabo una comida familiar durante esta fase, que cumple con cuando menos dos funciones: Le permite al terapeuta observar los patrones típicos de interacción entre los miembros la familia con respecto a la alimentación, y le da al terapeuta una oportunidad de apoyar a los padres en sus esfuerzos para animar a su adolescente, logrando así que coma un poco más de lo que planeaba. La manera en que los padres proceden en esta tarea delicada y difícil no difiere mucho en términos de los principios y pasos clave que seguiría un equipo competente de enfermeros acostumbrados a tratar con pacientes ingresados.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Es decir, los padres expresarán su simpatía y comprensión en cuanto al predicamento del adolescente - el de encontrarse ambivalente con respecto a este trastorno alimenticio debilitante-, mientras que, a la vez, mantendrán una persistencia verbal en su expectativa de que la inanición no es una opción. Gran parte de esta primera fase de tratamiento se ocupará en entrenar a los padres, para que tengan éxito en la recuperación de peso de su hija, expresando su apoyo y empatía hacia el adolescente dado su predicamento grave -- el haberse enredado con esta enfermedad--, y alineándola de nuevo con sus hermanos y pares. Esta alineación con los hermanos o pares significa ayudar al para que forme relaciones más fuertes y más adecuadas para su edad, en lugar de 'dejarse llevar' por la relación con sus padres. Durante todo este proceso, el papel del terapeuta consistirá en modelar ante los padres una postura no crítica hacia el adolescente - la Aproximación Maudsley se adhiere al principio de que el adolescente no debe ser culpada por los comportamientos desafiantes de su trastorno alimenticio, sino que más bien, que esos síntomas se encuentran mayoritariamente fuera de su control (se exterioriza la enfermedad.) En ningún momento debe interpretarse esta fase del tratamiento como una 'luz verde' para que los padres critiquen a su hija. Al contrario, el terapeuta trabajará muy duro para confrontar cualquier hostilidad o crítica paterna hacia el adolescente.

Segunda fase: devolverle al adolescente el control sobre lo que come.

La aceptación del paciente de las exigencias paternas se manifiesta a través de aumentar su consumo de alimentos, subir de peso de manera constante, y cambiar el estado anímico de la familia (p.e., el alivio que se sentirá al haberse apoderado del trastorno alimenticio); todo esto señala el comienzo de la segunda fase del tratamiento. Esta fase del tratamiento se enfocará en animar a los padres para que ayuden a su hija a tener más control sobre lo que come nuevamente. El terapeuta aconsejará a los padres, para que acepten que la tarea más importante aquí consiste en devolverle la salud física a su hija, y que eso ocurrirá de un modo que tendrá que ver ahora más que nada con la edad de la hija y su estilo de crianza. Aunque los síntomas siguen siendo centrales en las sesiones entre el terapeuta y la familia, se alentará el aumento de peso con un mínimo de tensiones. Además, todas las demás cuestiones generales en cuanto a la relación familiar, o cualquier dificultad con respecto a las preocupaciones diarias del adolescente o de los padres que la familia ha tenido que postergar, pueden ahora sacarse a la luz para su revisión.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Esto, sin embargo, tendrá lugar únicamente en relación al efecto que estas cuestiones hayan tenido sobre los padres en la realización de su tarea de asegurar un aumento de peso constante. Por ejemplo: a lo mejor la paciente quiere salir con sus amigos para cenar y ver una película. Aun si los padres siguen con la duda de si su hija comerá totalmente por su propia voluntad, pueden exigir que cene con sus padres, para luego acompañar a sus amigos al cine.

Tercera fase: establecer una identidad adolescente saludable

Se inicia la tercera fase en cuanto el adolescente sea capaz de mantener un peso por encima del 95 por ciento de su peso ideal por su propia cuenta, y cuando se haya superado la restricción. El enfoque sobre el tratamiento comienza a trasladarse al impacto que ha tenido AN sobre la capacidad del individuo de establecer una identidad adolescente saludable. Esto involucra una revisión de las cuestiones centrales de la adolescencia, e incluye apoyar una autonomía personal cada vez mayor, el desarrollo de fronteras adecuadas entre padres e hijos, tanto como la necesidad de que los padres reorganicen su vida de pareja, después de que sus hijos salgan de la casa en un futuro dado.

TERAPIA FAMILIAR

Históricamente, los diferentes modelos de terapia familiar tendían a poner énfasis en un área particular de cambio que guiaba el enfoque de las intervenciones, por ejemplo:

- La atención de la Terapia Familiar Estructural en la organización familiar, los límites y las necesidades del ciclo vital (Minuchin etc.).
- La noción de circularidad de la Terapia Sistémica de Milán.
- La importancia de la diferencia y el patrón, la retroalimentación y los patrones de interacción.
- Los objetivos de las Terapias Estratégicas de bloquear los patrones fijos que han surgido de los intentos fallidos de solución (Haley etc.)
- El énfasis de los terapeutas narrativos en la construcción social de la "identidad saturada de problemas y el desarrollo de resultados únicos y las alternativas ausentes pero implícitas (White etc.)

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

- La TCC hace hincapié en la importancia de la reestructuración cognitiva, abordando las creencias y el pensamiento problemático, así como el papel del cambio de comportamiento para provocar cambios en los pensamientos, las emociones y los sentimientos (Beck etc.)
- Un enfoque integrador requiere que los terapeutas sigan reflexionando sobre todos estos aspectos al mismo tiempo y sean conscientes de la interacción entre ellos.

Fases de la terapia familiar

El tratamiento se describe en cuatro fases, pero hay que reconocer que estas fases no son periodos de tiempo discretos y se utilizan más como una forma de enfatizar el enfoque principal del trabajo en las diferentes etapas del tratamiento.

Fase 1: Compromiso y desarrollo de la alianza terapéutica.

Fase 2: Ayudar a las familias a gestionar el trastorno alimentario.

Fase 3: Exploración de cuestiones de desarrollo individual y familiar.

Fase 4: Finalización del tratamiento, discusión de los planes futuros y el alta

Quién debe ser incluido en el tratamiento

En las primeras fases del tratamiento de la anorexia el trabajo individual con el paciente rara vez se aconseja en el caso de los pacientes gravemente enfermos. Sin embargo, otras partes de la familia pueden requerir atención individual. A veces, los padres necesitan apoyo y consideración individual por separado si hay preocupaciones particulares que afectan a su capacidad para hacer frente o responder adecuadamente a las necesidades de tratamiento de su hijo.

La consideración de los sistemas inmediatos y más amplios requerirá una exploración temprana en la evaluación y en sesiones iniciales, centrándose en las conexiones y los contextos importantes que pueden afectar o apoyar el proceso de recuperación.

Existen conexiones que pueden ser muy importantes en el proceso de recuperación, los abuelos, las tías, los hermanos mayores, los cuidadores de niños, las niñeras, el personal de la escuela y los líderes religiosos pueden tener un papel diferente en el proceso de recuperación y pueden necesitar ser incluidos en el proceso de tratamiento en una u otra medida.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Dependiendo del papel que desempeñen en la vida del niño. Los miembros de la familia ampliada pueden participar en el cuidado del niño y tendrán que saber cómo apoyar el tratamiento.

Algunas familias son capaces de transmitir lo que han aprendido a estos familiares, mientras que otras prefieren traer a estos otros miembros de la familia a las sesiones.

Las decisiones y conversaciones sobre las necesidades de los hermanos son extremadamente importantes. La participación de los hermanos debe ser negociada y su edad y madurez

Cualquier decisión sobre a quién más puede recurrir la familia para que les apoye en el proceso de tratamiento debe hacerse en colaboración, pero a menudo los padres pueden necesitar algún estímulo para romper el silencio que puede haber rodeado su lucha contra la enfermedad y que les ha llevado a aislarse de las personas que pueden estar dispuestas a ayudarles.

REORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA EN TORNO A LA ENFERMEDAD

Las primeras conceptualizaciones de la terapia familiar suponían que los "trastornos" individuales podían entenderse como una expresión de una disfunción familiar subyacente y, por tanto, las intervenciones se dirigían a corregir dichas interacciones familiares disfuncionales

La anorexia nerviosa, por ejemplo, se entendida como parte de un patrón transaccional "familiar psicossomático" (Minuchin) que interactuaba con una vulnerabilidad específica en el niño y le otorgaba un papel específico en gestionar los patrones intergeneracionales de conflicto que dan lugar a los síntomas del trastorno alimentario.

La falta de evidencia empírica clara de una etiología familiar de los trastornos alimentarios junto con un cambio general en el campo de la terapia familiar que se aleja de la noción de tratar la disfunción familiar llevaron a aproximaciones diferentes al papel de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria

Como clínicos podemos observar interacciones inusuales o extrañas en las familias, pero a menudo son fácilmente comprensibles cuando se ven en el contexto del impacto de la enfermedad en la familia.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Steinglass (1998) (18) describió con cierto detalle el proceso de dicha reorganización familiar como una creciente alteración de las rutinas familiares y de los mecanismos de regulación de la familia, en los que la toma de decisiones cotidiana se vuelve más difícil, hasta el punto de que el problema se convierte en el principio organizador central de la vida familiar.

Las respuestas familiares variarán en función de la naturaleza de la enfermedad, el tipo de organización familiar, estilo de interacción y de la etapa del ciclo vital en la que se encuentren cuando se produzca la enfermedad.

Formas en que las familias se reorganizan en torno a la Anorexia Nerviosa: (Eisler, 2005)(19)

- El papel central de la enfermedad en la vida familiar

Los altos niveles de preocupación por los pensamientos sobre la comida y el peso en el joven es paralelo a la forma en que las cuestiones en torno a la comida y la alimentación ocupan el centro del escenario en la familia. Gran parte de la interacción entre los miembros de la familia se centra en la comida y el peso, hasta que todas las relaciones de la familia parecen estar definidas por ellos. Al igual que la joven puede juzgar su autoestima en función de si es capaz de resistirse a comer, los sentimientos y emociones de las relaciones interpersonales y emociones en la familia se ven moderadas por los comportamientos relacionados con la comida y el peso.

- Inflexibilidad en los patrones de la vida diaria

Cuando se les pide que describan lo que han intentado hacer para ayudar a su hija, las familias suelen describir que han intentado una serie de enfoques diferentes, pero la experiencia creciente de que sus esfuerzos son ineficaces da lugar a un repertorio cada vez más reducido de comportamientos. Sus patrones de interacción pueden volverse cada vez más predecibles y los roles que cada persona asume, y los roles que adopta son más fijos. Para el clínico, las pautas limitadas de interacción pueden parecer rígidas pero esto puede reflejar simplemente el estrechamiento de las rutinas familiares en respuesta a la enfermedad.

- La acentuación de patrones de funcionamiento

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

La polarización de los aspectos del funcionamiento familiar anteriores a la enfermedad se acentúan y se perciben como parte del problema. Las diferencias preexistentes en la cercanía y distancia de las relaciones pueden acentuarse. Probablemente sea este proceso el que sobre todo observamos y es una manifestación de la disfunción familiar y no la adaptación de la familia a la enfermedad.

- Disminución de la capacidad de satisfacer las necesidades del ciclo vital de la familia

A medida que la enfermedad se va apoderando de la vida familiar, los cambios esperados en el desarrollo de la familia, como el avance hacia una mayor autonomía de su adolescente y el paso gradual a una relación más adulta parece imposible y la familia puede sentir que está retrocediendo a una etapa anterior del ciclo vital familiar.

- Satisfacer las diversas necesidades de los distintos miembros de la familia:

Del paciente, los hermanos, los padres o la familia en su conjunto. Se vuelve cada vez más difícil coordinar los diferentes desarrollos y suele ir acompañado de fuertes sentimientos de culpa por parte de los padres (Perkins et al., 2004). Paradójicamente, los propios afectados pueden sentirse mal por la atención extra que reciben, sintiéndose culpables por la carga adicional que imponen a la familia y, al mismo tiempo, a menudo experimentan la atención extra como algo intrusivo más que como algo que les preocupa.

- La pérdida del sentido de la acción (impotencia)

Cuando se conoce a una familia que busca ayuda para su hijo, a menudo el aspecto más llamativo es su sensación de impotencia y desesperación.

Mientras que ganar la batalla contra el hambre puede dar al joven una breve sensación de dominio y control, las batallas en torno a los alimentos a la hora de comer tienen el efecto contrario, independientemente del éxito que pueda tener en resistirse a las exhortaciones de sus padres a comer.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Un aspecto importante de la teoría de la terapia familiar es la noción del ciclo de vida familiar (Carter & McGoldrick, 2001) (20), que proporciona una lente de desarrollo para entender la forma en que la familia como sistema evoluciona con el tiempo. Las familias tienen que proporcionar estabilidad y previsibilidad, pero también tienen que adaptarse a las nuevas circunstancias y a las demandas de desarrollo de cada miembro de la familia.

Por ejemplo, la necesidad de dependencia y apego del niño requieren un grado de estabilidad y constancia en la familia, pero a medida que el niño crece, la familia debe encontrar formas de satisfacer sus necesidades de independencia y separación. A medida que la familia evoluciona a través de las etapas predecibles del ciclo de vida familiar, debe ser capaz de adaptarse y cambiar su estilo habitual de funcionamiento.

Las formas específicas en que las familias responden a estas demandas estarán determinadas por las expectativas que los padres traen de su propia familia de origen, por sus creencias sociales y culturales, pero también por las predisposiciones temperamentales y de personalidad que cada miembro de la familia aporta a la mezcla familiar.

Investigaciones recientes sobre las predisposiciones neurobiológicas hacia el desarrollo de la anorexia nerviosa ha destacado el papel de los factores temperamentales como la mayor predisposición a la ansiedad, la baja tolerancia a la incertidumbre, la insensibilidad a la recompensa y la inflexibilidad y rigidez cognitiva.

La comprensión de cómo estos factores interactúan con el sistema familiar, son moldeados por él y lo conforman, es una parte importante de la evolución actual de la conceptualización de la terapia familiar en la anorexia nerviosa.

Las etapas esperadas del ciclo de vida familiar pueden complicarse por acontecimientos inesperados no normativos, como la enfermedad, la muerte, la separación de la familia o la migración, y el estrés combinado puede contribuir al desarrollo de problemas.

La forma en que la familia responde a un problema emergente puede ser un factor crucial a la hora de determinar el grado de vulnerabilidad individual a dichas presiones.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Cuando un trastorno alimentario comienza a surgir en un miembro de la familia, la respuesta de la familia estará determinada tanto por su propia forma de manejar las transiciones del ciclo de vida familiar como por las demandas generales del desarrollo particular de la familia y las exigencias generales de la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

Así, aunque en general cuanto más joven sea el niño, más fácil será que los padres acepten tener un fuerte papel parental en la gestión de la alimentación de sus hijos, la forma en que la familia gestione esto también estará determinada por la naturaleza específica de las relaciones y los vínculos familiares.

Cuando las relaciones preexistentes se caracterizan por inseguridad u hostilidad, los intentos de los padres por ayudar al niño a comer pueden ser percibidos como una intromisión y un control, en lugar de una ayuda, y esto, a su vez, puede provocar una respuesta crítica por parte de los padres.

En estas situaciones, el terapeuta debe adoptar una postura más lenta y cautelosa para evitar alienar al joven y evitar que se refuercen los sentimientos de culpabilidad en la familia.

CIRCULARIDAD, PATRONES DE INTERACCIÓN Y LAS NARRATIVAS Y EL SIGNIFICADO QUE SE LES ATRIBUYE

La teoría de los sistemas familiares constituye el marco conceptual clave para trabajar con las familias. Aunque ha evolucionado considerablemente a lo largo de los años, muchos de los conceptos originales siguen siendo fundamentales.

Al reunirse con las familias en terapia, es crucial que el terapeuta reconozca y trabaje abiertamente con la naturaleza subjetiva y única de las perspectivas individuales, el lenguaje específico utilizado para describirlas y la variabilidad de percepciones entre los miembros de la familia. Si no exploramos estas perspectivas únicas, podemos malinterpretar o perder oportunidades vitales para desarrollar nuevos significados y entendimientos mutuos.

Un ejemplo, es el uso de conversaciones externalizadoras para separar la enfermedad de la persona.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

A menudo es una intervención poderosa, pero no puede aplicarse uniformemente a todas las familias sin explorar su propia comprensión. A algunos jóvenes no les gusta la idea de que la anorexia está separada de ellos, pero pueden aceptarla si el terapeuta les pide que usen sus propias palabras en el grado en el que sienten que pueden controlar las cogniciones de los comportamientos impulsados por la enfermedad.

Los patrones de comportamiento se desarrollan dentro de los sistemas sociales y suelen ser repetitivos y circulares

Algunos de los patrones que se desarrollan pueden estar relacionados con las dificultades, ya que refuerzan las conductas o creencias problemáticas, mientras que otros pueden tener un papel útil.

Los patrones de interacción que se desarrollan en (todas) las familias y los significados que se les atribuyen pueden ser experimentados de forma diferente por cada miembro de la familia, aunque a menudo hay una narrativa que domina los relatos de lo que ocurre y que da forma a las percepciones de uno mismo y de los demás.

Acceder a los significados alternativos y reforzar los relatos más útiles y positivos puede ser un mecanismo clave de cambio cuando se trabaja con las familias. Así, por ejemplo, describiremos que los padres ayuden a la joven a cambiar su comportamiento alimentario más que "asumir el control de la alimentación" a "cuidar de un niño enfermo". Este cambio tiene que producirse tanto para los padres, que tienen que verse a sí mismos como padres cuidadores, como para la joven, que tiene que sentirse cuidada para poder aceptar la ayuda de sus padres.

Es importante que los terapeutas mantengan una postura abierta y flexible y no saquen demasiado pronto conclusiones sobre el significado de sus observaciones. Una posición de curiosidad inquisitiva anima al terapeuta y al equipo a mantener una postura no culpabilizadora y flexible.

El proceso de cualquier terapia sistémica debe permitir a los miembros de la familia considerar sus creencias familiares e individuales compartidas desde perspectivas nuevas y/o diferentes. Sin embargo, dentro del tratamiento de los trastornos alimentarios, estas exploraciones deberán ser consideradas y acompañadas en función de los riesgos y de la fase del tratamiento.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Al principio, cuando se hace hincapié en reducir el riesgo médico y ayudar a la familia a iniciar cambios en las conductas alimentarias del joven, la exploración de temas más amplios es en favor de la necesidad de que los padres ayuden a su hijo a comer.

Si el terapeuta transmite la sensación de tener tiempo para reflexionar sobre las creencias sin transmitir también la importancia de la necesidad de actuar con urgencia, existe el peligro de que una reflexión excesiva provoque la evitación de las primeras tareas, con los consiguientes riesgos para el paciente y la recuperación. Cuando los riesgos físicos se han reducido, el espacio para la reflexión se abre.

Durante el tratamiento con cualquier familia no se deben hacer suposiciones sobre las diferencias únicas en cuanto a creencias y comportamientos. La exploración colaborativa de estas áreas debe identificar los puntos fuertes dentro de estas diferencias y oportunidades para encontrar entendimientos compartidos y soluciones flexibles. Del mismo modo, las creencias familiares e individuales de la familia y del individuo sobre el desarrollo, la independencia y las libertades de los adolescentes.

Sin embargo, a medida que el tratamiento avanza hacia el alta, el papel central del trastorno alimentario disminuirá y la atención se centrará en otros aspectos de la vida de la familia y del individuo. En estas últimas etapas, el enfoque terapéutico puede ayudar a explorar las nuevas creencias, identidades, relaciones y comportamientos.

EL PROCESO DE CAMBIO TERAPÉUTICO

El enfoque de tratamiento aquí descrito refleja las posiciones actuales en el campo de la terapia familiar, donde se hace menos hincapié en el modelo terapéutico específico o en las teorías de cambio específicas y más en la integración de una serie de conceptualizaciones tanto del campo de la terapia familiar como de otros enfoques terapéuticos.

El supuesto principal es que hay tres elementos interconectados que contribuyen al cambio:

- (a) Cambios en las percepciones, sentimientos y comportamientos individuales de cualquier miembro del sistema significativo.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

(b) Cambios en las relaciones significativas reflejados en los cambios de (a) y moldeados por ellos.

(c) Cambios en los significados compartidos que se reflejan en los cambios de (a) y (b) y que son moldeados por éstos.

Los tres elementos deben ser tenidos en cuenta por el terapeuta, incluso cuando se centre en uno de los elementos como foco de atención en la terapia. Aunque los terapeutas se verán influidos por sus propias experiencias y preferencias teóricas, tendrán que reflexionar sobre cómo se relacionan con los conceptos explicados en el manual e integrarlos de manera que se adapten a la familia y al contexto. Es esencial que, aunque los terapeutas comprendan bien el proceso de cambio terapéutico descrito, no deben perder de vista el hecho de que el aumento de peso temprano es el motor más importante de las mejoras cognitivas y la recuperación física.

Por lo tanto, en las primeras etapas del tratamiento de la anorexia se hace especial hincapié en el cambio de comportamiento, de acuerdo con los resultados empíricos de que un cambio positivo temprano en el comportamiento que conduzca, por ejemplo, a un aumento de peso temprano, tiene más probabilidades de producir un resultado positivo del tratamiento (Le Grange, et al 2014)(21). Sin embargo, es importante que el terapeuta tenga en cuenta las nociones más amplias de cambio descritas.

MARCO DEL PROBLEMA Y DESARROLLO DE UNA FORMULACIÓN SISTÉMICA

La preocupación por la alimentación y el peso será el problema identificado que lleva a las familias a la terapia y el enfoque terapéutico, al menos inicialmente, es probable que se mantenga principalmente en esa cuestión. Un contexto importante para pensar en el proceso de cambio, sin embargo, será la ampliación del enfoque a otras áreas que se considera que contribuyen o perpetúan el trastorno alimentario o que son importantes para la familia. Los relatos de la familia sobre el papel que desempeña el trastorno alimentario en la vida del individuo y de la familia variarán, al igual que sus opiniones.

La explicación de la familia sobre el papel que desempeña el trastorno alimentario en la vida de la persona y de la familia varía, al igual que su comprensión de los orígenes.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Las familias pueden explicar el trastorno alimentario como el resultado de cualquier número de áreas posibles: características individuales, eventos catastróficos, influencias negativas de otros o fallos de los padres.

A medida que el terapeuta escucha explicaciones de la familia y observa sus interacciones, ambos comienzan a situar la experiencia en un nuevo marco, desarrollando una formulación acordada que ofrece la posibilidad de cambio. Cada uno de los miembros de la familia acudirá a la terapia con diferentes creencias sobre la posibilidad de cambio y/o diferentes niveles de voluntad para reconocer la posibilidad de cambio. El terapeuta debe tener esto en cuenta, sobre todo en las primeras fases del tratamiento, cuando una formulación inicial puede reconocer la sensación de escepticismo, la desesperanza o las expresiones manifiestas por parte de la persona joven de falta de deseo de cambiar. El reconocimiento de la presencia de estos factores no debe significar que el terapeuta adopte una postura neutral ante la cuestión del cambio, sino una aceptación de que puede llevar tiempo antes de que el cambio parezca posible (véase también la sección sobre el trabajo con el tiempo). En el proceso de desarrollo de la formulación, el terapeuta intentará introducir una perspectiva sistémica sobre la enfermedad (descrita en la sección sobre formulación), enmarcando (o reencuadrando) las explicaciones ofrecidas de forma no culpabilizadora y poniendo énfasis en la motivación positiva para ayudar, en los puntos fuertes.

El terapeuta no puede reflexionar continuamente sobre esta relación y sobre el proceso de la terapia. La supervisión continua y las discusiones del caso en equipo son cruciales para asegurar la gestión adecuada de este aspecto del tratamiento.

Marco de mantenimiento

La noción de mantenimiento no hace ninguna suposición sobre el origen de las dificultades, sino que postula que las familias se organizan en torno a los problemas de una manera que puede contribuir a su mantenimiento, ya sea reforzando directamente los problemas o perturbando los procesos de adaptación o de cambio.

Al trabajar con familias, un componente importante de la actividad de cualquier terapeuta será observar cómo interactúan los miembros de la familia, las conexiones entre los individuos y explorar la forma en que las dificultades que trae la familia aparecen conectadas con el sistema familiar.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

En un contexto clínico, hay que destacar tres puntos importantes.

En primer lugar, los patrones de interacción observados que parecen haber adquirido una función de mantenimiento no deben confundirse con los relatos causales o etiológicos.

En segundo lugar, debemos tener claro qué entendemos por patrones. Tradicionalmente, la descripción de las pautas se ha centrado en los comportamientos (quién hace qué, cómo responden los demás, etc.). Pero los patrones de comportamiento observados no pueden entenderse sin explorar también los significados que las personas les atribuyen y el contexto en el que se han desarrollado.

En tercer lugar, como clínicos, a menudo estamos preparados para notar lo que no funciona, cómo se atascan las cosas y lo que mantiene los problemas. Si bien esto es importante, debemos asegurarnos de que también notamos los patrones de recursos, fortalezas y resiliencia.

Cuando se habla de patrones que pueden estar relacionados con un problema específico, como la anorexia, o con dificultades comórbidas, como las autolesiones, el terapeuta tiene un papel importante a la hora de enmarcar o hacer preguntas que evocan descripciones no culpables. El objetivo es, en parte, evitar que se refuercen los sentimientos incapacitantes de culpabilidad y en parte establecer un contexto que anime a los miembros de la familia a ser auto-reflexivos sobre su propio papel en el modelo y sobre lo que pueden hacer para cambiar.

Desde la perspectiva de un marco de mantenimiento, el cambio puede producirse mediante intervenciones directamente para cambiar patrones o secuencias de comportamientos, por ejemplo, reforzando ciertos comportamientos

Marcos centrados en los cambios de creencias y significados

En cierto sentido, todas las terapias se ocupan de los significados y de crear una comprensión alternativa de los problemas para los que los clientes buscan ayuda, aunque las terapias varían en la medida en que esto es una parte explícita del proceso terapéutico. En la terapia familiar sistémica, la importancia de los significados y de la idea de que todas las dificultades están arraigadas y moldeadas por su contexto social y que, en menor medida, también contribuyen a dar forma a este contexto.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Desde la perspectiva de este marco, el cambio puede producirse a través de varios procesos. Enfocando atención a pequeños aspectos de las narrativas descuidadas o inadvertidas puede dar a los miembros de la familia una perspectiva sobre el individuo o la familia ("¿Te has dado cuenta de que cuando tu hija le descubrió a usted (mamá) comprobando en secreto lo que le quedaba en la fiambarrera, no parecía ni siquiera irritada, ¿está aprendiendo a tolerar que a veces te preocupes más de lo necesario?").

A una narrativa negativa y restrictiva puede ser sustituida por una alternativa con más apoyo positivo. La base de esta nueva narrativa puede explorarse en términos de las esperanzas que ofrece para el futuro, los puntos fuertes alternativos, las habilidades y los valores personales.

El hecho de fundamentar la nueva identidad construida en relatos adicionales o como habitante de otras relaciones, tiende a reforzar esa nueva identidad. La disponibilidad de relatos alternativos puede permitir a los individuos de la familia adoptar una postura más autorreflexiva y/o distanciarse del impacto emocional de los comportamientos de los demás.

Marco de influencia

Si bien una gran cantidad de intervenciones terapéuticas pueden ser operacionalizadas de una manera que proporciona a los terapeutas una guía de cómo utilizarlas, una proporción significativa de lo que hacen los terapeutas viene determinado por su juicio clínico sobre la mejor forma de intervenir en un momento dado para provocar el cambio.

Gran parte de los detalles del proceso terapéutico, como la elección y la secuencia de las intervenciones, el tipo específico de preguntas utilizadas, cómo y cuándo utilizar el conocimiento experto o cuándo destacar los límites de nuestra experiencia e invitar a las familias a buscar sus propias soluciones, pueden entenderse como parte del marco de influencia. Esto se aplica tanto a las intervenciones cuyo objetivo es el cambio inmediato en la consulta como a las intervenciones que tienen objetivos a más largo plazo para provocar el cambio.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

USO DE LA EXTERNALIZACIÓN

La externalización puede ser una técnica eficaz en el tratamiento de los trastornos alimentarios, aunque (como cualquier técnica terapéutica poderosa) tiene escollos que los terapeutas deben conocer.

Las conversaciones externalizadoras, que etiquetan la anorexia como una fuerza casi externa, dan un nuevo significado a algunos de los efectos físicos, psicológicos y conductuales de la anorexia.

Puede ayudar a diluir el impacto de las conversaciones que se centran en emociones como la culpa y el reproche, que a menudo están presentes en las familias que se enfrentan a la anorexia.

Las conversaciones de externalización pueden utilizarse de diversas maneras, según la naturaleza del adolescente, su familia y de la fase concreta del tratamiento.

Estas incluirán:

- Conversaciones externalizadoras sobre la naturaleza de la anorexia
- Trazar un mapa de los efectos de la anorexia en el individuo y la familia
- Explorar las creencias sobre la imposibilidad de la acción de los padres (buscando resultados únicos y resultados y puntos fuertes)
- Externalizar las conversaciones sobre lo que ocurre a la hora de comer.
- Explorar el papel que la AN ha adquirido en la gestión de las emociones, los sentimientos y las relaciones interpersonales.

Los terapeutas utilizarán una serie de otras intervenciones con intención externalizadora similar tanto en contextos terapéuticos individuales y multifamiliares.

Estas podrían incluir:

Estas podrían incluir:

- Dar información y psicoeducación (por ejemplo, describir los efectos físicos y psicológicos de la inanición que da un nuevo significado a muchos de los "trastornos alimentarios síntomas" como respuestas fisiológicas en lugar de comportamientos volitivos o voluntarios.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

- Cartas de motivación (por ejemplo, cartas a AN mi amigo y AN mi enemigo, carta del futuro, carta de mi cuerpo).
- Entrevistar a la AN.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Como parte estándar de la evaluación, el joven es visto sin que su familia esté presente. El propósito de esto es explorar las áreas de las que puede ser difícil hablar en presencia de sus padres. (habitualmente preguntamos "¿hay algo que no hayas podido decir delante de tus padres?"). Esta es también una oportunidad para preguntar más sobre cuestiones de riesgo (suicidio, autolesiones, experiencias abusivas, consumo de alcohol y drogas) si no se ha cubierto ya o si el paciente indica que hay más cosas que decir pero no son capaces de abrirse con sus padres en la sala.

Es importante que esta reunión comience con una discusión sobre la confidencialidad y sus límites; el joven debe ser plenamente consciente de que si comparte información que sugiera que él o alguien más está en riesgo, entonces tendrá que compartirla con sus padres y/o con otros profesionales.

El tiempo que se dedica a la evaluación depende, en parte, de la edad del joven. A los adolescentes de más edad (16-18 años) se les suele ofrecer más tiempo individual en la evaluación, así como aquellos cuya derivación y/o cuestionarios de evaluación sugieren la existencia de problemas de riesgo.

Factores que pueden requerir una mayor concentración en el trabajo individual

- Altos niveles de crítica u hostilidad en la familia.
- Adolescentes mayores
- Falta de progreso
- Comorbilidades

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

CONCLUSIONES

Las directrices clínicas recomiendan la atención ambulatoria para la mayoría de las personas con un trastorno alimentario. El uso óptimo del tratamiento hospitalario o la combinación de atención hospitalaria y parcial es discutido y la práctica varía ampliamente.

La evidencia empírica que podría orientar aspectos específicos del trabajo de los equipos multidisciplinares es limitada. Los tratamientos descritos en esta ponencia suponen un nivel general de habilidades y conocimientos terapéuticos, pero se requiere formación adicional para garantizar que los tratamientos se apliquen de forma coherente y eficaz. La composición, la estructura y la formación del equipo son, por tanto, cruciales si se quiere establecer un tratamiento oportuno, coherente, eficaz y seguro.

Los manuales de tratamiento no son meras listas de instrucciones sobre cómo llevar a cabo la terapia y es necesario comprender los conceptos que informan el para poder adaptar las intervenciones a las diferentes circunstancias, a las necesidades específicas de cada paciente y de su familia, así como a las necesidades de la familia necesidades específicas de cada paciente y su familia, así como a los deseos y preferencias del paciente.

El valor de los manuales de tratamiento es que hacen operativos y explícitos los principios generales de una terapia, especificando los objetivos en las diferentes etapas y esbozando los tipos de intervenciones que pueden utilizarse para alcanzarlos. No sustituye a la habilidad, la experiencia y el juicio clínico de los clínicos individuales pero puede mejorarlos proporcionándoles una herramienta que les guíe y centre su trabajo.

El manual también proporciona un lenguaje para el discurso clínico, ya sea en relación con casos individuales o tratamiento en general.

La principal limitación de los manuales de tratamiento es nuestro actual desconocimiento de los mecanismos de cambio.

Aunque la evidencia sobre los tratamientos que funcionan es cada vez mayor, el modo en que funcionan sigue siendo en gran medida una cuestión de conjeturas y teorías. Por lo tanto, hay que ser cauteloso a la hora de hacer suposiciones sobre qué aspectos del tratamiento descrito en el manual son esenciales para lograr un buen resultado. Cuando el tratamiento progresa bien, seguir el manual es sencillo.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

Cuando el tratamiento no funciona, la forma en que el manual debe guiar el tratamiento es menos clara y variará de un caso a otro.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD010827. DOI: 10.1002/14651858.CD010827.pub2. Accessed 21 March 2021.

(2) Byrne S, Wade T, Hay P, Touyz S, Fairburn CG, Treasure J, et al. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 2017;47(16):2823–33.

(3) Kolar DR, Hammerle F, Jenetzky E, et al. Smartphone-Enhanced Low-Threshold Intervention for adolescents with Anorexia Nervosa (SELTIAN) waiting for outpatient psychotherapy: study protocol of a randomised controlled trial *BMJ Open* 2017;7:e018049. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018049

(4) Gicquel L. Care pathways for teenagers with anorexia [Vía de atención a los adolescentes con anorexia]. *Soins Psychiatr*. 2016 Nov-Dic;37(307):31-33. Francés. doi: 10.1016/j.spsy.2016.09.008. PMID: 27890273.

(5) Jaite C, Pfeiffer A, Pfeiffer E, Thurn C, Bierbaum T, Winter SM, Lehmkuhl U, Salbach H. Subjective evaluation of outpatient treatment for adolescent patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2020 Apr;25(2):445-452. doi: 10.1007/s40519-018-0620-0. Epub 2018 Nov 29. PMID: 30498987.

(6) Beintner, I., Hütter, K., Gramatke, K. et al. Combining day treatment and outpatient treatment for eating disorders: findings from a naturalistic setting. *Eat Weight Disord* 25, 519–530 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00643-6>

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

(7) Junne F, Wild B, Resmark G, Giel KE, Teufel M, Martus P, Ziser K, Friederich HC, de Zwaan M, Löwe B, Dinkel A, Herpertz S, Burgmer M, Tagay S, Rothermund E, Zeeck A, Herzog W, Zipfel S. The importance of body image disturbances for the outcome of outpatient psychotherapy in patients with anorexia nervosa: Results of the ANTOP-study. *Eur Eat Disord Rev.* 2019 Jan;27(1):49-58. doi: 10.1002/erv.2623. Epub 2018 Jul 16. PMID: 30009554.

(8) Goldschmidt AB, Accurso EC, O'Brien S, Kara Fitzpatrick K, Lock JD, Le Grange D. The importance of loss of control while eating in adolescents with purging disorder. *Int J Eat Disord.* 2016 Aug;49(8):801-4. doi: 10.1002/eat.22525. Epub 2016 Mar 10. PMID: 26969189; PMCID: PMC5318997.

(9) Levinson CA, Brosos LC, Vanzhula IA, Bumberry L, Zerwas S, Bulik CM. Perfectionism Group Treatment for Eating Disorders in an Inpatient, Partial Hospitalization, and Outpatient Setting. *Eur Eat Disord Rev.* 2017 Nov;25(6):579-585. doi: 10.1002/erv.2557. PMID: 29057604; PMCID: PMC5826601.

(10) Freudenberg C, Jones RA, Livingston G, Goetsch V, Schaffner A, Buchanan L. Effectiveness of individualized, integrative outpatient treatment for females with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2016 May-Jun;24(3):240-54. doi: 10.1080/10640266.2015.1090868. Epub 2015 Oct 14. PMID: 26467107.

(11) Yager J Eating disorders: overview of prevention and treatment Uptodate. Literature review current through: **Feb 2021.** | This topic last updated: **Apr 29, 2019.**

(12) Jäger B, Herpertz S. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. *PiD* **2013**, *14*, 16–21. [**Google Scholar**] [**CrossRef**]

(13) Giel K, Groß G.; Zipfel S. Neue S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* **2011**, *61*, 293–294. [**Google Scholar**] [**CrossRef**] [**PubMed**][**Green Version**]

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN, PROGRAMAS Y GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AMBULATORIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CONTEXTO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN ESPAÑA

(14) Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline Published: 23 May 2017
www.nice.org.uk/guidance/ng69 Last updated 16 December 2020

(15) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01

(16) American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7 Suppl):4-54. PMID: 16925191.

(17) Eisler I, Simic M, Blessitt E, Dodge L and team. Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders. Revised July 2016

(18) Steinglass P Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems, & Health*, 1998 16(1-2), 55- 70.

<https://doi.org/10.1037/h0089842>

(19) Eisler I The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 2005 27: 104-131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>

(20) McGoldrick M and Carter B advances in coachinf: family therapy with one person. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2001, 27: 281-300. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb00325.x>

(21) Le Grange D, Accurso EC, Lock J, Agras S, Bryson SW. Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2014 47(2):124-129. doi:10.1002/eat.22221