

Trastornos de Conducta Alimentaria: Propuesta de Intervención Integradora

Autor: Megías Tortosa, Ana María (Graduada en Psicología).

Público: Psicólogos y Profesores. **Materia:** Psicología y Educación. **Idioma:** Español.

Título: Trastornos de Conducta Alimentaria: Propuesta de Intervención Integradora.

Resumen

Dado el aumento de trastornos de conducta alimentaria, en nuestra sociedad, cada vez en edades más tempranas, así como las dificultades existentes en los diversos tratamientos utilizados para su recuperación, tratamos de plantear una propuesta de intervención integradora para el tratamiento de estos trastornos desde una perspectiva biopsicosocial, en la que se combinan diversas terapias, de probada eficacia, en diferentes fases secuenciadas, basadas en intervenciones socioeducativas, que incluyen educación nutricional, evaluación crítica de la influencia de medios de comunicación, programa de habilidades sociales, (autoestima, asertividad, expresión y comunicación, inteligencia emocional y resolución de conflictos), intervención con familias y redes sociales.

Palabras clave: Trastornos de conducta alimentaria, propuesta de tratamiento integradora, intervenciones socio-educativas, terapias.

Title: Eating Disorders: Integrative Intervention Proposal.

Abstract

Given the increase in eating behavior disorders, in our society, increasingly at younger ages, as well as the difficulties existing in the various treatments used for their recovery, we try to propose a proposal of integrative intervention for the treatment of these disorders from a biopsychosocial perspective, in which various therapies are combined, with proven efficacy, in different sequenced phases, based on socio-educational interventions, including nutritional education, critical evaluation of the influence of the media, social skills program, (self-esteem, assertiveness, expression and communication, emotional intelligence and conflict resolution), intervention with families and social networks.

Keywords: Eating behavior disorders, integrative treatment proposal, socio-educational interventions, therapies.

Recibido 2018-01-21; Aceptado 2018-01-24; Publicado 2018-02-25; Código PD: 092064

1.- INTRODUCCIÓN: MARCO TEORICO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).

En la sociedad actual hay una creciente preocupación por la apariencia física y la delgadez, cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que aumentar de peso es considerado como algo perjudicial para la salud (Gascón y Migallón, 2002). Esta situación hace que aumente el número de personas insatisfechas con su cuerpo incrementándose los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y cada vez se da en edades más tempranas.

Los TCA se caracterizan por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Son trastornos de origen multifactorial, interaccionan factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, con consecuencias negativas tanto para la salud física como mental y social de la persona. Una característica de los TCA es la falta de conciencia de enfermedad, la persona afectada, no identifica las consecuencias negativas, la necesidad del tratamiento, ni los beneficios del mismo, por lo que la adherencia al tratamiento suele ser difícil y los familiares van a tener una importante función en este aspecto.

En este trabajo nos centraremos en los TCA más estudiados y conocidos que son la anorexia nerviosa, (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA).

Las clasificaciones diagnósticas de los TCA han evolucionando, desde que en 1987 el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición (DSM-III), los incluyera en el capítulo de los Trastornos de la Infancia y de la Adolescencia. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), los incluyó como una categoría independiente y los clasificó en tres categorías diagnósticas: AN, BN, y Trastorno Alimentario No Especificado (TCANE), en el que se encontraba incluido el TA. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), los incluye en el capítulo Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de

Alimentos y establece que se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

Los criterios diagnósticos para el trastorno AN, BN Y TA, son mutuamente excluyentes, pues a pesar de las características psicológicas y de comportamientos comunes, difieren en el curso clínico, en los resultados y en las necesidades de tratamiento.

Criterios diagnósticos DSM-5:ANOREXIA NERVIOSA

A.-Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, **peso corporal significativamente bajo** con relación a la edad, el sexo, y la salud física.

B.-Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C.-Alteración en la forma en que uno mismo percibe su peso o constitución, en autoevaluación, o **falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo** actual.

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo **no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas**. Este subtipo describe **presentaciones** en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la **dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo**.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido **episodios recurrentes de atracones o purgas** (vómito autoprovocado, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos).

La gravedad en los adultos, en el **índice de masa corporal (IMC)**, o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC.**Leve:** IMC ≥ 17 kg/m² **Moderado:** IMC 16–16,99 kg/m² **Grave:** IMC 15–15,99 kg/m² **Extremo:** IMC < 15 kg/m²

Criterios Diagnósticos DSM-5.BULIMIA NERVIOSA

Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por: (1) **Ingestión**, en un periodo determinado, de una **cantidad de alimentos** que es claramente **superior** a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. (2) **Sensación de falta de control** sobre lo que se ingiere durante el episodio.

A. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, etc.

B. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos **una vez a la semana durante tres meses**.

C. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. La alteración no se produce durante episodios de anorexia nerviosa.

La **gravedad** mínima se basa en la **frecuencia de comportamientos compensatorios** inapropiados. Promedios por episodio: **Leve:** 1–3 **Moderado:** 4–7 **Grave:** 8–13 **Extremo:** Un promedio de 14 episodios.

Criterios Diagnósticos DSM-5: TRASTORNO POR ATRACÓN

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza: **1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.** **2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.**

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. **2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.** **3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.** **4. Comer solo debido a la vergüenza que se**

siente por la cantidad que se ingiere. **5.** Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones. D. Los atracones se producen al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce en el curso de la BN o AN.

E. La gravedad se basa en la frecuencia de los episodios de atracones semanales: Leve: 1–3 Moderado: 4–7

Grave: 8–13 Extremo: 14 o más atracones a la semana.

1.2.- QUE ES LA IMAGEN CORPORAL.

Baile, J (s.f.), propone una definición integradora: *“La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”.*

Pruzinsky y Cash (1990), analizaron aportaciones de diversos autores, proponiendo varias IC interrelacionadas, perceptual, cognitiva y emocional. Proponen varias claves de la imagen corporal:

- Compuesta de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo.
- Influida socialmente, paralela al desarrollo evolutivo y sociocultural de la persona.
- Es un constructo dinámico.
- Influye en el procesamiento de la información y en la conducta.
- Es subjetiva y personalizada, no tiene por qué ser congruente con la realidad objetiva.

1.2.1.- DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL.

La persona a lo largo de su desarrollo evolutivo, paralelo al proceso de socialización va configurando su IC. Si consideramos el proceso de socialización como *“El proceso por el cual los individuos, en su interacción con otros, desarrollan las maneras de pensar, sentir y actuar”* (Vander Zanden, 1986). Se trata de un proceso bidireccional: el sujeto recibe influencias del medio y a su vez él también influye sobre este.

Seguendo a Perpiñá, Baños, Botella y Marco (2003), podemos considerar los siguientes factores que influyen en la formación de la imagen corporal:

-La apariencia física, el cuerpo, nos delimita como personas independientes del resto y, a su vez, es el medio a través del cual nos relacionamos con el resto del mundo.

-La familia, en ella se establecen los primeros vínculos afectivos, normas, hábitos, rutinas, valores. El niño irá configurando una estructura interna que le permitirá identificarse a él mismo, a los demás, y al mundo.

-Los centros educativos y socioeducativos, en ellos el niño descubrirá otras personas significativas, como profesores y sus iguales. A partir de los cuales seguirá configurando su identidad. Cabe destacar que se llevan a cabo en estos ámbitos numerosos proyectos de educación para la salud, como medida preventiva de trastornos de alimentación, pero cada vez es mayor el número de jóvenes con problemas de alimentación.

-Los medios de comunicación, transmiten y ejercen una poderosa influencia con mensajes acerca de los modelos ideales unidos al éxito y a la belleza.

-La personalidad, integra la forma de pensar, sentir y actuar, influida por la IC, ya que integra la percepción de nuestro cuerpo, los pensamientos, sentimientos y conductas.

Podemos concluir que la IC surge y se desarrolla a lo largo del ciclo vital de forma individual, es dinámica y está fuertemente influida por factores socioculturales.

1.2.2.- ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU PAPEL EN EL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TCA.

Bruch (1962), destacó que en los pacientes con TCA, la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerda. La alteración de la IC ha sido recogida como uno de los criterios diagnósticos de los TCA, dado su importante papel en el inicio, mantenimiento y recaída de la enfermedad, su recuperación es crucial en la intervención.

Cash y Deagle (1997), en su meta análisis de 66 estudios sobre percepción y actitud hacia la IC en TCA comparados con grupos control, concluyen que, las pacientes con AN y BN tienen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre cuerpo/talla que las mujeres sin TCA. Las pacientes con AN y BN no difieren en su distorsión perceptiva. Si encontraron diferencias en las actitudes hacia la IC, las pacientes con BN presentan mayor insatisfacción en la apariencia global y el peso-figura que las de AN.

Sepúlveda, Botella y León (2001), en su meta análisis de 83 estudios destacaron que la insatisfacción con el cuerpo es más específica de los TCA que la alteración de la percepción de la silueta corporal.

Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán (2001), estudiaron las diferencias en la insatisfacción de la IC en los distintos TCA, y concluyeron que, que la preocupación por la IC es muy superior en pacientes con TCA. En concreto con pacientes con Anorexia Bulímica (ANB) y BN tienen más miedo a engordar y están más acomplejados con su cuerpo que los pacientes de AN.

1.2.3.- TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA IC Y SUS DIFICULTADES.

Saldaña (2001), en su trabajo sobre tratamientos psicológicos eficaces para TCA, revisa distintos tratamientos para AN, BN y TA, basados en la experiencia clínica, y los clasifica en tres categorías:

- I) Recomendados con confianza clínica considerable (tratamientos bien establecidos).
- II) Recomendados con confianza clínica moderada (tratamientos probablemente eficaces).
- III) Pueden recomendarse en función de las circunstancias (en fase experimental).

Terapéutica aplicada en AN: Existen pocos estudios controlados que informen de los tratamientos más eficaces. Suele tratarse en dos fases: Ingreso hospitalario, para restaurar pérdida de peso y normalizar alimentación, y régimen ambulatorio, para mantener ganancia de peso, prevenir recaídas y mejorar síntomas.

En los años 70 aparecieron primeros estudios con diseño de caso único, mostraban la eficacia de la terapia conductual, (TC), en la que se aplicaban estrategias operantes de refuerzo positivo y negativo, contingente al incremento de la ingesta y ganancia de peso. Estos programas resultaron satisfactorios pero fueron criticados por ser excesivamente rígidos.

En los años 80, se desarrolló la terapia cognitivo-conductual (TCC), lo que produjo un salto cualitativo en el abordaje de los TCA. Se incorporó la reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos y actitudes relacionadas con la preocupación por la comida, el peso y la silueta. Resultados de diferentes estudios indican su eficacia en el tratamiento de la AN. Pero se propone realizar estudios corrigiendo problemas metodológicos.

En AN se consideran objetivos bien establecidos: La rehabilitación nutricional, con actividad física según las características de cada paciente, incluyendo tratamiento para las preocupaciones sobre el peso y la IC. Existe evidencia que demuestra que a medida que los pacientes van ganando peso mejoran otros síntomas del TCA (ansiedad, estado de ánimo, conductas, etc.) y que a menor peso en el momento del alta hospitalaria mayor probabilidad de recaída.

Otros tratamientos posiblemente eficaces para AN, como la intervención psicosocial y el tratamiento con medicación, no debe aplicarse hasta que se inicie ganancia de peso de la paciente con AN, para poder así evaluar los síntomas que persisten después de la ganancia de peso.

La TCC es eficaz para mantener hábitos alimentarios adecuados, la T. Cognitiva para favorecer la reestructuración cognitiva y la T. Interpersonal para favorecer estrategias de afrontamiento eficaces.

Terapéutica aplicada en BN: La terapia más utilizada es la TCC, existen investigaciones que muestran su eficacia, algunos investigadores añaden procedimientos de relajación o exposición más prevención de respuesta (EPR). Es un tratamiento bien establecido, es más eficaz que las T. Conductuales, y superior a corto plazo a cualquier tratamiento con

el que se ha comparado. Se basa en el modelo que mantiene el trastorno, la presión social sobre las mujeres para que sean delgadas.

Ha mostrado ser eficaz la T. Interpersonal, parte que las personas con BN tienen problemas interpersonales, de los que no son conscientes, que les generan malestar psicológico y favorecen los episodios de atracones, sin embargo es necesario realizar más investigaciones para su confirmación. Se puede considerar una alternativa para pacientes con BN que no obtienen resultados positivos mediante TCC. Las terapias interpersonales y TCC son tan diferentes que no permiten ser aplicadas conjuntamente.

Se consideran tratamientos probablemente eficaces para la BN, las T. Psicofarmacológicas, alivian síntomas como depresión, ansiedad, obsesión, etc. Pero su retirada produce alta tasa de recaída.

Tratamientos en fase experimental para BN leve, manuales de autoayuda con o sin seguimiento terapéutico, proporcionan información sobre el trastorno y estrategias conductuales para modificar hábitos alimentarios. Estudios concluyen que producen remisiones significativas.

Exposición más prevención de respuesta (EPR) en BN, sola o acompañada de pautas conductuales, para modificar hábitos alimentarios, puede ser eficaz para disminuir el temor a la ingesta de alimentos o mejorar estados de ánimo negativos que activan episodios de atracones. No se ha demostrado que incremente la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales.

Terapéutica aplicada al TA, los objetivos son disminuir la frecuencia de atracones y la cantidad de alimentos por atracón. Se ha utilizado la TCC adaptada a las características del TA. Algunos estudios muestran eficacia de las estrategias conductuales para perder peso y el incremento de la actividad física que disminuye la frecuencia de atracones y mejora el malestar psicológico, con resultados que se mantienen en el seguimiento. Estudios demuestran que si se suprimen los atracones hay más probabilidades de perder peso.

Tratamientos probablemente eficaces para TA, existen evidencias que los procedimientos de autoayuda cognitivo conductual con o sin contacto terapéutico reducen los atracones, aunque no la pérdida de peso.

Tratamientos en fase experimental para TA, la T. Interpersonal aplicada sola parece ofrecer resultados eficaces, se identifican las dificultades interpersonales que desarrollan y mantienen el trastorno, se establece un contrato para trabajar y cambiar estos problemas y se evalúan los progresos y problemas que puedan aparecer al finalizar la terapia.

2.- JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INTEGRADORA.

Dado el incremento de los TCA en la sociedad actual, con las características y las graves consecuencias que tienen, se hacen necesarias intervenciones eficaces para tratar adecuadamente y con éxito estos trastornos, pues hoy día, a pesar del avance realizado, hay un número significativo de pacientes que se benefician poco o nada de los tratamientos, y otros muchos que recaen durante el período de seguimiento (Saldaña, 2001).

Algunos estudios interesantes, que añado a los vistos anteriormente, en los que baso la propuesta de intervención, para su justificación son:

-El estudio realizado por Gismero (2001), *"Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosa"*. Los resultados apoyan la idea de que son características de pacientes con AN y BN: un mal autoconcepto, ciertos déficits en habilidades sociales y la insatisfacción con el cuerpo.

-Espina (s.f.), establece que numerosos terapeutas practican la terapia familiar sistémica integral, el foco se centrará en el individuo, en la familia nuclear, en la pareja, en la familia extensa, en la red de amigos... y se intervendrá en la estructura, los procesos o el sistema de creencias en la proporción y momento que los terapeutas crean más adecuado para cada caso. Con este abordaje han obtenido resultados esperanzadores en el abordaje de los trastornos alimentarios.

-Luciano, Sónsoles y Salas (2006), siguiendo a Hayes (2004), en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ha diferenciado tres generaciones de terapias. La primera, TC, la segunda, TCC, estas han resultado exitosas pero presentan importantes limitaciones. La tercera generación de terapias, entre las que se encuentra la ACT, representa un salto cualitativo. Se basa en que la patología surge cuando se limita la flexibilidad psicológica: evitar experiencias, no vivir el presente, la falta de claridad y de compromiso con los propios valores, no vivir el yo como contexto y la fusión cognitiva,

que consiste en vivir de acuerdo a como nos dicen nuestro pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones, y no contrastar nuestra experiencia con la realidad.

-Juarascio, Shaw, Forman, et al. (2013), basándose en el modesto éxito de la TCC en el tratamiento de los TCA, examinaron la eficacia de un tratamiento basado en ACT. Compararon los resultados de dos grupos, uno recibió tratamiento residencial y el otro además de tratamiento residencial recibió ACT para pacientes con AN o BN. En ambos grupos de tratamiento hubo gran reducción en la patología alimentaria, sin embargo esta fue muy superior en el grupo de pacientes que recibió ACT. Diversos estudios, aunque con bastantes limitaciones, hacen referencia a la efectividad de la ACT en los tratamientos de pacientes con trastornos de conducta alimentaria.

-Pearson, Follette y Hayes (2012), realizaron un estudio para evaluar la eficacia de la ACT dirigidos a la insatisfacción corporal y las actitudes en los TCA, en la que la aceptación se muestra como una variable mediadora para los cambios en los niveles de angustia, relacionadas con pensamientos acerca de la IC y la comida. Este estudio muestra apoyo a que la ACT puede ser positiva para una amplia gama de mujeres que sufren de trastornos alimentarios y actitudes relacionadas con la angustia de la imagen corporal y la alimentación.

Estos resultados sugieren que la ACT puede ser una opción de tratamiento en los TCA, por lo que la propuesta de intervención que se plantea integra diversas terapias en diferentes fases realizadas de forma secuencial, en las que se tiene en cuenta las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la persona.

.Así he considerado realizar una propuesta de rehabilitación y educación nutricional, mediante TCC y técnicas conductuales, de probada eficacia en los estudios anteriormente mencionados, además de favorecer la reestructuración cognitiva. Añado realizar intervenciones para mejorar habilidades sociales, Terapia Familiar Sistémica para mejorar relaciones familiares, y Terapia de Aceptación y Compromiso, orientada, no a la evitación/reducción de síntomas, sino a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleven. Las diferentes intervenciones se realizarían teniendo en cuenta las características y necesidades de los diferentes pacientes según su trastorno.

2.1.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN:

- **Fomentar conductas flexibles mediante rehabilitación y educación nutricional**
 - Aumentar de peso. (AN). – Reducir atracones (BN y TA) y conductas compensatorias, (BN)
 - Lograr alimentación variada. -Ampliar conductas adaptativas y saludables.
 - Realizar ejercicio físico adecuado. -Descansar adecuadamente.
- **Favorecer una IC satisfactoria, en componentes perceptivos y cognitivos y conductuales.**
 - Evaluar críticamente y fomentar disonancia cognitiva sobre la información transmitida por los medios de comunicación.
 - Reducir preocupaciones, pensamientos y ansiedad ante la comida, peso y la IC.
 - Reducir conductas de evitación de exposición del cuerpo.
- **Mejorar HH.SS para afrontar situaciones sociales de forma adecuada.**
 - Fomentar la comunicación positiva, asertividad, autocontrol, autoconcepto/ autoestima y miedos.
 - Favorecer la expresión y comunicación de percepciones, pensamientos y sentimientos.
 - Trabajar la resolución de conflictos intrapersonales e interpersonales y la toma de decisiones.
- **Mejorar la dinámica y apoyo familiar.**
 - Implicar a los miembros de la familia y redes sociales en el proceso de recuperación.
 - Favorecer la comunicación positiva, resolución de conflictos y toma de decisiones familiares.
- **Adquirir flexibilidad psicológica.**
 - Desactivar el pensamiento. - Descubrir el yo y aceptarlo. - Comprometerse con valores.

- Reducir síntomas psicológicos asociados (ansiedad, depresión, estado de ánimo).
- **Evitar recaídas.** Aprender a “caer y levantarse”, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

2.2.- HIPÓTESIS PLANTEADAS.

Si una vez que la paciente inicia ganancia de peso, AN, o se reducen los atracones en BN y TA, se reducen los síntomas asociados al TCA, sería interesante comenzar la primera fase de tratamiento incidiendo en la dimensión física de la persona, mediante la rehabilitación y educación nutricional, fomentando el aumento del repertorio de conductas flexibles y saludables, con las que se espera mejorar su estado físico y reducir el malestar psicológico.

En la segunda fase se realizaría la TCC, para la reestructuración cognitiva, trabajando distorsiones cognitivas, para la mejora de la imagen corporal y reducción de preocupaciones, pensamientos y sentimientos sobre la comida, el peso y la IC. A medida que se avance en esta fase, se considera que la paciente está preparada física y psicológicamente, para aprender a afrontar diversas situaciones de la vida. Se incluirían programa de HH.SS y de intervención familiar.

En la tercera fase de tratamiento, previo al seguimiento, se iniciaría la terapia de la ACT, para favorecer la aceptación y el compromiso del paciente. Durante el seguimiento, continuaría la terapia de ACT, con el objetivo de mantener los resultados y evitar las recaídas.

3.- MÉTODO: PARTICIPANTES, VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Los participantes destinatarios del programa de intervención serían: pacientes con diagnóstico de AN, BN y TA (con las adaptaciones necesarias según el diagnóstico).

La Variable Independiente sería programa de intervención propuesto.

Variables Dependientes: Índice de Masa Corporal (IMC), IC: percepción y actitudes. Habilidades sociales. Relaciones familiares. Aceptación y compromiso con el tratamiento. Recuperación y mantenimiento de logros.

Se realizará una evaluación inicial, (pretest), una evaluación continua, durante el tratamiento, de control, una evaluación al final del tratamiento, (postest), para verificar los logros obtenidos y una evaluación de seguimiento, para verificar si estos logros se mantienen.

Los instrumentos de evaluación utilizados serían, en la evaluación continua, registros de observación de profesionales de intervención y registros de los pacientes y familiares, que nos proporcionen información de percepciones, actitudes, pensamientos, sentimientos, conductas sobre la comida, el peso, la IC, relaciones, comunicación, etc.

Los instrumentos utilizados en el pretest, postest y durante el seguimiento que nos proporcionarían información a contrastar para verificar los logros alcanzados serían:

-Entrevista para el Diagnóstico de los Desordenes Alimenticios (IDED). Para recoger información sobre la historia y evolución del TCA del paciente e Índice de Masa Corporal.

-Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner, se trata de un cuestionario de siluetas, la paciente señala la silueta que representa la percepción actual de su IC y la silueta que desearían tener. La diferencia entre la IC percibida y la deseada se considera el Índice de Insatisfacción de la IC, y la diferencia entre la imagen percibida y la real se considera el Índice de Distorsión de la IC.

-Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ -34), su objetivo es medir la preocupación por el peso y la IC, la insatisfacción hacia el cuerpo, miedo a engordar, deseo de perder peso y evitación de situaciones en las que el cuerpo atrae la atención.

-Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40), evalúa el miedo a engordar, la motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos.

-Cuestionario de Influencia de Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), evalúa influencias culturales, modelos y situaciones sociales que justifican el adelgazamiento, por razones estéticas, evalúa la ansiedad por la IC y la influencia de modelos y situaciones sociales.

-Test de habilidades sociales de Goldstein, proporciona información de habilidades de la persona y carencias sobre las que intervenir.

-Test de Rosenberg, realiza una valoración de nuestro autoconcepto y autoaceptación personal.

- Entrevista familiar para recoger información de los miembros, relaciones y dinámica familiar.

- Entrevista de motivación y compromiso para seguir el tratamiento. Fomentar adherencia.

-Cuestionario de satisfacción a los pacientes, (escala tipo likert), sobre el programa realizado.

3.1.- PROGRAMA DE TRATAMIENTO: DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN.

En todas y cada una de las fases se fomentará la colaboración activa del paciente en el tratamiento. La duración de las fases será flexible en función de la evolución del paciente. De forma general se puede establecer.

PRIMERA FASE: Rehabilitación y educación nutricional.

Sesiones individuales: Las primeras intervenciones van dirigidas a instaurar hábitos alimentarios saludables teniendo en cuenta las características del paciente, es importante conseguir un compromiso de seguimiento de la dieta nutricional, así como un control de registros de peso, pensamientos, sentimientos y conductas sobre alimentación, cuerpo, IC, etc. (8 sesiones).

Sesiones grupales: Para proporcionar información sobre diferentes aspectos de la enfermedad: concepto, etiología, tratamiento, etc. Favorecer la toma de conciencia de enfermedad. Aprender lo que significa estar en un estado óptimo de salud. Aprendizaje de hábitos alimentarios adecuados y vida saludable. Se realizan talleres de cocina saludable y sesiones de actividad física adecuadas, con los que se pretende la desensibilización sistemática hacia la comida y el propio cuerpo. Grupo de relajación, facilita la distensión mental y corporal incrementando la percepción corporal, se realiza tras las ingestas para reducir los niveles de ansiedad que genera la comida y/o evitar conductas compensatorias. (8 sesiones).

SEGUNDA FASE: Mejorar la imagen corporal.

Identificación y modificación de las distorsiones cognitivas más comunes en relación a la imagen corporal pensamientos, emociones y conductas referentes al cuerpo que generan insatisfacción. Detección de conductas evitativas relacionadas con la insatisfacción corporal. La reestructuración cognitiva posibilitará el abordaje de las distorsiones perceptivas y cognitivas de la IC. Se realizarán grupos de discusión sobre mensajes y campañas publicitarias de los medios de comunicación. Elaboración de campañas de sensibilización sobre los mensajes publicitarios, desmontando ideales y mitos. Y actividades de video confrontación. Las sesiones de relajación, favorecen adquisición de habilidad para relajarse en diferentes situaciones, reducir la ansiedad derivada de la exposición de determinadas partes del cuerpo y trabajar la percepción y satisfacción corporal. (10 sesiones)

Entrenamiento en habilidades sociales. Se trabajara la comunicación positiva y asertividad. La inteligencia emocional, la empatía. Habilidades cognitivas y distorsiones. La personalidad, autoconcepto y autoestima. La gestión de conflictos y toma de decisiones. Se favorecerá la integración social y las relaciones interpersonales. Las técnicas empleadas serán dinámicas grupales, entre otras, dinámicas de conocimiento, confianza, autoestima, emociones, ensayos conductuales o role playing, soliloquio, etc. con retroalimentación y refuerzo en el ámbito grupal. (10 sesiones)

Intervención Familiar. Tras la primera entrevista familiar en la que se recoge información sobre su dinámica y relaciones (genograma), se pretende informar a la familia, fomentar la comprensión de la enfermedad, del tratamiento y su evolución, así como reducir la ansiedad-culpa ante la enfermedad. Implicar a la familia en la cooperación en tratamiento. Reajustar la interacción y dinámica familiar, favoreciendo la resolución de conflictos y toma de decisiones familiares. Mediante sesiones de información e intervención familiar, grupos de apoyo, talleres de organización de comidas familiares. (6 sesiones)

TERCERA FASE: Aceptación y compromiso.

Se pretende que el paciente adquiera flexibilidad psicológica siguiendo a Pearson, Follete y Hayes (2012) proponen:

1. Desesperanza creativa, se ayuda al paciente a identificar aquellas estrategias que está llevando a cabo para sentirse mejor con su cuerpo (en el caso de los TCA) y cómo estas no funcionan.

2. El control es el problema. Se le hace ver al paciente que no es posible controlar de manera consciente y deliberada los eventos privados. De hecho, cuanto más te dices que no pienses en algo concreto, más piensas en ello.

3. Aceptación. Se trabaja la defusión cognitiva, la cual consiste en ayudar al paciente a tomar distancia psicológica de sus pensamientos y sentimientos, y comprobar que podemos aprender a experimentar percepciones y sensaciones de manera diferente, sin necesidad de eliminarlas.

4. Clarificación de valores personales. Se trata de ayudar al paciente a identificar lo que realmente valora en su vida.

5. Barreras a los valores. Se pretende que los pacientes identifiquen aquellas cosas que podrían entorpecer el camino hacia la consecución de los valores escogidos.

6. Acción comprometida. Se trata de que el paciente se comprometa a actuar en función de sus valores personales, aun cuando eso implique enfrentarse al malestar que le provocan sus eventos privados (6 sesiones más las realizadas durante el seguimiento cada 6 meses).

4.- CONSIDERACIONES FINALES.

Tras realizar una lectura y reflexión sobre diversos estudios e investigaciones realizadas sobre los TCA considero no desechar las propuestas que de algún modo han resultado ser eficaces en el tratamiento de estos trastornos a lo largo de los años, aunque con algunas limitaciones.

Diversos autores destacan que el trastorno de la imagen corporal juega un importante papel en el mantenimiento, pronóstico y recaída de los TCA. Numerosos estudios indican la eficacia de la TCC en el tratamiento de TCA y concretamente de la IC. Pero se propone realizar estudios corrigiendo problemas metodológicos, las numerosas investigaciones sobre el tema no aportan resultados consistentes.

Es por lo que incluyo otros tratamientos que según estudios pueden ser positivos para el tratamiento de TCA, teniendo en cuenta la importancia de la IC. Opto por una propuesta de intervención integradora, desde una perspectiva biopsicosocial, que tenga en cuenta la globalidad de la persona en sus tres dimensiones, física, psicológica y social, en la que se aplican de forma secuencial diferentes técnicas y estrategias de intervención.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría, (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), 4ª Ed. Washington, DC: APA. (Traducción española: Masson, Barcelona, 1995).
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, APA. (Traducción española: Editorial Médica Panamericana, Madrid, 201).
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). *La imagen corporal en los trastornos alimentarios*. *Psicothema*, Vol.13 (4), pp.533-538.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2001). *La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis*. *Psicothema*, Vol.13 (1), pp.7-16.
- Anuel, A., Bracho, A., Brito, N., Rondón, J.E. y Sulbarán, D. (2012). *Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal*. *Psicothema*, Vol. 24 (3), pp.390-395.
- Saldaña, C. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. *Psicothema*, Vol. 13 (3), pp. 381-392.
- Baile, J. (s.f). *¿Qué es la imagen corporal?* Centro Asociado de la UNED de Tudela. Extraído el 20 de marzo de 2017, desde http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm
- Gascón, P. y Migallón, P. (2002). *La Guía de la Anorexia. "Trastornos de la alimentación"*. Dirección General del INJUVE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Murcia.
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990): *"Integrative themes in body-image development, deviance, and change"*. *Body Images. Development, Deviance and Change*, pp.337-349, N. York. The Guilford Press.
- Zanden, V. (1986): *Manual de Psicología Social*. Edit. Paidós.
- Perpiñá, C., Baños, R.M., Botella, C., y Marco, J.H. (2003) *La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: estereotipos culturales y sociales*. *Viure en Salut*, 59, pp. 8-9
- Bruch, H. (1962). *Perceptual and Conceptual disturbances in anorexia nervosa*. *Psychosomatic Medicine*, 24, pp.187-194.
- Cash, T.F.& Deagle, E.A. (1997). *The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis*. *International Journal of Eating Disorders*, 22, pp.107-125.
- Gismero, E. (2001). *Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas*. *Clínica y Salud*, Vol. 12 (3), pp. 289-304. Extraído el 23 de marzo de 2017, desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618319001>
- Espina, A. (s.f). *Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios*. *Centro de Psicoterapia y Estudio de la Familia de Málaga*. Extraído el 23 de marzo de 2017, desde <http://cursos.institutoiase.com/Cursos/Modulos/Docs/M460-45693>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A. & Lowe, M. (2013). *Terapia de aceptación y compromiso como un nuevo tratamiento para trastornos de la alimentación: Una prueba inicial de la eficacia y la mediación*. *Modificación del comportamiento*, 37 (4), 459-489.
- Pearson, A. N., Follette, V. M. y Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disorderer eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 181-197.
- Luciano, M.C., Sónsoles, M. y Salas, V. (2006). *La terapia de la Aceptación y el compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27(2), pp. 79-91.