

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**Complejidad de los
trastornos alimentarios**

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ €

115

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 31, Número 115, Marzo, 2020 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquiús (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquiús

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Galbada, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrola Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortiz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

María de los Ángeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñoz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Expresidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quinones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Roji Menchaca, UNED, Madrid, España

M^o Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Emerging Source Citation Index (ESCI) de la Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CAPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Depósito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en Times New Roman, **12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; nombre y apellidos de todos los autores e institución a la que pertenecen; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el **resumen** y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El resumen (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La tercera página comenzará de nuevo con el título del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las citas textuales o directas (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido del autor, Año, número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre **comillas dobles**; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en bloque, en un renglón separado, con indizado de 5 espacios sin comillas. Las citas indirectas o no textuales (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido del autor, Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una **nueva página**, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el **40%** de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los **últimos cinco años**. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial).

En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información.

Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la *Revista de Psicoterapia*.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la *Revista de Psicoterapia* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Director:

director@revistadepsicoterapia.com

Editor:

editor@revistadepsicoterapia.com

Administración:

Secretaría Revista de Psicoterapia

secretaria@revistadepsicoterapia.com

Suscripciones en <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/suscripciones.html> o bien rellenado el siguiente

BOLETIN DE SUSCRIPCION y enviándolo al mail de la Administración.

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

País:

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:



Contrareembolso
 VISA
 MasterCard

Tarjeta Nº:

Fecha caducidad: __ / ___ / ____

Precio de la suscripción anual:

Países comunitarios 55 EUR

Países extracomunitarios ... 70 EUR

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará I.R.I.F., S.L., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia nº:

Dirección:

Ciudad D.P.

País:

Fecha y Firma:



CONTENIDO

Monográfico: Complejidad de los trastornos alimentarios Laura Hernangómez Criado	
Editorial: Complejidad de los trastornos alimentarios	1
Laura Hernangómez Criado	
Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas para superarlos.....	5
Diana Kirszman	
Identidad y Proceso Emocional de Cambio en los Trastornos del Comportamiento Alimentario.....	17
Luis Beato Fernández y Teresa Rodríguez Cano	
Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención	33
M ^a Elena Gismero González	
Actualización de las Intervenciones Dirigidas al Contexto Familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario: El Rol de los Padres	49
Ana Rosa Sepúlveda, Alba Moreno y Lucía Beltrán	
Trastorno del Espectro Autista en Anorexia Nerviosa: Invisibles frente al espejo	63
Gema García Marco	
Altas Capacidades y Trastornos Alimentarios: ¿Vulnerabilidad o Protección?.....	77
Laura Hernangómez Criado	
Efectos del Ejercicio Físico en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria	97
Sara Tabares Olmedilla	

——Artículos del monográfico de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Complicaciones Médicas de los pacientes con Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos	115
Virginia María Peña Cortés	
Técnica de la Rejilla como Instrumento de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Exploración de estructura cognitiva y relaciones interpersonales en una muestra de 20 pacientes.....	129
Estela M. Pardos-Gascón, Nicolás Gómez Calmaestra y María Victoria Rodríguez Vacas	
Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa.....	147
Irene de la Vega Rodríguez y Teresa Montalvo Calahorra	

——Artículos de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Contradicciones de la Psiquiatría Médica. En la teoría y en la práctica	163
Julio Company Ortega	
Terminación Prematura en Psicoterapia: Una revisión narrativa.....	181
Pablo Rafael Santangelo	
Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma....	197
Bárbara Kanter y Noemí Pereda	
Recensión de libros	213
Evaluación Psicológica. Proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos	
Jesús García Martínez	

CONTENTS

Monographic: Complexity of Eating Disorders Laura Hernangómez Criado

From the editor: Complexity of Eating Disorders	1
Laura Hernangómez Criado	
Overcoming the Obstacles in the Treatment of Eating Disorders: A Proposal	5
Diana Kirszman	
Identity and Emotional Process of Change in Eating Disorders	17
Luis Beato Fernández y Teresa Rodríguez Cano	
Psychosocial risk factors for Eating Disorders: a review and some considerations for prevention and intervention	33
M ^a Elena Gismero González	
Update of Interventions Aimed at the Family Context in Eating Disorders: The Role of the Parents	49
Ana Rosa Sepúlveda, Alba Moreno y Lucía Beltrán	
Autistic Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: Invisible ones in front of the mirror	63
Gema García Marco	
Giftedness and Eating Disorders: Vulnerability or Protection?	77
Laura Hernangómez Criado	
Effects of Physical Exercise on Patients with Eating Disorders	97
Sara Tabares Olmedilla	

——Open Access Monographic Articles——
 (accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Medical Complications of patients with Eating Disorders and Food Ingestion.....	115
Virginia María Peña Cortés	
Grid Technique as an Instrument for Evaluation of Eating Disorders: Exploration of cognitive structure and interpersonal relationships in a sample of 20 patients	129
Estela M. Pardos-Gascón, Nicolás Gómez Calmaestra y María Victoria Rodríguez Vacas	
Radically Open -Dialectical Behavior Therapy for Anorexia Nervosa.....	147
Irene de la Vega Rodríguez y Teresa Montalvo Calahorra	

——Open Access Articles——
 (accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Contradictions of Medical Psychiatry. In Theory and Practice.....	163
Julio Company Ortega	
Premature Termination in Psychotherapy: A narrative review.....	181
Pablo Rafael Santangelo	
Child Sexual Victimization and Evidence-Based Intervention: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy.....	197
Bárbara Kanter y Noemí Pereda	
Book Review	213
Evaluación Psicológica. Proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos	
Jesús García Martínez	

EDITORIAL: COMPLEJIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

FROM THE EDITOR: COMPLEXITY OF EATING DISORDERS

Dra Laura Hernangómez Criado

Unidad de Trastornos Alimentarios, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2502-9056>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Laura Hernangómez (2020). Complejidad de los trastornos alimentarios. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 1-3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.351>

Palabras clave: *Trastornos Alimentarios, Anorexia, Bulimia, Trastornos por Atracón.*
Keywords: *Eating Disorders, Anorexia, Bulimia, Binge Eating Disorder.*

Dedicamos este monográfico, de nuevo, a los trastornos alimentarios. El primero (30/31) fue un monográfico sobre anorexia restrictiva (Villegas, 1997). En el siguiente (58/59) se extendió la visión (Villegas, 2004). En el actual, continuamos intentando ampliar perspectivas. Y necesitaremos más. El avance en el conocimiento de estos trastornos no hace sino devolvernos, una y otra vez, su complejidad. Lejos de los estereotipos sociales sobre la superficialidad de estos trastornos, observamos que atraviesan el cuerpo, la identidad, las relaciones y el funcionamiento global de la persona. Hablan de nuestra sociedad occidental -puntera en las estadísticas de estas patologías- y de sus carencias y sesgos. Nos exigen como profesionales mirar siempre más allá: más allá del síntoma, más allá del individuo, más allá de la soledad de nuestra consulta, más allá de nuestra disciplina, más allá de nuestros prejuicios y de nuestros estrechos criterios diagnósticos. También más allá de nuestros conocimientos porque, aunque el pronóstico actual es mejor que hace décadas, los porcentajes que quedan fuera de la eficacia de los tratamientos con mayor soporte empírico son todavía excesivamente elevados.

En este viaje de apertura, contamos con compañeros excepcionales en las autoras y autores de los diferentes artículos que componen este número: profesionales que comparten su conocimiento experto desde distintos perfiles y áreas, todas necesarias para comprender un fenómeno heterogéneo, multideterminado y cambiante.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lhernangomez@sescam.jccm.es

Dirección postal: Dra Laura Hernangómez. Unidad de Trastornos Alimentarios, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Módulo III- Calle Barcelona s/n 45004 Toledo, España

© 2020 Revista de Psicoterapia



Los dos primeros artículos del monográfico, firmados por profesionales de dilatada experiencia en los trastornos alimentarios, exploran cuestiones especialmente relevantes en el abordaje de las pacientes graves, lo que suele aumentar el riesgo de comorbilidad con trastornos de la personalidad, con todas las dificultades que ello implica. Diana Kirszman se focaliza en los principales obstáculos en el tratamiento, cronicidad, comorbilidad y resistencia, dando cuenta de la complejidad de estas patologías e incluyendo propuestas para abordarlos a nivel psicoterapéutico. En el siguiente trabajo, Luis Beato y Teresa Rodríguez nos recuerdan la importancia de la identidad en el origen y tratamiento de los trastornos alimentarios, aspecto especialmente relevante en los casos más graves, en los que el vínculo desorganizado y las experiencias traumáticas son frecuentes y dañan profundamente la construcción del autoconcepto y del proyecto vital.

A continuación, disponemos de dos artículos que profundizan en las variables psicosociales en trastornos alimentarios. Elena Gismero realiza una rigurosa revisión sobre factores de riesgo demostrados en el origen de estas patologías, orientándose por tanto a investigaciones de carácter longitudinal. Imposible excusar la responsabilidad social sobre el trastorno tras su lectura. Imposible ignorar que se necesita incluir el trabajo de determinadas variables de vulnerabilidad en el tratamiento, más allá de los síntomas. Pero sobre todo imposible olvidar la compleja interacción de variables que subyace al origen de estos trastornos.

Dentro de esas variables psicosociales, una nuclear es la familia: cuidadoras y cuidadores principales de la persona afectada, que deben hacerse con el afrontamiento cotidiano de una sintomatología en ocasiones muy difícil de comprender y sobre todo complicada de manejar a nivel emocional y conductual. Ana Rosa Sepúlveda, Alba Moreno y Lucía Beltrán desarrollan una completa actualización de las intervenciones dirigidas al contexto familiar entendiendo a los cuidadores como potenciales agentes del cambio y contribuyendo a dar luz a los factores emocionales que pueden convertirles en un mantenedor del trastorno.

Los artículos quinto y sexto se centran en áreas más específicas relacionadas con los trastornos alimentarios pero que durante mucho tiempo han estado fuera del interés clínico. Ello demuestra que aún nos queda mucho por mejorar no sólo en el diálogo entre diferentes profesionales sino incluso en el intercambio de conocimiento dentro de una misma disciplina, como es la Psicología. La ausencia de diálogo puede resultar muy cara en la comprensión de los fenómenos que estudiamos dado que el ser humano ni está parcelado en especialidades ni suele estar determinado por una causa única. Así, Gema García Marco nos acerca al Trastorno del Espectro Autista en Anorexia Nerviosa y su invisibilidad, asociada en gran parte a cuestiones de género. Compartiendo en gran parte esa invisibilidad asociada al género femenino, en el sexto artículo desarrollo las vías por las cuales las altas capacidades pueden facilitar un trastorno alimentario, en vez de evitarlo. Se evidencian así los múltiples y diversos caminos por los que se crea la vulnerabilidad pero, sobre todo, cómo la interacción con las construcciones sociales que

realizamos, también los profesionales, puede aumentar el riesgo. Necesitamos cuestionarnos constantemente nuestras formas de evaluar, de intervenir y de construir el conocimiento. Si tan sólo conseguimos ese objetivo con estos artículos, el trabajo de estas revisiones no habrá sido en balde.

Con el objetivo de dar cabida a aspectos que no solemos abordar los psicoterapeutas en consulta, pero que es obligado conocer por sus implicaciones básicas para la salud de nuestras pacientes, contamos en el último artículo con la participación de Sara Tabares, graduada en Ciencias de la Actividad física y el Deporte y especialista en promoción de actividad física saludable y prescripción de ejercicio físico en patologías. Su revisión sistemática sobre el impacto de las intervenciones de ejercicio físico en el tratamiento de los trastornos alimentarios cuestiona, desde la evidencia empírica, prejuicios que se han mantenido durante décadas en el abordaje de los trastornos alimentarios de forma iatrogénica: el ejercicio físico no es el enemigo, ni un síntoma más. Hace falta profundizar en su conocimiento para convertirlo en aliado del tratamiento mediante la supervisión por profesionales especializados, al igual que debe hacerse con la alimentación.

Ampliando también más allá del trabajo psicoterapéutico, en formato Open Access en la web, Virginia Peña, endocrinóloga especializada en nutrición y trastornos alimentarios, profundiza en las complicaciones médicas de estas patologías, lo cual contribuye a concienciarnos de la complejidad, gravedad y necesaria interdisciplinariedad en su tratamiento, además de constituir una útil herramienta para todos los profesionales sanitarios que participan en la atención a los pacientes afectados. Contamos también con una interesante investigación con la técnica de la rejilla en muestra clínica realizada por Estela Pardos, Nicolás Gómez y María Victoria Rodríguez, así como una revisión de la aplicabilidad de la terapia dialéctico conductual radicalmente abierta para pacientes con anorexia nerviosa, por Irene de la Vega y Teresa Montalvo.

Se ha intentado así mantener la que ha sido siempre la huella característica de la Revista de Psicoterapia, acercando a la dimensión clínica las conclusiones y reflexiones procedentes de la investigación, desde un enfoque abierto e integrador. No me queda más que agradecer tanto la confianza depositada en mí, como editora invitada, por parte del director Luis Ángel Sául como la colaboración de autoras, autores, revisores y consejo editorial de la revista en un trabajo que he disfrutado y me ha enriquecido tanto como espero que enriquezca a los lectores.

Referencias bibliográficas

- Villegas, M. (ed.) (1997). Monográfico sobre Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia*, 8(30/31), 3-160. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/revistas/anorexia.html>
- Villegas, M. (ed.) (2004). Monográfico sobre Trastornos Alimentarios. *Revista de Psicoterapia*, 15(58/59), 3-192. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/revistas/trastornos-alimentarios.html>

OBSTÁCULOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PROPUESTAS PARA SUPERARLOS

OVERCOMING THE OBSTACLES IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS: A PROPOSAL

Diana Kirszman

Fundación AIGLE. Profesora titular de la Universidad de Belgrano. Argentina
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9548-0438>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Kirszman, D. (2020). Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas para superarlos. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 5-15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.352>

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) conforman un conjunto de cuadros complejos, en muchos casos discapacitantes y que tienden en un alto porcentaje a la cronicidad (Klump, Bulik, Kaye, Treasure y Tyson, 2009), con altas tasas de mortalidad y suicidio (Fichter y Quadflieg, 2016; Hoang, Goldacre y James, 2014). Diversas fuentes informan que en la actualidad contamos con suficiente evidencia de las pocas oportunidades en la mayoría de los pacientes con TCA para lograr una recuperación plena en sus tratamientos (Murray, 2019). Necesitamos mejorar nuestras intervenciones terapéuticas y un punto fundamental en esa dirección es conocer con más profundidad cuáles son los obstáculos que se presentan y cómo abordarlos. En el presente trabajo nos enfocaremos en barreras que son particularmente significativas durante el proceso de la intervención terapéutica: la cronicidad, que tiene fundamental importancia respecto de la naturaleza del trastorno y alimenta fuertemente las creencias negativas (no sólo del paciente) respecto a la expectativa de posibles logros terapéuticos; la elevada comorbilidad, que hace particularmente difícil en muchos casos la elaboración de un diagnóstico preciso y, por consiguiente, de un adecuado diseño de tratamiento; y la Resistencia que presenta un conjunto de mecanismos que dificultan los procesos de cambio.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios, Obstáculos, Cronicidad, Resistencia, Comorbilidad.

Abstract

Eating Disorders (ED) are part of a group of complex mental health issues that are in many cases disabling and tend to become chronic (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009). These disorders have high rates of mortality and suicide (Fichter & Quadflieg, 2016; Hoang, Goldacre, & James, 2014).

Various sources inform that there is enough evidence to assure that most of these clients have low chances of getting fully recovered (Murray, 2019).

In order to improve our therapeutic interventions, we have to deepen our knowledge of the obstacles we are dealing with and how to overcome them.

In the present study we will focus on the most meaningful barriers of the therapeutic process: (1) the chronicity, which decreases positive expectations both of the client and their context; (2) the high comorbidity, which makes especially hard to elaborate a precise diagnosis and design a proper treatment plan; and (3) the resistance that impedes to achieve positive changes.

Keywords: Eating Disorders, Obstacles, Chronicity, Resistance, Comorbidity.

Fecha de recepción: 2 de diciembre de 2019. Fecha de aceptación: 8 de enero de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: dianaskirszman@gmail.com

Dirección postal: Virrey del Pino 2477, CABA (1426). Argentina

© 2020 Revista de Psicoterapia



Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) conforman un conjunto de cuadros complejos, en muchos casos discapacitantes y que tienden en un alto porcentaje a la cronicidad (Klump, Bulik, Kaye, Treasure y Tyson, 2009), con altas tasas de mortalidad y suicidio (Fichter y Quadflieg, 2016; Hoang, Goldacre y James, 2014). Por lo cual ayudar a estas personas con sus familias implica un fuerte desafío, como así también una importante necesidad (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Se trata de trastornos mentales graves que afectan hasta al 10% de la población, principalmente mujeres (Smink, van Hoeken y Hoek, 2013). Diversas fuentes informan que en la actualidad contamos con suficiente evidencia de las oportunidades en la mayoría de los pacientes con TCA para lograr una recuperación plena en sus tratamientos (Murray, 2019). Necesitamos mejorar nuestras intervenciones terapéuticas y un punto fundamental en esa dirección es conocer con más profundidad cuáles son los obstáculos que se presentan y cómo abordarlos.

Sabemos de la dificultad frecuente que las personas con trastornos mentales presentan para producir cambios; la particularidad en estos casos es que “desean fuertemente mantener los síntomas”. Por ejemplo, en una persona que presenta una conducta alimentaria restrictiva observamos un deseo muy intenso de seguir manteniéndola, a los fines de evitar ganar peso, ya que dicha posibilidad es lo que le produce mayor sufrimiento. Noemí (23 años) con un peso de 26 kilos decía: “no tolero subir un gramo, y no sé cómo hacer porque a mí un vaso de agua me engorda”.

Esta circunstancia dificulta la posibilidad de establecer con claridad los objetivos del proceso terapéutico que, como sabemos, es uno de los componentes fundamentales de la Alianza Terapéutica, junto con el acuerdo respecto de los medios para lograr dichos objetivos.

Otra de las características en estas consultas es la elevada comorbilidad de las situaciones clínicas. Los problemas vinculados con la alimentación se presentan acompañados de otros cuadros que, en muchos casos, pueden ser tanto o más severos que el trastorno alimentario.

Por cierto, si reunimos la frecuente tendencia a la cronicidad, la alta comorbilidad y los aspectos resistenciales, nos encontramos con un abanico de obstáculos que plantean fuertes exigencias a los clínicos y terapeutas.

Las barreras que se presentan en el tratamiento de los pacientes con TCA responden a una amplia diversidad de fuentes. Algunas, más subjetivas, provienen de características de la persona afectada por el trastorno (como por ejemplo actitudes, creencias y antecedentes terapéuticos), pero también encontramos barreras que surgen de fenómenos externos (e.g., el entorno primario y secundario, incluyendo factores socioculturales) (Innes, Clough y Casey, 2017).

Aunque muchas personas con trastornos alimentarios informan una necesidad percibida de recibir ayuda, relativamente pocos terminan recibiendo un tratamiento adecuado (Cachelin, Rebeck, Veisel y Striegel-Moore, 2001; Mojtabai, Olfson y Mechanic, 2002). El número de personas con un trastorno alimentario que acuden a

la consulta es considerablemente menor que las personas que presentan otro tipo de problemas de salud mental (Cachelin y Striegel-Moore, 2006; Hart, Granillo, Jorm y Paxton, 2011; Vanheusden et al., 2008). Es importante comprender e identificar las barreras que frecuentemente se encuentran en estos pacientes.

En una revisión en que se utilizó el Modelo Conductual de Andersen, se identificaron diversas barreras en pacientes mujeres que presentaban trastornos de Anorexia, Bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Entre ellas se encontraron: Rasgos de Personalidad - Creencias de los pacientes sobre la Salud y las posibilidades de recuperación - Aspectos vinculados con la etnicidad, la raza y la cultura - Dificultades económicas - Preconceptos de los profesionales - Estigma social - Distancia geográfica del centro asistencial (Thompson y Park, 2016). En dicho trabajo se enuncian 3 amplias proposiciones sobre la manera en que están relacionadas las diferentes barreras para los distintos cuadros clínicos:

- 1) Las pacientes con TCANE y Bulimia suelen ser subdiagnosticadas con más frecuencia que las que padecen Anorexia.
- 2) En las pacientes con Bulimia se informa un mayor grado de estigma social que en el caso de TCANE y Anorexia.
- 3) En la Anorexia se observa una mayor incidencia de rasgos de personalidad como barreras, comparado con TCANE y Bulimia.

En el presente trabajo nos enfocaremos en barreras que son particularmente significativas durante el proceso de la intervención terapéutica: la **Cronicidad**, que tiene fundamental importancia respecto de la naturaleza del trastorno y alimenta fuertemente las creencias negativas (no sólo del paciente) respecto a la expectativa de posibles logros terapéuticos; la elevada **Comorbilidad**, que hace particularmente difícil en muchos casos la elaboración de un diagnóstico preciso y, por consiguiente, de un adecuado diseño de tratamiento; y la **Resistencia** que presenta un conjunto de mecanismos que dificultan los procesos de cambio.

Cronicidad

Respecto a la cronicidad, no existe una definición generalmente aceptada de lo que constituye “cronicidad” en AN (Tierney y Fox, 2009). Steinhausen (2002) sugiere que después de 6 a 7 años de enfermedad, la probabilidad de que las personas se recuperen alcanza una meseta, pero no llega a cero. Se trata de cuadros complejos, considerando que la complejidad alude a la gran diversidad de factores que entran en juego para que una persona desarrolle un TCA, desde la vulnerabilidad tanto personal como familiar y sociocultural hasta los factores que actúan como desencadenantes, como así también los factores reforzadores o mantenedores del trastorno que contribuyen a la perpetuación de los síntomas y de la disfunción.

Un elemento troncal en los TCA es el concepto de imagen corporal (IC), el cual sin duda es una construcción psicológica compleja y constituye un factor esencial que contribuye a la cronicidad. La IC se refiere al modo en que la autopercepción del cuerpo genera una representación mental que incluye emociones, pensamientos

y conductas asociadas. (Kirszman y Salgueiro, 2015). Las alteraciones de la IC se constituyen en un criterio central en el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según el *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (5.^a Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association [APA], 2013) y forman el núcleo central de la psicopatología en la perspectiva transdiagnóstica (Fairburn y Cooper, 2011; Fairburn et al., 2009). La insatisfacción con el cuerpo y las alteraciones de la IC se encuentran asociadas con conductas y actitudes problemáticas hacia la comida, como la falta de control, el hecho de permanecer largos períodos con dietas restrictivas y la existencia de sintomatología bulímica. Estas variables influyen en la persistencia de la insatisfacción corporal aún después de un tratamiento específico, los cuales funcionan como un predictor fiable de recaída en la bulimia nerviosa y por lo tanto un elemento que favorece la cronicidad (Marco, Perpiñá y Botella, 2014). Considerando que la insatisfacción corporal en estas personas es una de las variables más difíciles de revertir, claramente es un factor que incrementa la cronicidad. Diversas características favorecen y potencian la cronicidad de estos cuadros. El perfeccionismo (entre otros) es un ejemplo paradigmático, el cual funciona como una variable que acompaña todo el proceso.

Comorbilidad

Los avances en los sistemas de clasificación actuales, como el *DSM-V* (2013) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*; Organización Mundial de la Salud, 2018) han ayudado a mejorar la precisión y especificidad de los diagnósticos en el caso de los TCA.

Sin embargo, estos pacientes presentan una gran cantidad de síntomas que van más allá de los síntomas nucleares considerados como criterios prevalentes de diagnóstico de los TCA.

La comorbilidad hace referencia, entonces, a la presencia de cualquier condición clínica adicional al trastorno alimentario per se, que haya existido o exista en el curso de la evolución de una situación que recibe el diagnóstico principal de TCA. Numerosos estudios muestran la presencia de otros trastornos psicológicos en pacientes con TCA. En cuanto al clásico eje I del *DSM*, se ha encontrado que el 73% de los pacientes con un diagnóstico de AN restrictiva padecen además otro diagnóstico, al igual que el 82% de los pacientes con un diagnóstico de AN purgativa y un 60% de los pacientes con BN (Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992).

Los trastornos mentales más comunes en los TCA son los afectivos, principalmente la depresión mayor, que aparece en el 40% de los pacientes (Braun, Sunday y Halmi, 1994), seguido de la distimia con un 32% (Halmi, 1992) y el abuso de sustancias (Herzog et al., 1992; Verkes, Pijl, Meinders y Van Kempen, 1996; Kanbur y Harrison, 2016). Además, en un reciente estudio con individuos con trastorno bipolar se ha encontrado una comorbilidad del 27% con TCA (12% TA, 15% BN y 0.2% AN) (McElroy, et al., 2016). Los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la AN. Muchos individuos con

AN refieren la presencia de síntomas ansiosos o un trastorno de ansiedad antes del inicio del TCA. La prevalencia de estos es del 60%, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente (36.8%), seguido del trastorno de pánico (20%). En algunos individuos con AN se han descrito casos de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), especialmente en los casos de tipo restrictivo. La prevalencia del TOC se estima en un 16% (Bulick, Sullivan, Fear y Pickering, 1997; Speranza et al., 2001). El trastorno por abuso de alcohol, así como por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la AN, especialmente en el tipo con atracones/purgas (APA, 2014). También encontramos una amplia comorbilidad en los individuos con BN. Existe un aumento en la frecuencia de los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares. Estas alteraciones del estado de ánimo se inician al mismo tiempo o después del desarrollo de la BN. Estas alteraciones suelen remitir con frecuencia después de un tratamiento eficaz de la BN. La prevalencia del consumo de sustancias como el alcohol y los estimulantes, se acerca al 30% en los individuos con BN (APA, 2014).

Los datos de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los TCA son muy heterogéneos (Thompson-Brenner et al., 2008). Se estima la presencia de este tipo de alteraciones, según diferentes estudios, entre un 53% y un 93% (Powers, Covert, Brightwell y Stevens, 1988; Yager, Landsverk y Edelstein, 1989; Zanarini et al., 1990). La presencia de un trastorno de personalidad en la AN oscila desde el 23% al 80%. Entre los trastornos más comunes se encuentran los trastornos de personalidad por evitación, dependiente y obsesivo compulsivo (Johnson y Wonderlich, 1992). Un porcentaje sustancial de individuos con BN presenta características de la personalidad que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno de la personalidad límite (5.^a Ed.; *DSM-V*, American Psychiatric Association, 2013).

Si bien no vamos a puntualizar en los aspectos orgánicos y/o físicos, es importante destacar que además de la comorbilidad con trastornos psicológicos, es muy frecuente observar una alta comorbilidad con problemas físicos, lo cual complejiza la evolución. La más común es con la diabetes mellitus (DM) donde las cifras de prevalencia varían entre un 0.5 % y el 7% de los casos de AN y BN, alcanzando un 20% en los de TCANE. La obesidad, está fuertemente vinculada al TA. Un 6% de niños con obesidad presentan un TA. Las enfermedades tiroideas, tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo, tienen una importante asociación en la aparición, el curso y el pronóstico de los TCA. La participación de condiciones clínicas comórbidas influyen tanto en la complejidad como en la cronicidad de estos cuadros.

Resistencia

Los **abordajes transdiagnósticos** permiten ampliar el foco del tratamiento para abordar las características que operan como agentes de mantenimiento de los trastornos alimentarios y pueden ayudar a la mejoría de los síntomas en los casos

más resistentes. Además, dado que las diferentes modalidades de TCA comparten diversos aspectos psicopatológicos entre sí y que, por lo tanto, los pacientes presentan signos y síntomas que corresponden a diferentes diagnósticos, un tratamiento que es aplicable a todos ellos puede mejorar la evolución de pacientes ambulatorios.

Dentro de los factores obstaculizadores para la adherencia a la terapia, encontramos la disposición parcial o ambivalente a mejorar y las dificultades en el entendimiento de la enfermedad, tanto de sus causas como de su sintomatología. El ir aclarando estos aspectos en terapia podría transformarse en facilitador del cambio, proporcionando a través de intervenciones psicoeducativas, las ventajas de producir ciertos cambios. Por otra parte, si dirigimos nuestra atención a los factores obstaculizadores contextuales, el hecho de que la familia no participe como red de contención y minimice el trastorno, contribuye significativamente a dificultar el proceso de cambio (Cruzat Mandich, Diaz Castrillón, Kirszman, Aspillaga Hesse y Behar Astudillo, 2013).

Hay evidencias que la intervención familiar es fundamental como parte del dispositivo del tratamiento. El funcionamiento interpersonal entre los miembros de una familia que presenta un TCA ha recibido considerable atención como factor determinante en la constitución y mantenimiento del mismo (Salgueiro y Kirszman, 2012).

Otro fenómeno obstaculizador relevante a considerar y que se vincula con la alianza, es la percepción que las pacientes tienen de ser tratadas como enfermas teniendo en cuenta que no se consideran como tales, ni siquiera que tienen problemas. En todo caso, el problema lo visualizan en la falta de comprensión que atribuyen, en primer lugar a la familia, como así también al contexto interpersonal más amplio. Estas circunstancias explican los motivos por los cuales son tratamientos que se abandonan prematuramente.

Según Kazdin, Fitzsimmons-Craft y Wilfley (2017) las barreras de tratamiento más fuertes se vinculan con que los pacientes tienen la creencia de que pueden ayudarse a sí mismas, minimizando el problema, considerando que el problema no es suficientemente grave como para justificar el tratamiento. En una revisión sistemática de 13 estudios de barreras percibidas hacia la búsqueda de ayuda para los TCA se identificó estigma y vergüenza, negación de la gravedad de la enfermedad, algunas barreras prácticas (e.g., costo), baja motivación, actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda, falta de aliento y falta de conocimiento sobre los recursos como las barreras más prominentes (Ali et al., 2017). Un metaanálisis integral reciente sobre el abandono de la psicoterapia, que analizó 669 estudios y 83834 pacientes adultos con un trastorno no psicótico, encontró que el 23.9% de los pacientes abandonan los tratamientos.

Como se evidencia, son múltiples las variables que intervienen como obstaculizadores y que son representantes de altos niveles resistenciales. La alexitimia funciona como una de las principales variables. Se refiere a una alteración específica en el procesamiento emocional, que se traduce especialmente en una capacidad

reducida para verbalizar y expresar emociones. La alexitimia puede observarse con claridad en las siguientes 5 características dominantes: (1) dificultad para identificar la emoción de uno; (2) dificultad para describir los sentimientos personales verbalmente; (3) una reducción o incapacidad para experimentar emociones; (4) una ausencia de tendencias a la imagen de la emoción de otra persona, o un estilo cognitivo orientado externamente; y (5) poca capacidad para fantasear o desarrollar pensamiento simbólico.

Propuestas y Conclusiones

En el contexto de los trastornos alimentarios, existen pocos tratamientos de apoyo empírico, definidos como tratamientos específicos que se muestran efectivos en estudios de investigación apoyados en ensayos controlados y aleatorizados (Chambless y Hollon, 1998). Las revisiones sistemáticas de alta calidad han demostrado que las formas específicas de terapia cognitivo-conductual (TCC) son eficaces para una variedad de presentaciones de trastornos alimentarios a corto y largo plazo (Brownley et al., 2016). También hay evidencia de que no hay diferencias de resultados estadísticamente significativas entre TCC y psicoterapia interpersonal (TPI) en períodos de seguimiento a largo plazo (Linardon, Wade, de la Piedad Garcia y Brennan, 2017). Las guías clínicas internacionales para trastornos de la alimentación recomiendan el uso de tratamientos psicológicos que muestren un fuerte apoyo empírico, aunque algunas recomendaciones tampoco se basan en la evidencia y probablemente reflejan las particularidades de los sistemas de salud (por ejemplo, disponibilidad de servicios ambulatorios, cantidad de terapeutas capacitados en una orientación teórica particular, etc. (Hilbert, Hoek y Schmidt, 2017). De las ocho guías clínicas disponibles que indican tratamientos psicológicos para trastornos de la alimentación, todas recomiendan la TCC para la bulimia nerviosa.

Se proporcionan orientaciones futuras para la investigación del tratamiento del trastorno alimentario, incluidas estrategias para aumentar la potencia, la diseminación y la implementación de tratamientos basados en la evidencia.

Al día de hoy se han desarrollado diferentes estrategias de intervención con resultados favorables. Uno de los primeros puntos a tener en cuenta, lo cual implica un importante desafío, es cómo establecer una alianza de trabajo que permita avanzar adecuadamente en el proceso de ayuda. Situación particularmente difícil con estos pacientes ya que la disposición para el cambio es muy baja.

Teniendo en cuenta que uno de los elementos para la construcción de una buena alianza de trabajo es que el/los consultantes se sientan comprendidos, se trata de encontrar cual es la vía de entrada más accesible en cada caso. El criterio de avanzar de modo gradual, lento y progresivo permite que los pacientes vayan adquiriendo la confianza necesaria para lograr cambios en dicho proceso, y que consideren beneficioso desarmar los síntomas que con tanto sufrimiento lograron construir.

En las últimas dos décadas, ha habido un interés creciente en el uso de la

tecnología de Realidad Virtual (VR) para aplicaciones de atención médica, con muchas investigaciones que muestran beneficios en el tratamiento de afecciones psicológicas como el trastorno de estrés postraumático, la fobia y la ansiedad (Riva, Wiederhold y Mantovani, 2019).

En particular, diferentes ensayos controlados aleatorizados demostraron la eficacia de la RV en el tratamiento de trastornos de la alimentación y del peso: obesidad, bulimia y trastorno por atracón (Ferrer-García et al., 2019; Ferrer-García et al., 2017; Manzoni et al., 2016; Cesa et al., 2013).

Las intervenciones en el campo de la salud asistidas por computadora pueden ser de gran beneficio para las personas debido al anonimato y la posible reducción de las preocupaciones sobre el estigma (Brenes, Ingram y Danhauer, 2011).

Hay evidencias que la Terapia cognitiva conductual (TCC) es el tratamiento empírico más consistente para los Trastornos Alimentarios. Sin embargo, solo alrededor de la mitad o menos de las personas con BN o trastorno de purga que inician un proceso de TCC ambulatoria o intensiva logran la remisión. Por otra parte, de aquellos que tienen éxito al final del tratamiento, aproximadamente el 30-50% experimentará una recaída (Olmsted, MacDonald, McFarlane, Trottier y Colton 2015).

Por lo tanto, a pesar de ser la TCC el tratamiento actual con mejores pruebas de evidencia, sigue siendo imperativo mejorar sus resultados a corto y largo plazo.

Los fenómenos que facilitan y que dificultan el progreso terapéutico con los pacientes que presentan TCA son un conjunto altamente diversificado. Hasta el momento se han hecho ingentes esfuerzos por tratar de discernir cuáles son dichos fenómenos y cómo se presentan en la práctica clínica.

Hemos realizado algunos avances, lo que se traduce, al día de hoy, en mejores y más consistentes tratamientos. Pero, todavía es mucho lo que tenemos que hacer para avanzar en este terreno. Esta circunstancia es compartida por los clínicos e investigadores a lo largo del mundo, lo que se traduce en una firme actividad para mejorar nuestro conocimiento al respecto. Una propuesta elocuente en esa dirección es el Protocolo de Estudio FABIANA (Facilitators And Barriers In Anorexia Nervosa treatment initiation), puesto en marcha a partir de fines de 2019, enfocado en la Anorexia. Dicho estudio, de naturaleza multicéntrica, se propone identificar abordajes tempranos que tengan pruebas de evidencia para mejorar nuestros estándares terapéuticos (Kästner et al., 2019).

Referencias bibliográficas

- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. y Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Braun, D. L., Sunday, S. R. y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867. <https://doi.org/10.1017/S0033291700028956>
- Brenes, G. A., Ingram, C. W. y Danhauer, S. C. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 543-549. <https://doi.org/10.1037/a0026135>
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., y Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409-420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185(11), 704-707.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C. y Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 269-278. <https://doi.org/10.1002/eat.1084>
- Cachelin, F. M. y Striegel-Moore, R. H. (2006). Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 154-161. <https://doi.org/10.1002/eat.20213>
- Cesa, G., Manzoni, G., Bacchetta, M., Castelnuovo, G., Conti, S., Gaggioli, A., ... Riva, G. (2013). Virtual Reality for Enhancing the Cognitive Behavioural Treatment of Obesity with Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Study with One-Year Follow-up. *Journal of medical internet research*, 15(6), e113. <https://doi.org/10.2196/jmir.2441>
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Cruzat Mandich, C., Diaz Castrillón, F., Kirszman, D., Aspillaga Hesse, C. y Behar Astudillo, R. (2013). Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 102-115.
- Fairburn, C. G., Cooper Z. D. P., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K. D. P., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry*, 198(1), 8-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Pla-Sanjuanelo, J., Vilalta-Abella, F., Riva, G., Clerici, M., ... Dakanalis, A. (2017). A Randomised Controlled Comparison of Second-Level Treatment Approaches for Treatment-Resistant Adults with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Assessing the Benefits of Virtual Reality Cue Exposure Therapy. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 479-490. <https://doi.org/10.1002/erv.2538>
- Ferrer-García, M., Pla-Sanjuanelo, J., Dakanalis, A., Vilalta-Abella, F., Riva, G., Fernandez-Aranda, F., ... Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). A Randomized Trial of Virtual Reality-Based Cue Exposure Second-Level Therapy and Cognitive Behavior Second-Level Therapy for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder: Outcome at Six-Month. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(1), 60-68. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0675>
- Fichter, M. M. y Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders e Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Halmi, K. A. (1992). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F. y Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical psychology review*, 31(5), 727-735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
- Hilbert, A., Hoek, H. W. y Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423-437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G.M. y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147-52.
- Hoang, U., Goldacre, M. y James, A. (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, Englan, 2001-2009. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 507-15. <https://doi.org/10.1002/eat.22249>

- Innes, N. T., Clough, B. A. y Casey, L. M. (2017). Assessing treatment barriers in eating disorders: A systematic review. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 25(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207455>
- Johnson, C. y Wonderlich, S. A. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll y M. A. P. Stephens (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 179-196). Londres, Reino Unido: Hemisphere Publishing.
- Kanbur, N. y Harrison, A. (2016). Co-occurrence of Substance Use and Eating Disorders: An Approach to the Adolescent Patient in the Context of Family Centered Care. A Literature Review. *Substance Use & Misuse*, 51(7), 853-860. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1155614>
- Kästner, D., Buchholz, I., Weigel, A., Brunner, R., Voderholzer, U., Gumz, A. y Löwe, B. (2019). Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation (FABIANA): study protocol for a mixed-methods and multicentre study. *BJPsycho Open*, 5(6), e92, 1-9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.77>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. y Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid, España: TEA.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2015). Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 129-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.004>
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. y Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20589>
- Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad García, X. y Brennan, L. (2017) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080-1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>
- Marco, J. H., Perpiñá, C. y Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 422-430. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.151291>
- Mc Elroy, S. L., Crow, S., Blom, T. J., Biernacka, J. M., Winham, S. J., Geske, J., ... Frye, M. A. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders inpatients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 191, 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.010>
- Manzoni, G., Cesa, G., Bacchetta, M., Castelnuovo, G., Conti, S., Gaggioli, A., ... Riva, G. (2016). Virtual Reality-Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Morbid Obesity: A Randomized Controlled Study with 1 Year Follow-Up. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(2), 134-140. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0208>
- Murray, S. B. (2019). Updates in the treatment of eating disorders in 2018: A year in review in eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention. *Eating disorders*, 27(1), 6-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1567155>
- Mojtabai, R., Olfson, M. y Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of general psychiatry*, 59(1), 77-84. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.1.77>
- Olmsted, M. P., MacDonald, D. E., McFarlane, T., Trotter, K. y Colton, P. (2015). Predictors of rapid relapse in bulimianervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 337-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22380>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11)*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Powers, P. S., Coovert, D. L., Brightwell, D. R. y Stevens, B. A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive psychiatry*, 29(5), 503-508. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(88\)90066-1](https://doi.org/10.1016/0010-440X(88)90066-1)
- Riva, G., Wiederhold, B. K. y Mantovani, F. (2019). Neuroscience of Virtual Reality: From Virtual Exposure to Embodied Medicine. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(1), 82-96. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.29099.gri>
- Salgueiro, M. C. y Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 161-172.
- Smink, F. R., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>

- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P. y Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2, 193-207. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00035-6](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00035-6)
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Striegel-Moore, R. H. y Smolak, L. E. (2001). *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10403-000>
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E. y Herzog, D. B. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551-560. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.002>
- Thompson, C. y Park, S. (2016). Barriers to access and utilization of eating disorder treatment among women. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 753-760. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0618-4>
- Tierney, S. y Fox, J. R. (2009). Chronic anorexia nervosa: A Delphi study to explore practitioners' views. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 62-67. <https://doi.org/10.1002/eat.20557>
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P. y Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.006>
- Verkes, R. J., Pijl, H., Meinders, A. E. y Van Kempen, G. M. (1996). Borderline personality, impulsiveness, and platelet monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, 40(3), 173-80. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00384-3](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00384-3)
- Yager, J., Landsverk, J. y Edelstein, C. K. (1989). Help seeking and satisfaction with care in 641 women with eating disorders. I. Patterns of utilization, attributed change, and perceived efficacy of treatment. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(10), 632-637. <https://doi.org/10.1097/00005053-198910000-00006>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Pope, H. G., Hudson, J. I., Yurgelun-Todd, D. y Cicchetti, C. J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(1), 20-24. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(90\)90050-3](https://doi.org/10.1016/0010-440X(90)90050-3)



MANUEL VILLEGAS

PSICOLOGÍA DE
LOS SIETE PECADOS
CAPITALES

Herder

IDENTIDAD Y PROCESO EMOCIONAL DE CAMBIO EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

IDENTITY AND EMOTIONAL PROCESS OF CHANGE IN EATING DISORDERS

Dr. Luis Beato Fernández

Psiquiatra. Unidad de Trastornos Alimentarios
Hospital General Universitario de Ciudad Real. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6527-4390>

Dra. Teresa Rodríguez Cano

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría
Hospital General Universitario de Ciudad Real. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2308-1160>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Beato Fernández, L. y Rodríguez Cano, T. (2020). Identidad y Proceso Emocional de Cambio en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Revista de Psicoterapia*, 31(105), 17-31. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.353>

Resumen

El objetivo del presente artículo es desarrollar un enfoque del tratamiento de los trastornos alimentarios considerando aspectos relacionados con la propia identidad del paciente. Incorporando aspectos como el vínculo en la infancia, o la necesidad de integración por el grupo de pares durante la adolescencia, identificar las propias emociones y las conductas asociadas con el objetivo de validarlas e integrarlas. Basándonos en la propia individualidad restablecer el sentido de continuidad y coherencia de la propia trayectoria de vida, interrumpida por situaciones traumáticas que no fueron elaboradas emocionalmente. Esto favorecería un cambio de conducta para que de nuevo vuelva a estar en coherencia con el propio proyecto vital.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios, Cambio, Identidad, Trauma.

Abstract

The aim of this article is to develop an approach to the treatment of eating disorders taking into account issues related to the patient's identity. Understanding the childhood attachment, and the need for acceptance by the peer group in adolescence, would help to identify their own emotions and associated behaviors, in order to validate and integrate them. Based on one's own individuality to restore a sense of continuity and coherence of one's life spam probably interrupted by traumatic events that were not emotionally elaborated. This would stimulate the change of some behaviors towards those more consistent with the own vital project.

Keywords: Eating Disorders, Change, Identity, Trauma.

Fecha de recepción: 7 de noviembre de 2019. Fecha de aceptación: 19 de diciembre de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lbeato@sescam.jccm.es

Dirección postal: Dr. Luis Beato Fernández. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real. C/ Obispo Torija s/n. 13005 - Ciudad Real. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario se caracterizan por la persistencia de conductas alteradas en relación a la dieta y a la imagen corporal que generan una grave interferencia en la vida y las posibilidades de desarrollo. Su repercusión con frecuencia no se limita a la propia paciente¹ sino que se extiende a su entorno próximo, sobre todo en aquellos que pueden estar implicados en las funciones de cuidado, autonomía e integración en el grupo social.

Estos trastornos presentan algunas características que los hacen especialmente resistentes a las intervenciones psicoterapéuticas habituales, ya que con frecuencia la paciente se siente “cómoda” con sus conductas. A menudo, acuden a éstas como forma de manejar situaciones percibidas como amenazantes a su autoestima, como mecanismo para compensar sus propias carencias, o como forma de manejo del estrés, configurando un estilo de afrontamiento disfuncional. De hecho, aunque las pérdidas asociadas al trastorno puedan ser evidentes, la paciente con frecuencia se excusa y defiende cuando se confronta con sus propios síntomas.

Habitualmente, las intervenciones requieren la colaboración de ellas para aplicar con eficacia las estrategias terapéuticas necesarias, no sólo en la restauración de la conducta alimentaria adecuada, sino también en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales asociados. La falta de conciencia de enfermedad, así como la utilidad que encuentran en sus conductas, puede generar una actitud pasiva o incluso una clara resistencia ante el tratamiento.

Algunos factores asociados a una menor conciencia de enfermedad son: 1) el menor tiempo de evolución del trastorno, en estos casos las pérdidas aún no han sido tan relevantes; 2) la excesiva presión del entorno, que lleva al propio paciente a adoptar una actitud minimizadora de los efectos de su conducta; 3) una mayor gravedad psicopatológica, que explicaría la pasividad del paciente cuando llega a situaciones que suponen un riesgo físico importante y justificaría la necesidad de medidas transitorias de tratamiento no voluntario en casos especialmente graves (Clausen y Jones, 2014; Holm, Brixen, Andries, Hørder y Stovin, 2016).

En las pacientes reticentes a modificar sus conductas patológicas, un aspecto fundamental del tratamiento será estimular la necesidad de cambio. Las estrategias pueden oscilar desde enfoques conductistas, basados en contingencias de premio-castigo, a otros enfoques cognitivos, relacionales y/o dinámicos. Atendiendo a la necesaria colaboración de la paciente, debemos considerar tanto los aspectos que facilitan el cambio de conducta como aquellos que la interfieran (Halmi et al., 2005; Rodríguez-Cano, Beato-Fernandez, Moreno y Vaz Leal, 2012).

La aplicación de técnicas conductuales exige generar un entorno de control estrecho que permita aplicar las contingencias necesarias para lograr la modificación de conducta deseada. Esto se logra asociando estímulos negativos a la conducta a extinguir y positivos a la conducta que se quiere estimular. Dichos estímulos no suelen ser consecuencia directa de la conducta, pero el terapeuta, en colaboración con el entorno, los establece para facilitar la modificación del comportamiento

seleccionado. Sin embargo, sobre todo en casos especialmente graves, la creación de pautas conductuales puede suponer una interferencia en el entorno familiar, generando distorsiones en las relaciones establecidas. Esa situación influirá en el proceso evolutivo de la paciente y la familia y puede posicionar al terapeuta, no como figura de ayuda, sino como alguien inquisitivo y amenazante para la paciente. En estos casos la propia paciente, por el temor a las consecuencias de mantener las conductas, hará un balance decisional que la podría llevar a extinguir sus síntomas alimentarios. Sin embargo, algunas de estas pacientes quizás necesiten encontrar otros mecanismos para resolver sus dificultades, o aprendan a expresar sus conflictos de forma diferente, aunque quizás no de forma más sana. El tratamiento conductual puede estar principalmente indicado en pacientes de menor edad y con capacidad de colaboración, aunque desde hace ya varias décadas, en menores de edad, la terapia familiar sería el tratamiento de elección (Eisler, 2005; Hay, 2013).

El abordaje conductual requiere que el entorno sea fiable para poder aplicar el programa de contingencia. Su eficacia también exigirá que la paciente colabore y tenga cierto control sobre su conducta para evitar que, al suprimir los mecanismos de control, se reactive la conducta que se quería corregir; incluso en ocasiones con mayor intensidad (efecto rebote). No es infrecuente tampoco la aparición de otras complicaciones más graves asociadas a los mecanismos de control, como serían las purgas tras ingestas en pacientes a los que se obligan a ingerir alimentos, o incluso la de otros comportamientos más patológicos (buscar comida en la basura o robar dinero para comprar comida).

De lo anterior se deduce que lograr la motivación en las pacientes especialmente graves que sufren un trastorno alimentario es un aspecto nuclear. Desde esa perspectiva, se han ido desarrollando instrumentos válidos de evaluación y enfoques que incluían como un objetivo terapéutico este aspecto, adaptando técnicas motivacionales que se habían mostrado ya útiles en el tratamiento de otras alteraciones en las que también era necesario un cambio de conducta (adicciones). Sin embargo, la evidencia clínica muestra que el enfoque motivacional tampoco asegura una adecuada respuesta (Waller, 2011) ni conseguir que la motivación hacia el cambio sea suficiente. Por otra parte, en algunos pacientes especialmente graves, esperar su colaboración puede suponer unos riesgos inasumibles.

El “balance decisional” no se limitaría a identificar factores asociados a la resistencia del tratamiento, sino que tendría como objetivo reflexionar sobre aspectos que podrían explicar el mantenimiento de las conductas problema teniendo en cuenta posibles beneficios, tanto primarios –aquellos derivados directamente de las conductas patológicas – e.g., mejoría en la autoestima al tener un aspecto más delgado, como los secundarios que han ido surgiendo a lo largo de los años de evolución del trastorno –e.g., capacidad para lograr la atención y manipulación del entorno. Estos últimos pueden ser especialmente relevantes en pacientes de más tiempo de evolución. El mantenimiento del trastorno, aún en pacientes convencidas de la necesidad de cambio y con genuina actitud de colaboración, pone en

evidencia la necesidad de un abordaje más profundo que considere otros aspectos que puedan dificultar el cambio.

Vínculo

El ser humano necesita desde el nacimiento de los cuidados de su entorno y la naturaleza nos ha dotado de un mecanismo “vínculo” que permite asegurar la protección del recién nacido por su cuidador durante los primeros años de vida. Sin este mecanismo nuestra especie, y también muchas otras especies de animales que necesitan de la protección de los adultos, no habrían sobrevivido. Este vínculo se gesta en los padres desde antes del nacimiento, quienes irán construyendo un proyecto para sus hijos basado en sus propias experiencias y, en el cual influirán especialmente, sus propias carencias vitales. Desde la misma concepción de una nueva vida se establecerá una huella indeleble, tanto en el cuidador como para quien debe sentirse cuidado, que se irá concretando a lo largo del resto de la vida.

La sensación de sentirse “cuidado”, “mirado”, “entendido”, “aceptado” o “justificado” de forma incondicional –es decir por su mera existencia– los primeros años de vida ayuda a construir un sentimiento de seguridad y confianza propio que facilitará desarrollar conductas de exploración del entorno con seguridad. John Bowlby fue pionero en el estudio del vínculo y desde entonces la investigación en los estilos de relación con la figura de protección y los diferentes tipos de vínculo (seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado) han sido especialmente valiosos en la comprensión de los estilos de interacción en los primeros años de vida y han tenido implicaciones prácticas en la comprensión de los diferentes trastornos mentales y por supuesto en los trastornos del comportamiento alimentario (Tasca y Balfour, 2014).

Considerar el vínculo en relación al desarrollo de los trastornos alimentarios podría explicar cómo se puede iniciar y mantener una conducta, que en muchos casos podrá suponer una amenaza para la propia supervivencia. Aunque los sistemas de protección social en los países de nuestro entorno aseguran la protección del recién nacido, desde el punto de vista evolutivo era necesario que la naturaleza nos dotara de un sistema de protección a los más vulnerables. Entender el trastorno alimentario como una forma de establecer, o comprobar, la solidez del vínculo establecida con el cuidador explicaría que se mantengan conductas de búsqueda de cuidados y de atención, aun cuando supongan un riesgo para la vida. Esto explicaría además la intensidad de las conductas de riesgo que se establecen a través de la conducta alimentaria, ya que cualquier amenaza al propio vínculo se vivirá como una situación de amenaza vital. La sensación de sentirse protegido y cuidado es garantía de supervivencia y no sentir esta seguridad desde los primeros meses de vida generará una sensación crónica de vulnerabilidad. El vínculo debería ser suficientemente sólido para que en situaciones de carencia y amenaza, o incluso en las que fuera necesaria la huida, el cuidador antepusiera el cuidado de su criatura a sus propias opciones de supervivencia, aunque esto suponga dejar de satisfacer sus

propias necesidades vitales. La percepción de ser “cuidado”, “entendido”, “justificado”, “aceptado” establece la base sólida que les permitirá explorar el entorno con seguridad y encontrar su propia identidad.

Las conductas que ayudan a establecer un vínculo desde el nacimiento como serían la búsqueda de alimento y succión, el balbuceo, las sonrisas reflejas, el llanto, o la necesidad de ser acunado se adaptan a las nuevas necesidades que surgen en el desarrollo y, sólo cuando han cumplido su misión de generar el cuidado y la protección, van dando lugar a otros comportamientos más elaborados que buscan satisfacer otras necesidades en la interacción con el entorno. Posiblemente en la génesis de las conductas alimentarias alteradas la necesidad de “comprobar” la calidad del vínculo y posteriormente la necesidad de individualización podría justificar la intensidad de estos comportamientos y la resistencia a abandonarlos. Porque, como hemos visto antes, perder el vínculo supone una amenaza a la propia supervivencia.

El vínculo con las figuras de apego tiene una importancia fundamental en la comprensión de la génesis del trastorno alimentario y en la relación terapéutica de estos pacientes. No sólo porque podría explicar la persistencia de conductas que ayudan a comprobar la presencia y solicitud del “cuidador”, sino también porque el estilo de vínculo condicionará el tipo de relación con el propio terapeuta. Entender el vínculo requiere identificar la persona con la que se ha desarrollado este vínculo, qué papel ocupó u ocupa en su vida y que situaciones pueden amenazarlo. Cuestiones como: ¿Te has sentido aceptada –“mirada”– y “entendida” por alguien?, ¿quién piensas que te ha querido por quien eras –por existir– y no tanto por lo que hacías o por lo que le provocabas? A veces preguntar por quién es, o ha sido, la persona más importante en su vida o si se siente especialmente importante para alguien, puede ayudar a conocer si se estableció este vínculo y con quién, lo que facilitará entender la calidad y estilo de esta relación.

Pensar en los primeros años de su existencia, los primeros recuerdos y cuando empezaron a descubrir su identidad tiene resultados sorprendentes ya que habitualmente no han tomado conciencia de sus vivencias más tempranas, ni en cómo se sentían en relación a los demás en esos primeros años de vida. En ocasiones es de utilidad pedir al paciente que traiga a la consulta las fotos que tenga de sus primeros años de vida y a través de ellas intentar que “retroceda” en el tiempo evocando las emociones que sentía y cómo se encontraba en la relación con su entorno y las personas cercanas. Las emociones y vivencias que surjan al revivir las características de su relación con las personas significativas en su infancia nos dará pistas relevantes de cómo se percibía en su entorno y de su propio proyecto. Desde esa perspectiva resulta útil preguntar si la vida que vive ahora es la que se hubiera imaginado para ella. En muchos casos, ya desde la infancia –sobre todo cuando esa infancia ha sido especialmente traumática–, imaginaban relaciones cargadas de afecto y seguridad, así como proyectos personales y profesionales que aliviaran sentimientos de fracaso y minusvalía. Es importante puntualizar que la

percepción de no ser “suficientemente” importante para el cuidador dependerá, no tanto de las posibles carencias en los cuidados, como de las expectativas que desde la infancia se tengan de estas relaciones.

El estilo de interacción que establecía con las figuras significativas de su infancia tenderá a replicarlo de forma inconsciente a lo largo de su vida con las figuras que adquieran significancia en sus vidas. El terapeuta será una de estas figuras y sobre él se proyectarán tanto aspectos positivos (confianza y seguridad en su relación) como negativos (recelo, ambivalencia, miedo a la pérdida). De hecho, un vínculo seguro y estable facilitará el trabajo terapéutico, así como vínculos inseguros o ambivalentes lo interferirán. En estos casos la labor inicial del terapeuta debe dirigirse a establecer una buena calidad del vínculo manteniendo estabilidad en la interacción y unas reglas que faciliten el establecimiento de una relación segura con el terapeuta. El análisis del estilo de alianza terapéutica y su influencia en el pronóstico en los trastornos alimentarios es un aspecto que ya ha merecido consideración (Graves et al., 2017).

La necesidad de ser aceptada por el grupo

Tan relevante como el establecimiento de un vínculo seguro al inicio de la vida, es el estilo de relación que se establecerá posteriormente en la adolescencia con el grupo de pares. La estrecha interacción entre vínculo paterno y estilo de interacción con los iguales está fuera de duda y aunque supone gran interés requeriría un análisis pormenorizado que escapa a los objetivos de este artículo. En nuestra especie, como otras especies fundamentalmente gregarias, la aceptación por el grupo es necesaria y garantía de supervivencia individual. La expulsión del grupo, ser excluidos, supondría una amenaza y, al igual que filioontogénicamente hemos desarrollado el vínculo, fue necesario también establecer la sensación de pertenencia y aceptación por el grupo. Aunque los sistemas de protección social han desarrollado los medios necesarios para evitar situaciones de exclusión social esto no garantiza que desaparezca el miedo al aislamiento y la exclusión, como lo fue en edades más tempranas el miedo al rechazo del cuidador.

La comunicación es, en este caso también, la clave de la aceptación por el grupo pero basada no tanto en la mera existencia sino en la expresión de características atractivas para el entorno. Potenciar sus cualidades o hechos distintivos que despierten una característica diferencial atractiva y a su vez identificativa por el grupo al que pertenece, adquiere una importancia decisiva en estas edades. La delgadez es, si no el mayor valor para las chicas adolescentes, uno de los aspectos fundamentales en la relación. La necesidad de sentirse atractiva tiene especial relevancia cuando además no tienen una adecuada autoestima. En estos casos se hacen “dependientes” de la aprobación buscando, a través de la aceptación y admiración de los demás, aliviar sus sentimientos crónicos de minusvalía y su miedo al rechazo. Desde esta perspectiva, hacer “todo lo que sea necesario” para conseguir la aprobación de su grupo estaría justificado y en ese “todo lo necesario” estaría

incluida la “delgadez” como valor social, a cualquier precio.

Tanto los problemas del vínculo en la infancia, como las dificultades con el grupo de pares en la adolescencia, se relacionan con un aspecto psicopatológico esencial común, la baja autoestima. De hecho, situaciones que hayan podido suponer una amenaza tanto para el vínculo como para la sensación de aceptación por el grupo, no se concretarían en disfunción sin una baja autoestima subyacente. La baja autoestima lleva implícita la sensación de rechazo por el entorno, reactivando los temores al abandono en la infancia o a la exclusión del grupo en los adolescentes y, como hemos visto antes, esto supondría una sensación de amenaza vital. En razón a la necesaria concreción de este artículo, no podemos desarrollar aquí cómo se configura la autoestima a lo largo de la infancia, tan sólo señalarlo como un aspecto nuclear y necesario para la aparición del trastorno alimentario. Se podría decir que, al igual que el inicio de una dieta es la condición necesaria para que se inicie el trastorno alimentario, la baja autoestima es el combustible que permite que se desarrolle de forma descontrolada.

Trauma, secuestro conductual y liberación emocional

Los factores anteriores, aunque pueden estar presentes en quienes sufren un trastorno alimentario, no son siempre necesarios ni suficientes. Estos deben asociarse, en individuos vulnerables, a momentos vitales emocionalmente críticos que podrían precipitar el desarrollo del trastorno alimentario, impidiendo al aprendizaje de estrategias más adaptativas y la capacidad de recomponerse tras situaciones traumáticas. Se entra en una espiral que dificulta el correcto aprendizaje y un desarrollo personal adecuado. Progresivamente, situaciones traumáticas pasadas quedan “sepultadas” por hechos adversos recientes que, aunque objetivamente no sean especialmente traumáticos, reactivan otros temores y traumas inconscientes no resueltos del pasado. La respuesta emocional, cognitiva y conductual podría ser desproporcionada al hecho que la desencadena, pero, la situación en sí, sólo ha removido otros conflictos del pasado que la propia paciente no se siente capaz de abordar ni hacer conscientes, aunque sus efectos emocionales se hagan notablemente evidentes. El trabajo terapéutico, en un clima de confianza y aceptación, podría facilitar la identificación de estos hechos traumáticos para poder elaborarlos emocionalmente y desarrollar formas más adecuadas de manejo de esas emociones. La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) tiene como objetivo tanto la identificación de hechos traumáticos como su elaboración emocional, asumiendo que algunas de las conductas “automáticas” podrían desencadenarse por estados emocionales que estarían de forma inconsciente asociados a estos hechos traumáticos (Paauw, de Roos, Tummers, de Jongh y Dingemans, 2019). El manejo de la regulación emocional y la impulsividad es un aspecto nuclear en el tratamiento de cuadros especialmente relacionados con los trastornos alimentarios como el trastorno límite de personalidad. En estos, un aspecto esencial es el trabajo con la emoción y el aprendizaje de técnicas de resolu-

ción de problemas basadas en conceptos psicodinámicos, cognitivos y humanistas (Storebø et al., 2018). Que la paciente identifique, entienda y elabore sus estados emocionales y, a pesar de ellos, mantenga su conducta bajo control, aunque a veces suponga actuar “como un autómatas”, es habitualmente requisito para poder iniciar y mantener el cambio de su conducta problema.

El trabajo con las propias emociones no se limita a identificarlas y a ponerlas fuera de su propio “yo”, sino entender su “temporalidad” y la capacidad del sujeto para modificarlas, tanto en intensidad como en su duración. Esto requiere el uso de estrategias previamente entrenadas que le ayuden a identificar las conductas automáticas o semi-automáticas, desencadenadas por estas emociones para incorporar otras que les permitan manejar ese estado displacentero. La práctica de estas conductas “de rescate” debe realizarse previamente por el sujeto en el contexto de situaciones neutras para que cuando surjan estos estados emocionales pueda resultarles más fácil llevarlas a cabo.

La construcción de una identidad

El concepto de uno mismo se va configurando desde la infancia basándose, no sólo en la propia capacidad de introspección, sino principalmente en la interacción con el entorno, especialmente con las figuras significativas. El efecto que las situaciones adversas puedan ejercer en la construcción de la propia identidad dependerá de múltiples factores. Además del tipo de interacción (vínculo) que se establece, aspectos como las descripciones y atribuciones hechas por el entorno próximo, las situaciones en las que se vea implicada, la forma como ha resuelto las crisis vitales y por supuesto la explicación que la persona hace de sí misma, sus circunstancias y los hechos que suceden en su vida irán construyendo su propio concepto y sus sentimientos de competencia. Los hechos traumáticos, especialmente si viene infringidos por quien tendría la “obligación” de cuidarla o protegerla, así como la capacidad de contención y apoyo del entorno próximo cuando estas agresiones o pérdidas se producen, tendrán una repercusión especial en el propio sujeto. A veces las situaciones traumáticas no están directamente dirigidas al propio sujeto, pero le podrán afectar, aunque sólo esté presente como un miembro del grupo familiar o social donde se desarrolla la agresión o meramente como observador. Las situaciones que a la postre irán configurando el propio “yo” no tienen un efecto directo, ni guardarán una relación proporcional entre gravedad del trauma y daño sufrido. La configuración del “yo” vendrá influida por circunstancias individuales en el momento en que se produce el trauma, así como por el estado emocional presente y otros antecedentes previos que pudieron pasar desapercibidos pero que reactivan respuestas emocionales latentes asociadas al trauma.

De forma imperceptible, se irá construyendo una concepción propia que tendrá su máxima expresión en la adolescencia. En esta etapa, la necesidad de encontrar su propia personalidad y, a través de ella, significarse e individualizarse en el grupo de pares adquiere su máxima importancia. La adolescente irá tantean-

do comportamientos y patrones de respuesta con los que se sienta identificada y generen la aceptación que le asegure encontrar su propio espacio en el grupo. El “yo” individual se irá desarrollando en la interacción con su entorno y en función de las emociones que le genera esta interacción. Este autoconcepto también estará en función de las proyecciones y las expectativas de los demás sobre el individuo, sobre todo en edades más tempranas. La identidad o, específicamente el propio concepto, tendrá más relevancia para explicar sus conductas, relaciones y actitudes, que las características objetivas que la definen. El individuo actuará y reaccionará en función de cómo “cree que es” y en función de este auto-concepto establecerá su proyecto personal y los comportamientos que estén en sintonía con esta concepción propia. La autoestima, por otro lado, dará el tono general a su estilo de interacción y a su propia concepción tanto general como de sus capacidades.

Lo anterior tiene una especial relevancia en la educación, ya que las expectativas de los educadores y de las figuras significativas sobre las cualidades y potencialidades del niño tiene un efecto especialmente poderoso. De forma paralela, las creencias de los terapeutas en las posibilidades de sus pacientes ejercen una influencia relevante. Educar deberá incluir, por un lado el descubrir las propias cualidades y potencialidades individuales y, por otro, el aprendizaje de las herramientas que le permitan desarrollar esas cualidades para que resulten de utilidad a la sociedad. Los terapeutas podrían compartir estas funciones, aunque en este caso el objetivo no sería el desarrollo del alumno, sino la recuperación de la limitación generada por la enfermedad. La labor de los terapeutas se centraría en facilitar la construcción de una identidad basada en el “sistema de creencias” del sujeto, que integre sus experiencias previas y sus características personales, estimulando el desarrollo de sus habilidades y valores.

La propia identidad

Los profesionales que se dedican al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales se han aproximado al análisis y la comprensión de la conducta humana, partiendo desde la patología y más en concreto desde la personalidad. Esta se define operativamente como un patrón de respuesta estable ante los estímulos externos o internos al individuo. En este sentido uno de los enfoques más exitosos fue el modelo de personalidad propuesto por Robert Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) que intentaba aunar los conocimientos neurofisiológicos con la expresión psicopatológica y conductual de estos. Este enfoque retoma el modelo clásico de temperamento y carácter. Las dimensiones temperamentales (búsqueda de sensaciones, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) muestran un patrón heredable y estable favoreciendo el establecimiento de hábitos y posiblemente relacionadas con sistemas específicos de neurotransmisión. Las dimensiones caracteriales (auto-directividad, cooperatividad y auto-trascendencia) se desarrollan a lo largo de la vida configurando la propia identidad “como individuo”, “como parte de la humanidad” y “como parte del universo tomado como un todo”.

Se han llevado a cabo investigaciones utilizando este enfoque, encontrando relación de las dimensiones caracteriales con la evolución clínica (Rodríguez-Cano, Beato-Fernandez, Rojo-Moreno y Vaz-Leal, 2014) y con en el pronóstico (Rodríguez-Cano et al., 2012) en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.

Sin embargo, la mera descripción de estilos de respuesta, aunque pueda ayudar a intuir el comportamiento futuro, no facilitará su comprensión o el “por qué” de este comportamiento. Teniendo menor utilidad si nuestro objetivo es entender los aspectos que pueden influir en el cambio o en la incorporación de nuevas formas de conducta. En este sentido, es necesario dar un paso más en la comprensión de la conducta humana basándonos en la identidad y retomando el concepto del “yo”.

Nuestro “yo” está en el centro y en función de él actuamos, emitimos los juicios sobre nuestras acciones y podemos entender nuestras respuestas emocionales. La coherencia entre juicio y conducta generará una sensación de bienestar y armonía que orientará nuestras próximas acciones. La trayectoria de cada individuo se basa en su propio autoconcepto, que tenderá a estar alineado con sus valores y será referencia para sus conductas y respuestas emocionales. La incoherencia entre pensamiento y conducta generará una disonancia que llevará o a adaptar las conductas al pensamiento, o el pensamiento acabará justificando las conductas. Un aspecto a veces olvidado en la elaboración del balance decisional es que los “pros” a favor de iniciar una determinada conducta deben estar en coherencia con los valores del individuo y no con los del terapeuta o los del entorno. Lo mismo se debe exigir al identificar los aspectos en “contra” de mantener una conducta. De hecho, lo que mueve a una determinada acción no es en sí las ventajas o inconvenientes “objetivos” de una conducta, sino es que esta esté o no en consonancia con los propios valores y auto-concepto. Por lo tanto, entender el “yo” personal de cada individuo debería ser el punto de partida de la mayoría de los abordajes que requieran una elaboración y transformación más profunda de la conducta del individuo.

En Diciembre del 2011 se publicó un suplemento de las Actas Españolas de Psiquiatría (López-Ibor Aliño, Ortiz y López-Ibor, 2011) que revisaba muy exhaustivamente aspectos relacionados con la experiencia y la identidad corporal. En razón a la necesaria brevedad sólo haré referencia a la cita tomada en torno al “yo” de Ortega y Gasset, quien distinguía en el “yo” tres centros personales: Un “yo corporal”, un “yo psíquico” del alma que es el centro de la conciencia y un “yo espiritual” capaz de las actividades superiores de la voluntad y la inteligencia. Ortega y Gasset identifica el “yo psíquico” como el “yo” o el “self” que fue descrito por la psicología del siglo pasado refiriéndolo como “el centro de nuestra individualidad”. El “yo” como la propia conciencia de existencia y de identidad, que nos permite la introspección y entendernos como algo más que un cuerpo, con conciencia de uno mismo, de sus actos, emociones, pensamientos y relaciones. Este “yo” nos da la individualidad y permite conocer tanto nuestro mundo interno como el mundo externo, así como reconocer el mundo interno del resto de seres humanos. La identidad de cada uno pasa irrenunciablemente por el reconocimiento del

“yo” individual que permanece inmutable a pesar de los cambios a los que pueda someterse el propio cuerpo o de los procesos mentales que acaecen en el individuo.

Otro filósofo español, Leonardo Polo (Corazón, 2011), sistematiza de forma más amplia un modelo antropológico del hombre señalando tres niveles. Uno primero referido a la “estructura corporal” donde se concretan los aspectos biológicos, así como la cultura y el ambiente en el que se desarrolla el individuo. En este nivel, tanto los sentidos externos como los internos están en función de las propias facultades. Sus alteraciones entrarían de lleno bajo la intervención de la psiquiatría. En un segundo nivel estaría el “yo” como la propia identidad y a este nivel, a diferencia de Ortega es el “yo” quien puede desarrollar la voluntad (decisión) y la inteligencia (pensamiento abstracto y simbólico) sin límite. Estas potencialidades no se basan en un “soporte” orgánico y se entiende mejor por “ser” en vez de por “estar”. El “Yo” hace de bisagra entre nuestro núcleo interno y la esencia y naturaleza humana y permite el conocimiento abierto tanto al espacio interior como al exterior. La forma de influir del “yo” configura la personalidad. La intervención médica se complementaría a este nivel con la psicológica. Y, en un tercer nivel, estaría la “esencia humana” que nos configura como personas y en la que se pueden identificar 4 trascendentes: “Co-existencia” (el ser humano está abierto al entorno y a su intimidad), “Libertad” (no cumpla un patrón necesario como el resto del universo), “Conocimiento” intuitivo, directo que puede mirar al exterior o al interior (sabiduría) y “Amor” no tanto como necesidad sino como aceptación y donación.

La idea que tengamos de “lo que nos importa” y de “como somos” nos llevará a actuar, aunque esta actuación pueda suponer un esfuerzo ímprobo e incluso independientemente de los resultados que obtengamos. Si para mí “no ser un traidor” es una característica que me identifica y me hace sentir especial, aunque esto pueda suponer cargar con el delito de un compañero, siempre pesará más mi propia concepción sobre las consecuencias que se deriven. Valores como el honor, la fidelidad, la valentía, la fe, etc., han explicado a lo largo de la historia de la humanidad hasta la renuncia a la propia vida. La intensidad y duración de una acción no dependerá tanto de los resultados, o de las consecuencias, sino de la vinculación emocional que esa conducta represente y lo que pueda suponer como cuestionamiento personal renunciar a ella.

En el caso de los trastornos alimentarios, las primeras descripciones ya se centraban en aspectos relacionados con el fracaso en el desarrollo de una identidad más amplia. La adolescente, centrándose en el peso y la imagen corporal podía compensar una identidad asociada con sentimientos de incapacidad e incompetencia. Desde esta perspectiva, la fijación en el cuerpo era una forma desadaptativa de manejar sus déficits y una forma de conseguir sensación de identidad, competencia y control (Bruch, 1982). Posteriormente, los estudios fueron centrando más en aspectos concretos del trastorno alimentario, como el propio esquema corporal, entendiéndolo casi exclusivamente como el propio constructo de la representación

física y su psicopatología de la imagen corporal (Stein y Hedger, 1997). Algunos estudios recientes vuelven a retomar el concepto de identidad, pero referidos a aspectos concretos del “yo”, como sería la identidad de deportista analizándolo como un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario (Palermo y Rancourt, 2019) o con la presencia de conductas que estarían en el límite de la patología pero que se consideran necesarias para conseguir un buen rendimiento en la competición (Turton, Goodwin y Meyer, 2017).

De forma sintética, podemos decir que la conducta tiende a alinearse con la propia identidad personal y esta se concreta en el concepto que tenemos de nosotros mismos. La identidad se expresa en los valores individuales que definen nuestro discurso, orientando nuestro pensamiento y determinando nuestras decisiones y conducta. Pensamiento y conducta buscan armonizarse en función de la propia identidad lo que generará “emociones agradables” de autenticidad y coherencia. La falta de congruencia entre identidad y comportamiento generará malestar, que llevará a modificar la conducta o a buscar explicaciones racionales que justifiquen dicha conducta. Se actúa como se piensa y, si no se actúa como se piensa, se acaba pensando cómo se actúa. Por lo tanto, nuestra particular forma de pensar y de actuar, en sintonía con nuestras emociones, establecen nuestra identidad. La identidad – aunque se pueda describir racionalmente – supone una vinculación emocional propia y explica la intensidad del compromiso con los propios pensamientos, actitudes, proyectos, relaciones...

Basar el cambio en la propia identidad

El punto de partida del tratamiento debe establecerse sobre el conocimiento de las motivaciones íntimas de la paciente. Explorar las características que configuran su identidad, lo que ella considera que siempre ha estado presente en su vida y la pueden definir. Puede ser útil reactivar recuerdos de su infancia en los que la paciente pudiera identificar decisiones personales, cómo fue decidiendo sus propios proyectos, o cuál considera ella que puede ser su verdad más profunda. A veces la paciente puede rememorar diálogos internos de momentos vitales que la llevaron a decisiones relevantes. Entre estos estará la decisión de perder peso o incluso la percepción de pérdida de control con la alimentación. La entrevista tiene como objetivo generar un ambiente de aceptación y confianza que permita a la paciente expresar su ambivalencia y reconocer su sufrimiento y errores. Es más útil favorecer la expresión emocional de situaciones pasadas, tal y como son recordadas por la paciente, que la obtención fidedigna de información. La expresión de sus emociones permitirá elaborarlas y dar la perspectiva adecuada a sus conductas validándolas y facilitando un sentido de continuidad en conexión con sus creencias y su proyecto inicial. El objetivo sería explorar las circunstancias que le llevaron a tomar decisiones pasadas, adoptando una actitud activa para identificar las emociones que las desencadenaron. La actitud por entender “emocionalmente” las decisiones que explicaban el desarrollo del trastorno facilitará una sensación de coherencia

y control aprendiendo a modificar la intensidad y duración de sus emociones sin tener que acudir a medios que no corresponden a sus objetivos.

La consecuencia: actuar conforme a su individualidad

El estilo de relación terapéutica se orientará a identificar las propias cualidades y carencias de la forma más objetiva posible y respetando su individualidad. Descubrir su “don” particular y cómo potenciarlo de forma que pueda ser útil a ella y a su entorno. La propia identidad se va redescubriendo y desarrollando a lo largo de la vida y el terapeuta debe tener la habilidad para encontrar en la paciente aquellas cualidades que, en consonancia con sus valores, puedan facilitar su desarrollo personal. Es importante ajustarnos a las capacidades del paciente para evitar falsas expectativas de la terapia (Kahn, 2011), pero por regla general nos sorprenderán los objetivos y las metas que se plantean y logran alcanzar. Sólo basándose en su propio conocimiento y auto-aceptación podrán llegar a visualizarse realmente alcanzando sus objetivos. La visualización debería ser el punto inicial de la construcción de su propio proyecto, pero exigirá que previamente la paciente haya entendido su individualidad, elaborado las agresiones y pérdidas a las que ha sido expuesta y validado su forma de manejo del sufrimiento y el miedo.

El tratamiento centrado en reconocer la individualidad y, cómo sobre esa primera identidad, han ido incidiendo las diferentes circunstancias de la vida, configurando su historia personal y sus formas de respuesta en cada contexto, facilitará su aceptación y validación permitiendo la necesaria distancia emocional. La relación terapéutica debe favorecer el encuentro de la paciente con sus vivencias pasadas para entenderlas, elaborarlas emocionalmente y facilitarle una lectura más amable de sus recuerdos estimulando sus oportunidades futuras.

Posicionarse en su propio “yo” deberá facilitarle tener una perspectiva separada de su propia corporalidad, incluyendo en ésta sus procesos mentales (cognitivos, emocionales, relacionales o conductuales) que se percibirán como algo distinto de su propia identidad. Por así decir, la paciente puede sufrir cualquier proceso psicopatológico sin que esto suponga alterar su identidad. Esta diferencia entre lo que es mi mente y mi cuerpo con mi “yo” facilitará que, la consecución de los objetivos no esté en base al estado de ánimo o de otras variables externas, sino de su propia conciencia.

“Tocar fondo” que a veces se señala como un “punto de inflexión” para dejar una determinada conducta tiene un componente más emocional que racional y tiene que ver con ese contraste entre como alguien “se ve” en un momento concreto y como le “gustaría verse”. Dicho de otra manera, cuál es su identidad con la que se siente emocionalmente vinculada y, sin embargo, como se comporta o se siente “ella misma” en determinadas circunstancias de su vida. El enfoque centrado en la identidad busca lograr la convergencia entre su proyecto personal y sus conductas, emociones, pensamientos y relaciones. El terapeuta en el proceso terapéutico debe desenmarañar todo aquello que dificulta encontrar su individualidad, incluyendo sus

cualidades y sus debilidades, para ayudar a integrar las emociones, pensamientos disfuncionales, conductas o relaciones que interfieren en la realización de su proyecto.

Conclusión

Este enfoque desplaza el foco del tratamiento desde la expresión del trastorno en sus diferentes dimensiones (conductuales, cognitivas, relacionales o dinámicas) a los aspectos más íntimos de la paciente donde radica su propia concepción. Partiendo de este punto se iniciará un camino donde incorporar pautas nutricionales, farmacológicas, cognitivo-conductuales, sistémicas y dinámicas, pero manteniendo como línea unitaria la propia individualidad y la búsqueda del propio desarrollo personal. Entendiendo la funcionalidad que tuvieron los síntomas alimentarios y buscando su sustitución por formas de afrontamiento más beneficiosas para los objetivos de la paciente. No será tanto una cuestión de esfuerzo sino de incorporar un estilo de vida que esté más en consonancia con sus valores, necesidades y su proyecto personal.

Notas:

1 Usaremos el femenino al ser una patología predominante de este género.

Referencias bibliográficas

- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 12(139), 1531–1538. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.12.1531>
- Clausen, L. y Jones, A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 1–2. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0029-8>
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Corazón, R. (2011). *El pensamiento de Leonardo Polo*. Madrid, España: Rialp.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104–131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Graves, A., Tabri, M. A. N., Thompson-brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-bedes, S., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776–781. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W. y Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776–781. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.776>
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462–469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
- Holm, J., Brixen, K., Andries, A., Horder, K. y Støving, R. (2016). *Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa : a review of five cases*. *PubMed Commons*. 45(1), 21344467. <https://doi.org/10.1002/eat.20915>
- Kahn, M. W. (2011). Palliative psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 888–889. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11040636>
- López-Ibor Aliño, J. J., Ortiz, T. y López-Ibor, M. I. (2011). Percepción, vivencia e identidad corporales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(Supl.1), 3-118.

- Paauw, C., de Roos, C., Tummers, J., de Jongh, A. y Dingemans, A. (2019). Effectiveness of trauma-focused treatment for adolescents with major depressive disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682931>
- Palermo, M. y Rancourt, D. (2019). An identity mis-match? The impact of self-reported competition level on the association between athletic identity and disordered eating behaviors. *Eating Behaviors*, 35, 101341. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101341>
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L., Moreno, L. R. y Vaz Leal, F. J. (2012). Influence of attitudes towards change and self-directness on dropout in eating disorders: A 2-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 20(3), e123-e128. <https://doi.org/10.1002/erv.2157>
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L., Rojo-Moreno, L. y Vaz-Leal, F. J. (2014). The role of temperament and character in the outcome of depressive mood in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1130-1136. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.009>
- Stein, K. F. y Hedger, K. M. (1997). Body weight and shape self-cognitions, emotional distress, and disordered eating in middle adolescent girls. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(5), 264–275. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(97\)80017-9](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(97)80017-9)
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Kielsholm, M. L., ... Simonsen, E. (2018). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955>
- Tasca, G. A. y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Turton, R., Goodwin, H. y Meyer, C. (2017). Athletic identity, compulsive exercise and eating psychopathology in long-distance runners. *Eating Behaviors*, 26, 129-132. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.001>
- Waller, G. (2011). The Myths of Motivation : Time for a Fresh Look at Some Received Wisdom in the Eating Disorders ? *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/eat.20900>

UNED

Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores

Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4
Núm. páginas: 736
Año Edición: 2013
Editorial: UNED

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UNA REVISIÓN Y ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN

PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS FOR EATING DISORDERS: A REVIEW AND SOME CONSIDERATIONS FOR PREVENTION AND INTERVENTION

M^a Elena Gismero González

Profesora Propia Agregada/ Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España
Coordinadora de Investigación UNINPSI
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4369-1038>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>

Resumen

Identificar factores de riesgo es esencial para poder desarrollar estrategias preventivas y orientar intervenciones eficaces de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo de esta revisión es examinar algunos factores psicosociales (socioculturales, contextuales y psicológicos) que han demostrado incrementar el riesgo de desarrollar un TCA, prestando especial atención a los hallazgos provenientes de estudios longitudinales prospectivos.

Todos los factores relacionados con la exposición al ideal social de delgadez en la mujer y la presión para conseguirlo, como la exposición a los medios, las presiones para adelgazar; la internalización del ideal de delgadez, y las expectativas al adelgazar; son factores de riesgo capaces de predecir incrementos en los niveles de insatisfacción corporal, práctica de dietas o síntomas bulímicos, en mujeres adolescentes y jóvenes. Algunos rasgos de personalidad (perfeccionismo, emocionalidad negativa, síntomas depresivos, baja autoestima, impulsividad/urgencia negativa), así como ciertos funcionamientos parentales inadecuados, y el contacto con pares con preocupaciones y patrones similares, también han mostrado ser predictivos del desarrollo de síntomas de trastornos de conducta alimentaria.

Concluimos la revisión con algunas sugerencias a tener en cuenta en las intervenciones preventivas y clínicas.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCA, Factores de Riesgo, Estudios Longitudinales, Insatisfacción Corporal.



Abstract

Identifying risk factors is essential to develop strategies for prevention and to guide effective interventions for eating disorders (ED). The purpose of this review is to examine some sociocultural, contextual and psychological factors that have proved to increase the risk to develop an ED, with special attention to findings from longitudinal prospective studies.

All factors linked with being exposed to the sociocultural idealization of thinnes in women and the pressure to attain it (media exposure, pressures for thinnes, thin-ideal internalization, thinnes expectancies) are risk factors that can predict increasing in body dissatisfaction levels, use of diets o bulimic symptoms, in adolescent and young women. Some personality factors (perfectionism, negative emotionality, depressive symptoms, low self-esteem, impulsivity/negative urgency), as well as some maladaptative parental behaviors, and peers with similar worries and strategies, have been shown to predict the development of eating disorders symptoms.

We conclude with some suggestions to consider in the preventive and clinic interventions.

Keywords: Eating Disorders, ED, Risk Factors, Longitudinal Studies, Body Dissatisfaction.

Comprender la etiología y los factores que influyen en el desarrollo de un trastorno es esencial para poder desarrollar intervenciones preventivas y tratamientos eficaces, especialmente cuando se trata de trastornos crónicos y con mal pronóstico. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se consideran enfermedades psiquiátricas severas que conllevan numerosas consecuencias negativas, incluyendo complicaciones médicas y alteraciones en el funcionamiento cognitivo, emocional y social (5.ª Ed.; DSM- V; American Psychiatric Association [APA], 2013). Aunque la etiología de estos trastornos es compleja e implica interacciones entre factores socioculturales, psicológicos y biológicos (Culbert, Racine y Klump, 2015), la mayoría de las investigaciones en este área se limitan a uno de estos niveles de análisis. Esta revisión va a centrarse especialmente en aquellas variables psicosociales que han demostrado tener más peso como *factores de riesgo* evaluados en estudios longitudinales (no meramente cros-seccionales, que sólo permiten identificar correlatos). De acuerdo con recientes revisiones que incorporan los criterios de Kraemer et al. (1997), consideramos factores de riesgo únicamente a aquellos que preceden y predicen prospectivamente un resultado, y no simplemente a aquellos que se asocian a un resultado, que se consideran correlatos (Culbert et al., 2015; Jacobi y Fittig, 2010; Jacobi, Hütter y Fittig, 2018).

A pesar del enorme número de investigaciones en este terreno, existen problemas a la hora de identificar los resultados específicos para cada una de las categorías diagnósticas de TCA, ya que la mayoría de los estudios abarcan formas “subclínicas” de los trastornos y muchos engloban estas formas “subclínicas” en la categoría de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (por sus siglas en inglés, EDNOS). Los EDNOS y las formas “subclínicas” de TCA son las más abundantes en los estudios, mientras que las más infrecuentes son las formas clínicas y subclínicas de Anorexia Nerviosa (AN) (Jacobi et al., 2018). Por tanto, vamos a referirnos a los resultados que hacen referencia a los TCA en general, aunque precisemos en algún momento resultados específicos relativos a AN y BN.

Influencias socioculturales: idealización de la delgadez

Los principales modelos socioculturales que han estudiado los riesgos sobre los TCA se han centrado sobre todo en factores relacionados con la *idealización sociocultural de la delgadez* en las mujeres: la *exposición a los medios*, las *presiones para adelgazar*, la *internalización del ideal de delgadez*, y las *expectativas al adelgazar* (e.g., expectativas de mejora generalizada en la vida por adelgazar) son aspectos que están directamente relacionados con dos de los factores de riesgo más claros de la AN y la BN: la *insatisfacción corporal* y las *dietas/ayuno*.

En estudios longitudinales, la *insatisfacción corporal*, y las *preocupaciones por el cuerpo*, *el peso* y *las formas corporales* se han demostrado como factores de riesgo que predicen el establecimiento de un futuro TCA, incluyendo AN (Beato-Fernández Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Martínez-Delgado, 2004; Ghaderi y Scott, 2001; Rohde, Stice y Marti, 2015) y BN (Beato-Fernández et al., 2004;

Ghaderi y Scott, 2001; Jacobi et al., 2011; Rohde et al., 2015; The McKnight Investigators, 2003; Stice, Marti y Durant, 2011).

En el estudio longitudinal de McKnight (The McKnight Investigators, 2003) las puntuaciones elevadas en “preocupación por el cuerpo delgado y presión social”, un factor que medía preocupaciones con el peso, forma y alimentación (incluyendo modelos mediáticos, comida social, dieta, y burlas sobre el peso) predecía significativamente el establecimiento de TCAs en dos muestras distintas (Stanford y Arizona). Esta preocupación por un cuerpo delgado, la presión social a adelgazar y los comentarios negativos sobre el peso o la forma hechos por entrenadores, profesores, amigos o hermanos, se confirman también en otros dos estudios longitudinales (Jacobi et al., 2011; Rohde et al., 2015). La insatisfacción corporal aparece también como el predictor más potente en el estudio prospectivo de Stice, Davis, Miller y Marti (2008) que analizaron interacciones entre factores de riesgo en 496 adolescentes: las chicas en el 24% de mayor insatisfacción corporal mostraron una incidencia de inicio de TCAs cuatro veces mayor (24% vs. 6%). Entre las participantes con mayor insatisfacción corporal, aquellas que mostraban más síntomas depresivos tenían aún más riesgo de iniciar un TCA, mientras que, entre aquellas con menor insatisfacción, la incidencia aumentaba en las que hacían dieta.

Hacer dieta también se ha confirmado como factor predictivo de TCAs, incluyendo AN (Fairburn, Cooper, Doll y Davies, 2005; Rohde et al., 2015; Stice et al., 2011) y BN: Patton, Selzer, Coffey, Carlin y Wolfe (1999) encontraron que las mujeres que seguían dietas de moderadas a severas tenían de 5 a 18 veces más probabilidad de desarrollar una BN subclínica que aquellas que no seguían dietas. Liechty y Lee (2013) analizaron prospectivamente predictores de conductas extremas de pérdida de peso (uso de laxantes, de píldoras adelgazantes, vómito auto-inducido, etc.) entre 14322 adolescentes, seguidos durante 7 años hasta que alcanzaron una edad entre 18 y 26 años. Las dietas tempranas, la depresión y la distorsión de la imagen corporal aumentaban el riesgo de mantener posteriormente este tipo de conductas extremas para controlar el peso.

La *mayor exposición a los medios* de comunicación predice prospectivamente el establecimiento de un TCA en chicas adolescentes y jóvenes (Martínez-González et al., 2003); la duración total de la exposición, el tipo de revista, la clase de emisión de radio que se escucha o el tipo de programas televisivos que se ven predicen el mayor riesgo.

Estudios experimentales también han mostrado que la manipulación experimental de la exposición a imágenes de cuerpos “ideales” causa aumentos de insatisfacción corporal, especialmente entre personas en riesgo de TCA, como aquellas que internalizan el ideal de delgadez o mantienen dietas desordenadas, tal como muestra un reciente meta-análisis (Hausenblas et al., 2013). Algunos estudios experimentales, aunque escasos, apuntan a que el uso de las redes sociales puede provocar trastornos de la imagen corporal. Por ejemplo, Tiggemann y Zaccardo (2015) encontraron que, al exponer a sus participantes a imágenes mediáticas

idealizadas, pero no si eran expuestas a imágenes relacionadas con viajes, experimentaban un aumento de humor negativo y de insatisfacción corporal. Similar conclusión obtuvieron Brown y Tiggemann (2016) al exponer a imágenes de Instagram de famosas y de chicas desconocidas y atractivas de su edad: incrementos de humor negativo e insatisfacción corporal; la exposición a ese tipo de imágenes parece nociva para la imagen corporal de las mujeres. Tiggemann y Slater (2017) hallaron que entre niñas (entre 8 y 9 años) y adolescentes (entre 13 y 15 años) en un seguimiento de dos años se incrementaba tanto el uso de Facebook como las preocupaciones con la imagen corporal. Además, el número de “amigos” en Facebook predecía el impulso a adelgazar, y la internalización y preocupación corporal predecían el aumento de “amigos” en Facebook. Por todo ello, concluyeron que las amistades de Facebook representan una potente influencia sociocultural en la imagen corporal de niñas y adolescentes.

Aunque todavía con pocos estudios longitudinales, empiezan a acumularse cada vez más evidencias de que determinados usos de las distintas redes sociales (especialmente hacer comparaciones basadas en la apariencia física) están relacionados con comportamientos alimentarios restrictivos (como restricción en cantidad de alimento o en ciertos tipos de alimentos) (e.g., Murray, Maras y Goldfield, 2016); de que hay relación entre el uso de Facebook con la imagen corporal y los desórdenes alimentarios (e.g., Frost y Rickwood, 2017); de que el uso de redes sociales está relacionado con descenso de autoestima (Burnette, Kwitowski y Mazzeo, 2017; Cohen, Newton-John y Slater, 2017; Fardouly, Pinkus y Vartanian, 2017; Murray et al., 2016), así como con un aumento de la insatisfacción corporal (Cohen et al., 2017; Murray et al., 2016; Strongeet al., 2015; Tiggemann y Slater, 2017).

Bachner-Melman, Zontag-Oren, Zohar y Sher (2018) compararon adolescentes y mujeres entre 12 y 30 años, 53 de ellas diagnosticadas de TCA con otras 69 sin diagnóstico en sus patrones de uso de internet. Evaluaron trastorno alimentario, imagen corporal, afecto positivo y negativo, estrés general, satisfacción vital, así como ámbito de su uso de internet, frecuencia de mirar y subir fotos y vídeos, amistades on line y comparación social, satisfacción de necesidades on line, y estado anímico después de usar internet. El tiempo que pasaban ambos grupos on line era similar, pero empleado de forma muy diferente: las participantes con TCA dedicaban significativamente más tiempo a contenidos sobre comida, peso e imagen corporal, y a fóruns y blogs; se enganchaban con más frecuencia en comparaciones sociales, y tenían más amistades on line con TCA. Comparadas con las controles, las participantes con TCA informaban que los foros y blogs les ofrecían más consejos vinculados a la comida y al peso, y un mayor sentido de pertenencia, apoyo social y seguridad, fruto del anonimato, con tamaños del efecto entre 0.63 y 0.96. También decían experimentar más sentimientos negativos después de sus intercambios on line. En ambos grupos, muchas conductas on line correlacionaban positivamente con medidas de sintomatología y negativamente con medidas de salud mental.

En su revisión meta-analítica Saiphoo y Vahedi (2019) encuentran que el

uso de redes sociales afecta a la auto-imagen tanto de hombres como de mujeres, especialmente a los jóvenes, sugiriendo que son contenidos no dirigidos especialmente a mujeres, sino que ambos son usuarios frecuentes y por tanto sus contenidos idealizados sirven de criterios de comparación para ambos sexos.

Aunque los estudios longitudinales son los que establecen más claramente los factores de riesgo, podemos encontrar evidencias adicionales de la enorme importancia de la *idealización de la delgadez en la mujer* en el desarrollo de los TCAs en los datos de incidencia y prevalencia históricos y transculturales: en las sociedades occidentales y occidentalizadas se ha incrementado durante el siglo XX tanto la idealización cultural de la delgadez como la incidencia de AN y BN, lo que apoya indirectamente la idea de que el aumento de la idealización de la delgadez incrementa el riesgo de la aparición de TCAs (para una revisión, e.g., Keel y Forney, 2013). Asimismo, los datos que provienen de programas de prevención e intervención aportan más evidencias: programas con el objetivo de reducir la internalización del ideal de delgadez (como el *Body Project*, basado en disonancia cognitiva) o las expectativas al adelgazar (Annus, Smith y Masters, 2008) han conseguido reducir síntomas de TCA (e.g., insatisfacción corporal, dieta, síntomas bulímicos; Annus et al., 2008; Stice, Marti, Shaw y O'Neil, 2008), y, en un estudio, el inicio de trastorno de conducta alimentaria (Stice, Rohde, Gau y Shaw, 2011). Los tamaños del efecto se mueven generalmente en rangos de pequeños a medianos, pero se encuentran mayores efectos de las intervenciones cuando los programas se orientan a personas con riesgo alto (e.g., chicas con alta internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, o un TCA) (Müller y Stice, 2013; Stice et al., 2008).

Recogiendo todos los resultados comentados, podemos afirmar que todas las variables vinculadas a la exposición al ideal de delgadez y a la presión para conseguirlo, como son: la exposición a los medios, la internalización de este ideal, la presión percibida para conseguirlo y las expectativas al adelgazar, son factores de riesgo, es decir, se han mostrado capaces de predecir incrementos en los niveles de cogniciones y comportamientos de trastornos alimentarios, tales como insatisfacción corporal, práctica de dietas o síntomas bulímicos, en mujeres adolescentes y jóvenes.

Factores personales: variables psicológicas y contexto próximo (familia y amigos)

Aunque el ideal de delgadez impuesto en las sociedades occidentalizadas produce altos niveles de insatisfacción corporal en porcentajes elevadísimos de la población femenina (ver e.g., Gismero, 2008; Gismero, 2016), con consecuencias negativas en muchos ámbitos de la vida de las mujeres desde su infancia y adolescencia, sólo algunas de ellas desarrollan un TCA. Hay diferencias individuales que hacen más vulnerables a algunas personas al desarrollo de un TCA, diferencias de carácter genético/biológico, psicológico y contextual, que interactúan entre sí. Estamos lejos de conocer exactamente cuáles son todos los factores de riesgo, cómo interactúan entre sí y su relación con variables moduladoras y moderadoras, que

pueden explicar el desarrollo de los diferentes TCAs. Algunas exceden el ámbito de este trabajo, de modo que nos centraremos en comentar ciertas variables vinculadas a la personalidad y el entorno próximo de las personas que han mostrado ser más predictivas en el establecimiento de un TCA.

Los rasgos psicológicos se consideran indicadores estables de diferencias individuales en el patrón típico de pensamiento, emoción o comportamiento a través de las situaciones, que influyen en las propias reacciones a los acontecimientos ambientales y al entorno (tales como las presiones socioculturales a adelgazar). Algunos rasgos de personalidad que han mostrado ser predictivos del desarrollo de síntomas de trastornos de conducta alimentaria son el perfeccionismo, la emocionalidad negativa/neuroticismo y/o síntomas depresivos, la baja autoestima, y la impulsividad/urgencia negativa.

El *perfeccionismo* aparece como un importante factor de riesgo y de mantenimiento para la patología alimentaria, tanto en muestras clínicas como no clínicas. Las personas con TCA a menudo muestran altos niveles de perfeccionismo desadaptativo que contribuyen al mantenimiento de su trastorno, llevándoles a adherirse a reglas estrictas sobre qué y cuándo deben comer, poniendo excesivo énfasis en conseguir un cuerpo delgado ideal, y siendo extremadamente críticos cuando no se cumplen sus expectativas. Varios estudios longitudinales han encontrado que un alto nivel de perfeccionismo predice el inicio de síndromes de anorexia (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002), síntomas bulímicos (Killen et al., 1994; Vohs, Bardone, Joiner, Abramson y Heatherton, 1999), y atracones (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton y Joiner, 2006). Además, estudios longitudinales con seguimiento de muestras clínicas aportan evidencias de que el perfeccionismo es un factor predictor de resultados negativos en el tratamiento en distintos TCAs en seguimientos desde uno a diez años (Bizeul, Sadowsky y Rigaud, 2001; Olmsted, Kaplan y Rockert, 1994; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2003), resultando ser no solo un factor que predice el inicio del trastorno, sino que además predice su mantenimiento (ver el estudio a diez años de Holland, Bodell y Keel, 2013). Este papel del perfeccionismo como factor de mantenimiento se ha visto confirmado en varios estudios prospectivos con seguimiento de muestras poblacionales no clínicas (Santonastaso, Friederici y Favaro, 1999; Shafran, Cooper y Fairburn, 2002; Stice, 2002).

La *emocionalidad negativa* (tendencia a sentirse infeliz y con ansiedad) y el *humor depresivo y/o los síntomas depresivos* se confirmaron en estudios longitudinales con muestras que incluían entre 5%-25% de personas con AN (Leon, Fulkerson, Perry, Keel y Klump, 1999; Rohde et al., 2015; Stice et al., 2011). En el estudio longitudinal de Stice et al. (2011) con 236 universitarias con riesgo de padecer TCA (definido como elevadas preocupaciones por el peso y la forma corporal en el inicio), se estudiaron los factores de riesgo y sus interacciones entre sí, en un seguimiento de 3 años. Los factores de riesgo más potentes encontrados fueron los *comentarios sobre la comida* por parte de sus profesores/entrenadores/

hermanos, así como una historia de *depresión*. Las investigaciones longitudinales han mostrado consistentemente que la emocionalidad negativa y el humor depresivo predicen el desarrollo de patología de conducta alimentaria. Leon et al. (1999) siguieron prospectivamente una muestra de 1400 chicos y chicas. Encontraron que un factor (*Negative affect/Attitudes*) que englobaba insatisfacción corporal, depresión, emocionalidad negativa (rasgo que indica tendencia a sentirse infeliz y ansioso), inefectividad, y consciencia interoceptiva (habilidad para reconocer los propios sentimientos), era un predictor significativo durante el seguimiento del desarrollo de patología de conducta alimentaria (e.g., impulso a adelgazar, síntomas bulímicos, etc.), tanto en chicas como en chicos (Leon et al., 1999). Como una diátesis o predisposición individual, este factor está probablemente asociado con actitudes negativas hacia uno mismo, provocando baja autoestima e insatisfacción con muchos aspectos del self, incluyendo la propia apariencia física y el peso. Leon et al. (1999) plantearon que este factor global (*Negative affect/Attitudes*) constituye una predisposición inespecífica para el desarrollo de una patología, y que los factores culturales, tales como la idealización de la delgadez en la mujer, modelan la expresión de esta predisposición como un TCA.

Varios estudios han confirmado el potencial rol de la *baja autoestima* y el alto *neuroticismo* en el establecimiento de un TCA (Gual et al., 2002; Cervera et al., 2003). Button, Sonuga-Barke, Davies y Thompson (1996) en un estudio longitudinal hallaron que las niñas de 11 y 12 años con poca autoestima tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar los síntomas más severos de TCA, además de otros problemas psicológicos, a los 15 y 16 años. Gusella, Goodwin y van Roosmalen (2008) encontraron que, entre las chicas de su muestra, el mejor predictor de estar en el grupo de riesgo de TCA (definido como una puntuación de 20 o más en la versión infantil del Eating Attitudes Test (ChEAT) era estar intentando perder peso y tener baja autoestima.

Pearson, Combs, Zapolski y Smith (2012) examinaron predictores de trastornos por atracón entre 1906 adolescentes (entre sus 12 y 13 años). Uno de sus hallazgos importantes fue que la *urgencia negativa* (un rasgo de personalidad que representa la tendencia a actuar precipitadamente en respuesta a emociones negativas) produce expectativas de que comer aliviará los sentimientos negativos, y, a su vez, estas expectativas predicen incrementos en atracones. Estos hallazgos fueron similares para ambos sexos, y para estudiantes blancos y afroamericanos.

También está cada vez más claro el efecto de determinados factores relativos al entorno próximo, y se van identificando aspectos familiares y vinculados a los amigos en estudios longitudinales.

Beato-Fernández et al. (2004) con una muestra de 1076 adolescentes de 13 años, encontraron que la insatisfacción corporal y la percepción negativa de actitudes parentales (sentimientos de no ser suficientemente querida o ser ignorada por el padre o la madre) predecían TCA dos años después. La auto-estima era un factor protector de la insatisfacción corporal.

Ghaderi y Scott (2001) también encontraron que poca autoestima, altas preocupaciones con el cuerpo, estrategias de afrontamiento evitativo o de escape, y poca percepción de apoyo social, incluido apoyo familiar, resultaron factores de riesgo prospectivos de un TCA entre las mujeres de su muestra.

En su completo estudio predictivo longitudinal, Johnson, Cohen, Kasen y Brook (2002) encontraron que la desatención física y el abuso sexual durante la infancia aumentaban el riesgo de padecer un TCA y varios tipos de problemas con la comida y el peso en la adolescencia o la juventud. Entre otras cosas, sus hallazgos indican que el comportamiento desadaptativo de los padres (y no de las madres) parece jugar un importante papel en el desarrollo de TCA en sus hijos: poco cariño, poco cuidado, poca empatía, alto control paternal, comportamientos poco amistosos, sobreprotectores y seductores de los padres, se asocian al desarrollo de un TCA en sus hijos. Niños que habían experimentado tres o más tipos de comportamientos paternos inadaptativos tenían aproximadamente tres veces más probabilidad de tener TCA durante su adolescencia o juventud ($\chi^2 = 9.49$, $df = 2$, $p = 0.009$).

Con respecto a los pares, los datos apuntan a que tienden a elegirse aquellos amigos que comparten ciertas características similares a las propias (como el perfeccionismo, la insatisfacción corporal, los síntomas bulímicos, etc.), y que los amigos seleccionados influyen a su vez en las preocupaciones corporales y la importancia concedida a adelgazar. Algunas investigaciones longitudinales apoyan que tener amigos que hacen dieta predice significativamente mayor insatisfacción corporal (Paxton, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2006), así como la práctica de métodos de control de peso extremos e insanos (como ayuno o vómitos auto-inducidos), y atracones, en adolescentes en un seguimiento de 5 años (Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2006). La frecuencia con que la compañera de habitación hace dieta entre universitarias predecía prospectivamente el impulso a adelgazar, los síntomas bulímicos y las conductas purgativas (vómitos auto-inducidos, laxantes, diuréticos) diez años después (Keel, Forney, Brown y Heatherton, 2013). En una etapa en que se está formando la identidad, los amigos pueden contribuir a internalizar el ideal cultural de delgadez, lo que contribuye a las complicaciones alimentarias en la juventud. Keel et al. (2013) también encontraron que entre quienes tenían compañeras que no hacían dieta disminuían el impulso a adelgazar y los síntomas bulímicos, lo que apunta a una interesante consideración para la intervención.

Algunas conclusiones

La identificación de factores de riesgo es esencial para poder desarrollar estrategias de prevención efectivas. En los TCA están implicadas múltiples influencias biopsicosociales, y algunas de ellas pueden considerarse factores de riesgo establecidos, mostrándose como predictores en estudios longitudinales. Aunque no conocemos aún todos esas influencias y su interacción, podemos obtener algunas conclusiones.

Las presiones sociales para adelgazar, tanto del entorno próximo (por parte

de padres, pares, entrenadores, etc.) como del contexto sociocultural más amplio, al incidir sobre personas especialmente vulnerables (perfeccionistas, depresivas, que tienden a sentirse infelices y ansiosas, impulsivas) disminuyen una ya baja autoestima, a veces generada por la inadecuación del cuidado familiar, tanto por exceso –sobreprotección...– como por defecto –desatención, falta de apoyo, abuso...–. La insatisfacción personal, incluida la insatisfacción con la propia apariencia, puede encontrar una “salida” en la práctica de dietas o síntomas bulímicos como un intento de aproximarse al ideal cultural de delgadez.

Tanto las variables contextuales como las personales deberían abordarse preventivamente. Por ejemplo, dado que el perfeccionismo predice tanto el inicio como el mantenimiento de los TCA, abordar un perfeccionismo elevado en la prevención y el tratamiento puede ser un aspecto crucial, y aunque suele ser un objetivo en la intervención cognitivo-conductual de los TCA, se le ha prestado relativamente poca atención en la prevención. Más aún, ya que el perfeccionismo juega un importante papel en la etiología y el mantenimiento de distintos trastornos psicológicos (como depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, TCA, etc.), las intervenciones dirigidas a modificarlo podrían tener beneficios para los trastornos comórbidos.

Abordar la autoestima es importante también ya que ha demostrado repetidamente ser un factor protector no solo de insatisfacción corporal –un precursor de los TCA–, sino de otros muchos trastornos psicológicos. Proporcionar habilidades que ayuden a superar las características psicológicas de vulnerabilidad a los TCA, tales como reforzar la autoestima, afrontar el perfeccionismo y el neuroticismo, enseñando a las personas a aceptarse a sí mismas sin priorizar únicamente su aspecto corporal, son elementos a incluir en cualquier programa preventivo de trastornos psicológicos, y en particular de TCA. Algunos profesionales han señalado incluso la conveniencia de trabajar estos aspectos sin ni siquiera mencionar los TCA, ya que presentarlos como “enfermedades de moda”, o la publicidad sensacionalista de intervenciones preventivas, podría conducir paradójicamente a atraer a ciertos adolescentes, encauzando su rebeldía juvenil o su insatisfacción vital, o siendo la expresión de un grito de ayuda que demanda más atención o cariño, o una voz de protesta antes padres y madres que han “desertado” de la vida en familia (Martínez-González e Irala, 2003). Hay que recordar en este sentido que existen colectivos que promueven la anorexia como un “estilo de vida” (webs Pro-Ana y Pro-Mía), incitando a convertirse en anoréxica/o y transmitiendo la idea de que el enemigo son quienes los consideren enfermos.

La relación entre exposición mediática (anuncios televisivos, videos musicales, vallas publicitarias, revistas, redes sociales...) y preocupaciones, o incluso trastornos de la imagen corporal, puede darse mediante distintos mecanismos: vía internalización de los ideales estéticos sociales o vía comparaciones sociales basadas frecuentemente en la apariencia física. Especialmente los adolescentes toman esas imágenes como sus ideales, se comparan a sí mismos con esas figuras, y se sienten peor consigo mismos y con su aspecto como resultado. Las fotos que

aparecen en los medios, incluidas redes sociales, son seleccionadas, editadas y retocadas para parecer más atractivas, no suelen ser imágenes naturales y realistas, por lo que pueden producir comparaciones sociales que aumenten los sentimientos de insatisfacción corporal (Gismero, 2016). Ahora bien, mientras que en los medios tradicionales suelen aparecer imágenes de famosas o modelos, en las redes es más frecuente establecer comparaciones con iguales, y algunos estudios sugieren que el impacto de estas comparaciones es aún más potente (e.g., Ferguson, Muñoz, Garza y Galindo, 2014). La teoría de la comparación social ya afirmaba que las personas tendemos a compararnos con aquellos que son similares a nosotros, puesto que estas comparaciones son más relevantes y pueden aportarnos una información evaluativa más efectiva (Festinger, 1954). Por todo esto, las redes sociales pueden ser aún más perjudiciales para la autoestima de los adolescentes, especialmente. Además, hay que tener en cuenta que las redes son usadas ampliamente por todo el mundo, habiéndose convertido en un elemento importante del comportamiento social. Aunque se ha demostrado que ciertos comportamientos online están relacionados positivamente con sintomatología y negativamente con salud psicológica, el uso de internet no suele abordarse en terapia. Clínicos, familias y amigos deberían ayudar a las personas con TCA a ampliar su uso de internet, dedicando menos tiempo a contenidos relacionados con el peso y la apariencia, ampliando sus vidas sociales “reales” y desarrollando sus habilidades interpersonales, para que puedan satisfacer sus necesidades personales más cara a cara que virtualmente.

Se hace muy relevante educar en aumentar la consciencia sobre la idealización y manipulación de los contenidos mediáticos y en desarrollar un pensamiento crítico frente a las imágenes que presentan. Algunas investigaciones aportan evidencias en este sentido: Tamplin, McLean y Paxton (2018) constataron que las participantes con más cultura sobre los medios (mayor consciencia y pensamiento crítico sobre los contenidos) se veían mucho menos afectadas en su auto-evaluación corporal al ser expuestas a contenidos mediáticos idealizados.

Tener presente que el uso de las redes sociales vinculado a la apariencia puede asociarse a preocupaciones y trastornos relacionados con la imagen corporal puede ayudarnos a orientar nuestras intervenciones a prevenir o reducir la insatisfacción corporal. Un ejemplo es el programa *Boost Body Confidence and Social Media Savvy*, dirigido a hacer más conscientes de la manipulación digital de las imágenes de los medios y de las comparaciones relacionadas con la apariencia en los medios (como dejar comentarios sobre el aspecto físico en los posts de compañeras). Las adolescentes participantes recibieron tres intervenciones con formación sobre los medios y redes sociales (un grupo control siguió sus clases habituales). Las participantes mostraron aumentos en su estima corporal y escepticismo sobre la autenticidad de las imágenes en redes sociales, y disminución en sus restricciones alimentarias (McLean, Wertheim, Masters y Paxton, 2017). Aunque estos resultados se refieren sólo a adolescentes, un grupo de especial riesgo en cuanto a su imagen corporal, resultados como los de este estudio deberían hacernos aún más conscientes a todos

de la importancia que tienen las comparaciones sociales basadas especialmente en el aspecto físico, porque muy probablemente somos inadvertidamente a menudo “amplificadores” de la importancia de la apariencia, en entornos familiares, educativos, o simplemente de amistad.

Dada la importancia de los intereses y comportamientos de los amigos en este terreno, como han demostrado los estudios longitudinales, un objetivo importante de la prevención y la intervención sería abordar las preocupaciones sobre la comida y las prácticas de dietas entre los grupos de amigos, no sólo dirigirse exclusivamente al individuo (Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2010). Los grupos de amigos pueden representar el entorno escogido por una persona, que a su vez crean el contexto en el que se modela el impacto del entorno social. Las intervenciones grupales en la adolescencia para cuestionar la internalización del ideal de delgadez, con sus preocupaciones y comportamientos insanos asociados, pueden ser muy valiosas (Keel y Forney, 2013).

Las investigaciones centradas en preguntar a las personas recuperadas de un TCA qué les ayudó a superar sus problemas, tales como el meta-análisis de de Vos, LaMarre, Radstaak, Birjkerk, Bohlmeijer y Westerhof (2017), destacan además de la remisión de la patología alimentaria, otros aspectos importantes en su recuperación, relacionados con el bienestar psicológico y la adaptabilidad/resiliencia. Los más frecuentemente mencionados eran: autoaceptación, relaciones positivas, crecimiento personal, disminución de los comportamientos y cogniciones relacionados con el trastorno alimentario, auto-adaptabilidad/resiliencia y autonomía. Deberíamos considerar las implicaciones de investigaciones como esta, que dan voz a los expacientes ya recuperados, que nos orientan a trabajar sobre los aspectos que fortalecen a la persona para hacerla más resiliente y menos vulnerable a los trastornos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Annus, A. M., Smith, G. T. y Masters, K. (2008). Manipulation of thinness and restricting expectancies: Further evidence for a causal role of thinness and restricting expectancies in the etiology of eating disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(2), 278–287. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.2.278>
- Bachner-Melman, R., Zontag-Oren, E., Zohar, A. H. y Sher, H. (2018). Lives on the line: The online lives of girls and women with and without a lifetime eating disorder diagnosis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02128>
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F. y Joiner, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: an interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behavior Research Therapy*, 44(1), 27–42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.009>
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287–294. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0407-x>
- Bizeul C., Sadowsky N. y Rigaud D. (2001). The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: a prospective follow-up study of 5–10 years. *European Psychiatry*, 16(4), 232–238. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00570-3](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00570-3)

- Brown, Z. y Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body Image, 19*, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.007>
- Burnette, C. B., Kwitowski, M. A. y Mazzeo, S. E. (2017). 'I don't need people to tell me I'm pretty on social media': a qualitative study of social media and body image in early adolescent girls. *Body Image, 23*, 114–125. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.001>
- Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology, 35*(2), 193–203. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01176.x>
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M.A., Gual, P., de Irala-Estévez, J. y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders, 33*(3), 271–80. <https://doi.org/10.1002/eat.10147>
- Cohen, R., Newton-John, T. y Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image, 23*, 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>
- Culbert, K. M., Racine, S. E y Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- de Vos, J. A., La Marre, A., Radstaak, M., Birjerck, C. A., Bohlmeijer, E. T. y Westrhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders, 5*, 34. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Friends' Dieting and Disordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later: Findings From Project EAT. *Journal of Adolescent Health, 47*(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.030>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. y Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2249–2255. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2249>
- Fardouly, J., Pinkus, R. T. y Vartanian, L. R. (2017). The impact of appearance comparisons made through social media, traditional media, and in person in women's everyday lives. *Body Image, 20*, 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.002>
- Ferguson, C. J., Muñoz, M. E., Garza, A. y Galindo, M. (2014). Concurrent and prospective analyses of peer, television and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence, 43*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9898-9>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*, 117–140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Frost, R. L. y Rickwood, D. J. (2017). A systematic review of the mental health outcomes associated with Facebook use. *Computers In Human Behavior, 76*, 576–600. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.08.001>
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 122–130. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x>
- Gismero, M. E. (2008). Ideales vendidos, necesidades incorporadas: cambiar de cuerpo. En M.A. Roldán (coord.), *Trastornos psicológicos en el Siglo XXI* (pp.140-158). Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.
- Gismero, M. E. (2016). Los riesgos del “mercado de las apariencias”: reflexiones sobre la mejora estética. En J. De la Torre (Ed.), *Cultura de la mejora humana y vida cotidiana* (pp. 49-68). Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., de Irala-Estévez, J. y Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 261–73. <https://doi.org/10.1002/eat.10040>
- Gusella, J., Goodwin, J. y van Roosmalen, E. (2008). 'I want to lose weight': Early risk for disordered eating? *Paediatrics & child health, 13*(2), 105–110. <https://doi.org/10.1093/pch/13.2.105>
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M. y Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review, 33*(1), 168–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>
- Holland, L. A., Bodell, L. P. y Keel, P. K. (2013). Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association, 21*(5), 405–410. <https://doi.org/10.1002/erv.2241>
- Jacobi, C. y Fittig, E. (2010). Psychosocial risk factors for eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *The Oxford handbook of eating disorders* (pp. 123–136). Nueva York, NY: Oxford University Press.

- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1939–1949. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002631>
- Jacobi, C., Hütter, K. y Fittig, E. (2018). Psychosocial risk factors for eating disorders. En W. S. Agras y A. Robinson (Eds.), *The Oxford handbook of eating disorders*, 2nd ed. (pp. 106-125). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 394–400. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.394>
- Keel, P. K. y Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(5), 433–439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Keel, P. K., Forney, K. J., Brown, T. A. y Heatherton, T. F. (2013). Influence of college peers on disordered eating in women and men at 10-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(1), 105–110. <https://doi.org/10.1037/a0030081>
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L.D., ..., Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *16*(3), 227–238. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199411\)16:3%3C227::AID-EAT2260160303%3E3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199411)16:3%3C227::AID-EAT2260160303%3E3.0.CO;2-L)
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. y Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, *54*(4), 337–343. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K. y Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*(2), 181–196. <https://doi.org/10.1023/a:1021649314458>
- Liechty, J.M. y Lee, M.-J. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(8), 790–800. <https://doi.org/10.1002/eat.22174>
- Martínez-González, M. A. e Irala, J. de. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta Sanitaria*, *17*(5), 347-350. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500001
- Martínez-González, M. A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., Irala-Estévez, J. y Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, *111*(2), 315–320. <https://doi.org/10.1542/peds.111.2.315>
- McLean, S. A., Wertheim, E. H., Masters, J. y Paxton, S. J. (2017). A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(7), 841–851. <https://doi.org/10.1002/eat.22708>
- Müller, S. y Stice, E. (2013). Moderators of the intervention effects for a dissonance-based eating disorder prevention program; results from an amalgam of three randomized trials. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(3), 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.12.001>
- Murray, M., Maras, D. y Goldfield, G. S. (2016). Excessive time on social networking sites and disordered eating behaviors among undergraduate students: Appearance and weight esteem as mediating pathways. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, *19*(12), 709–715. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0384>
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S. y Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *151*(5), 738–743. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.5.738>
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. y Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, *318*, 765–768. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.318.7186.765>
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, *42*(5), 888–899. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.888>
- Pearson, C. M., Combs, J. L., Zapolski, T. C. B. y Smith, G. T. (2012). A longitudinal transactional risk model for early eating disorder onset. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(3), 707–718. <https://doi.org/10.1037/a0027567>
- Ro, O., Martinsen, E. W., Hoffart, A. y Rosenvinge, J. H. (2003). Short-term follow-up of severe bulimia nervosa after inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, *11*(5), 405–417. <https://doi.org/10.1002/erv.533>
- Rohde, P., Stice, E. y Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(2), 187–198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>

- Saiphoo, A. N. y Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in human behavior*, *101*, 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>
- Santonastaso, P., Friederici, S. y Favaro, A. (1999). Full and partial syndromes in eating disorders: a 1-year prospective study of risk factors among female students. *Psychopathology*, *32*(1), 50–56. <https://doi.org/10.1159/000029067>
- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research Therapy*, *40*(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *128*(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E., Davis, K., Miller, N. P. y Marti, C. N. (2008). Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: A 5-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(4), 941–946. <https://doi.org/10.1037/a0013644>
- Stice, E., Marti, C. N. y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(10), 622–627. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Stice, E., Marti, N., Shaw, H. y O’Neil, K. (2008). General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(7), 611–617. <https://doi.org/10.1002/eat.20524>
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J. y Shaw, H. (2011). Effect of a dissonance-based prevention program on risk for eating disorder onset in the context of eating disorder risk factors. *Prevention Science*, *13*(2), 129–139. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0251-4>
- Stronge, S., Greaves, L. M., Milojev, P., West-Newman, T., Barlow, F. K. y Sibley, C. G. (2015). Facebook is linked to body dissatisfaction: Comparing users and non-users. *Sex Roles*, *73*(5-6), 200-213. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0517-6>
- Tamplin, N. C., McLean, S. A. y Paxton, S. J. (2018). Social media literacy protects against the negative impact of exposure to appearance ideal social media images in young adult women but not men. *Body Image*, *26*, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.05.003>
- The McKnight Investigators. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 248–254. <https://doi.org/10.1176/ajp.160.2.248>
- Tiggemann, M. y Slater, A. (2017). Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study. *International Journal Of Eating Disorders*, *50*(1), 80-83. <https://doi.org/10.1002/eat.22640>
- Tiggemann, M. y Zaccardo, M. (2015). “Exercise to be fit, not skinny”: The effect of fitspiration imagery on women’s body image. *Body Image*, *15*, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003>
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A. y Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, *32*(3), 282–290. <https://doi.org/10.1002/eat.10094>
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E., Abramson, L. Y. y Heatherton, T. F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(4), 695–700. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/buy/1999-01906-016>

A S E P C O

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la

**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

ACTUALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL CONTEXTO FAMILIAR EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: EL ROL DE LOS PADRES

UPDATE OF INTERVENTIONS AIMED AT THE FAMILY CONTEXT IN EATING DISORDERS: THE ROLE OF THE PARENTS

Ana Rosa Sepúlveda^{1,2,3}, Alba Moreno^{1,2,4} y Lucía Beltrán^{1,2,5}

¹ Departamento de Psicología Biológica y de la salud,

² Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. España

³ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6041-2889>

⁴ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6303-0915>.

⁵ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7254-9575>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sepúlveda, A.R., Moreno, A. y Beltrán, L. (2020). Actualización de las Intervenciones Dirigidas al Contexto Familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario: El Rol de los Padres. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 49-62. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.355>

Resumen

Los cuidadores de las personas que sufren un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) suelen presentar problemas de salud y estrés asociados con la experiencia de ser cuidador. Mayoritariamente son los padres, ya que el inicio de este trastorno es durante la adolescencia. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión acerca de cuál es la implicación de los factores familiares en la etiología de los TCA, conocer el impacto en la salud y las necesidades de las familias. Se revisaron algunas de las principales intervenciones dirigidas a la psicoeducación o a enseñar habilidades de afrontamiento. Los resultados muestran principalmente que existen algunos aspectos de las familias que pueden facilitar el mantenimiento de la patología como la emoción expresada o acomodarse a la sintomatología alimentaria de los hijos. Los resultados muestran la importancia de intervenir en los factores mantenedores asociados al rol del cuidador familiar, y que las intervenciones dirigidas a enseñar habilidades de afrontamiento han demostrado buenos resultados tanto en el bienestar de los familiares como en la sintomatología alimentaria de los pacientes.

Palabras clave: Familia, Trastornos Alimentarios, Etiología, Intervenciones Psicoeducativas; Intervenciones Basadas en Habilidades de Afrontamiento.

Abstract

Caregivers of relatives suffering from an Eating Disorder (ED) often have health problems and stress associated to the caregiving experience. Most caregivers are parents, due the illness onset is during adolescence. This study aims to review the involvement of family factors in the etiology of eating disorders, to study the impact on health and their needs. To revise the main interventions aimed at psycho-educational or skills-based interventions for parents. The results show there are aspects of the families that can influence on the maintenance of the pathology as expressed emotion or accommodating to the eating symptoms. The results show the importance of intervening in these maintaining factors associated to caregiver role, and that coping skill interventions directly on family members that have shown good results both in the well-being of family members and in the eating symptomatology of the patients.

Keywords: Family, Eating Disorders, Etiology, Psycho-Educational Intervention, Coping Skill Intervention.

Fecha de recepción: 15 de enero de 2020. Fecha de aceptación: 7 de febrero de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: anarosa.sepulveda@uam.es

Dirección postal: Dra. Ana Rosa Sepúlveda, Profesora Contratada Doctor. Facultad de Psicología. UAM: C/ Iván P. Pavlov, nº6. Campus de Cantoblanco. 28049. Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



Los trastornos del comportamiento alimentario son problemas psicológicos graves, con inicio en la adolescencia principalmente, que tienen en común la alteración de la conducta alimentaria y de la imagen corporal (5.^a Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association [APA], 2013; Toro, 2004). Se caracterizan por una etiología multifactorial, que implica factores de riesgo biológicos y genéticos que interactúan con factores socioculturales y psicológicos individuales, que facilitan el desarrollo de la patología (Culbert, Racine y Klump, 2015; Garner, David y Garfinkel, 1980), y donde la acumulación de eventos estresantes cercanos al inicio, son factores precipitantes claves (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek y Machado, 2014; Moreno-Encinas et al., 2020). Se considera que estas patologías cursan con un importante coste personal, familiar y social.

Por una parte, la desnutrición y la pérdida de peso severa asociada a la anorexia nerviosa (AN) o el comportamiento de vómitos pueden resultar en complicaciones en el funcionamiento endocrino, trastornos gastrointestinales, disfunción renal, entre otros (5.^a Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association, 2013). Las altas tasas de mortalidad, a menudo debido a complicaciones médicas o suicidio, llegan a ser de 5,86 por mil para la AN (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011). Una quinta parte de las adolescentes que empiezan presentan un curso prolongado de la enfermedad (23% en BN *versus* 20% en AN) (Steinhausen, 2002, 2009), y una alta resistencia a recibir tratamientos. Por otra parte, además de las complicaciones físicas, estos trastornos también presentan una serie de consecuencias psicosociales, dificultades a nivel laboral y el funcionamiento social, de pareja y en el hogar familiar (Harrison, Tchanturia, Naumann y Treasure, 2012).

A nivel sanitario los TCA resultan relevantes, ya que suponen el 23,1% de los ingresos hospitalarios por trastorno psicológico en mujeres entre 15-24 años en la Comunidad de Madrid, donde la estancia media hospitalaria es de 30 días (cuatro veces mayor que todos los diagnósticos) (Oliva, Gandarillas, Ssonego, Diez-Gañan y Ordobás, 2011). A mayor comorbilidad psiquiátrica, se incrementa el uso del ingreso hospitalario, donde más de la mitad de las personas con TCA cumplen los criterios clínicos de otro problema psicológico, como ansiedad, depresión, patología obsesiva-compulsiva, entre otros (Arcelus et al., 2011).

En el ámbito familiar, la convivencia en el hogar con una persona con TCA se asocia a mayores niveles de malestar psicológico de aquellos con quienes conviven o están a su cargo, como son los padres u otros familiares cercanos (Sepúlveda et al., 2012). Además, estos familiares presentan niveles elevados de estrés y angustia, sentimiento de sobrecarga y agotamiento físico, así como dificultades en el funcionamiento familiar, y problemas en la comunicación, flexibilidad y cohesión familiar (Martín et al., 2011; Whitney, Haigh, Weinman y Treasure, 2007). La pérdida de control y el fracaso de todos los intentos por ayudar a la persona con TCA provoca frustración y desesperanza entre los familiares. La dificultad en el proceso de recuperación supone una importante fuente de estrés y preocupación en la familia que, con el tiempo, conlleva al deterioro y al conflicto en las relaciones familiares.

Autores como Lucas, Crowson, O'Fallon y Melton (1999) describieron algunas conductas patológicas y las alteraciones en el estado de ánimo de los jóvenes con TCA, con los que habría que convivir y afrontar en el contexto familiar.

Tabla 1. *Actitudes o comportamientos patológicos de las personas con TCA y problemas asociados (tomado de Lucas et al., 1999).*

<i>Actitudes o comportamiento patológicos</i>	<i>Problemas emocionales y de convivencia de los jóvenes con TCA.</i>
Negación de la enfermedad	✓ Irritabilidad, poca cooperación ✓ No acepta el tratamiento o la ayuda
Alteración de la corporalidad	✓ Falta de reconocimiento de hambre-saciedad, desánimo, cambios de humor, fatiga
Miedo a la gordura	✓ Evitan comida, selección de alimentos, ejercicio compulsivo, problemas con ropa, gastan mucho
Restricción alimentaria	✓ Evita comer con familiares, amigos, compañeras ✓ Trastornos depresivos, de ansiedad
Ciclos de atracón-purga	✓ Enfado, agresividad, llanto continuado
Comer a escondidas	✓ Falta comida, roban dinero, mentiras
Rasgos obsesivos	✓ Rituales con la comida, ejercicio, irritabilidad, rumiaciones, intento de control ambiental

Respecto al impacto del trastorno según tipo de cuidadores, parece que es común que existan diferencias de género, de modo que las madres suelen ser las cuidadoras primarias (definido por el mayor número de horas dedicadas al cuidado) y los padres los cuidadores secundarios (Berbel et al., 2010; Sepúlveda et al., 2012). Parece que los cuidadores primarios suelen tener peores niveles de bienestar psicológico que los cuidadores secundarios, aunque estos tienen mayores niveles de ansiedad en relación con los cuidadores de adolescentes sanas (Sepúlveda et al., 2012). En esa línea, en el estudio realizado por Berbel et al. (2010) se encontraron niveles más altos de depresión, ansiedad e índice de severidad global en los cuidadores primarios que en los secundarios.

Respecto al impacto de este trastorno comparado con otras patologías en el contexto familiar, se ha encontrado que en TCA las familias perciben la experiencia como cuidador de manera más negativa, que está marcada por la angustia y por una peor salud física, y acompañada por una mayor sensación de sobrecarga comparadas con otras familias de adolescentes con consumo de sustancias o con familias de adolescentes sin patología (Anastasiadou et al., 2016). En contraste, se obtienen resultados similares en el nivel de sobrecarga y de angustia en familias que cuidan a jóvenes con TCA y a jóvenes con esquizofrenia (Graap et al., 2008).

Respecto al impacto en las necesidades descritas por las familias ante este trastorno, los primeros estudios describen que las familias están insatisfechas con la información recibida sobre los TCA, con la información dada por los profesionales, y con el apoyo institucional o de organizaciones, sugiriendo la necesidad de poder conocer a otros familiares y compartir sus experiencias (Haigh y Treasure,

2003). El estudio realizado por Tierney (2005) reflejaba que los cuidadores sentían que el abordaje del trastorno no era el adecuado, que se centraba excesivamente en el peso y no en otras causas, y que no se les informaba acerca del progreso del tratamiento. Los estudios en familiares de personas con BN revelaron resultados parecidos, de modo que los cuidadores percibían que tenían una falta de información relacionados con el trastorno, y falta de habilidades personales para poder ayudar a su familiar en el tratamiento.

Una reciente revisión sistemática realizada por Johns, Taylor, John y Tan (2019) recoge cuales son las opiniones sobre los recursos de tratamiento de los profesionales, los pacientes y sus familiares. Al respecto de estos últimos los resultados señalan que, aunque se inicia la búsqueda de ayuda en atención primaria o en los colegios, algunas familias refieren que les es de más utilidad la información recogida en internet, en libros de autoayuda o en los recursos sanitarios privados. Los estudios reflejan que las familias tienen la sensación de que los profesionales de atención primaria necesitan más formación para diagnosticar el TCA de manera fiable y precoz. Asimismo, las familias se quejan de que no existe buena comunicación entre los profesionales que participan en distintas fases del tratamiento, y eso agrava el largo proceso de tratamiento.

Factores Familiares Mantenedores en TCA

El modelo etiológico de los TCA más extendido es el multifactorial de Garner (1993), según el cual existen tres tipos de factores involucrados en la aparición y mantenimiento de este problema psicológico: factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Dentro de los factores mantenedores, implicados en prolongar o impedir la recuperación de la persona en TCA, los factores familiares son fundamentales.

Los factores familiares fueron inicialmente considerados causa de la patología (Minuchin, Rosman y Baker, 1978), y posteriormente conceptualizados como una respuesta disfuncional al presentar el adolescente esta patología alimentaria (Dare, Grange, Eisler y Rutherford, 1994), reconociéndose como posibles mantenedores inintencionados del problema (Whitney y Eisler, 2005). De este modo, el foco terapéutico de la mayor parte de las intervenciones que involucra a la familia ha sido el cambio de dichos factores (Treasure y Schmidt, 2013). Las revisiones sistemáticas al respecto se han centrado en la el malestar emocional de las familias, la acomodación a los síntomas alimentarios, o el nivel de emoción expresada alta (Zabala, Macdonald y Treasure, 2009).

En relación con el elevado malestar emocional de las familias en TCA, ya mencionado previamente, la investigación existente muestra que los miembros de la familia experimentan mayores niveles de ansiedad o depresión, altos niveles de carga para el cuidador, así como patrones de interacción familiar disfuncionales (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda y Treasure, 2014; Whitney et al., 2007; Zabala et al., 2009). A este malestar emocional puede contribuir el empleo de estrategias

desadaptativas de afrontamiento por parte de las familias, que parecen favorecer sentimientos de ineficacia y mayor malestar psicológico (Coomber y King, 2012). Asimismo, el estigma de tener a un familiar con un trastorno psicológico grave, la dificultad de entender los síntomas alimentarios (rechazo a comidas familiares, rituales de ingesta, entre otros) y/o vergüenza de los propios síntomas, o la falta de información en relación con el tratamiento pueden influir en el malestar emocional que los familiares experimentan (Whitney et al., 2007). Se ha encontrado una asociación entre el estrés de los cuidadores familiares y la duración del trastorno (Anastasiadou et al., 2014).

Dada la gravedad de las consecuencias que genera el TCA, es común que los familiares se sientan desbordados, convirtiendo el trastorno en el núcleo de la vida familiar. La acomodación al síntoma hace referencia a la normalización y a la acomodación por parte de los familiares hacia los rituales y conductas alimentarias inadecuadas, como si se tratara de un “estilo de vida”; a menudo adoptan dichos rituales a la rutina diaria y al funcionamiento familiar, como por ejemplo compra excesiva de productos “light” y bajos en calorías, permitir un elevado control de la persona con TCA sobre las comidas familiares, realizar comidas por separado o dos tipos de comidas, o alterar planes familiares o vacaciones, entre otros (Perkins, Winn, Murray, Murphy y Schmidt, 2004; Sepúlveda, Kyriacou y Treasure, 2009). Los miembros de la familia pueden inicialmente acomodarse al síntoma con el objetivo de reducir el malestar e impacto del trastorno en el funcionamiento familiar, sin embargo, posteriormente, la presión de acomodarse a la patología puede incidir en una peor experiencia como cuidador (Treasure, Gavan, Todd y Schmidt, 2003). En un reciente estudio preliminar, una mayor acomodación al síntoma ha sido asociado con déficits de funcionamiento psicosocial más severos y síntomas de ansiedad entre los miembros familiares de jóvenes con TCA que buscan tratamiento (Anderson, Smith, Nuñez y Farrell, 2019). Además, se ha encontrado asociación entre la acomodación a los síntomas y un mayor tiempo del cuidador principal dirigido a cuidar a la paciente (Anastasiadou et al., 2014).

Por otro lado, la emoción expresada se define como las actitudes y los comportamientos de los miembros de la familia hacia la persona con un trastorno mental, que están caracterizados por sobreimplicación emocional, criticismo y hostilidad. El cuidado de adolescentes con TCA puede generar emociones negativas como la culpa, la vergüenza o el enfado, asociadas con un aumento de la emoción expresada (Hooley, 2007). Desde revisiones sistemáticas se han encontrado elevados niveles de emoción expresada en familiares de personas con TCA, asociados a un impacto negativo en la experiencia de cuidado y a trastornos del estado de ánimo (Anastasiadou et al., 2014; Zabala et al., 2009). En cuanto al impacto sobre la evolución del trastorno en los pacientes, las tasas altas de emoción expresada familiar se han relacionado, de modo general, con una peor respuesta al tratamiento, altas tasas de recaída y duración más larga del trastorno (Peris y Miklowitz, 2015). En cuanto a las diferencias entre cuidadores principales, parece que la sobreimplicación emo-

cional es una respuesta más común en las madres y los comentarios críticos por parte de los padres (Kyriacou, Treasure y Schmidt, 2008). Los resultados de las últimas investigaciones parecen indicar que la emoción expresada es una relación recíproca entre padres e hijos, de modo que ésta podría variar en función de los comportamientos de los jóvenes (Rienecke, Lebow, Lock y Le Grange, 2017).

Desde el punto de vista del *Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal para la anorexia nerviosa*, Treasure y Schmidt (2013) proponen que, en el plano interpersonal, el TCA generaría frustración y ansiedad entre los familiares, que acabarían acomodándose a los síntomas, y respondiendo con niveles más altos de emoción expresada, lo que a su vez, generaría un aumento de la psicopatología alimentaria en la joven, y por tanto prolongando o dificultando el proceso de recuperación.

Actualización de las Intervenciones Dirigidas a la Familia

Desde el 2004, la Guía nacional de calidad clínica y uso efectivo de recursos en la atención de la salud mental en el Reino Unido, denominada por las siglas inglesas (NICE) (National Institute for Clinical Excellence, 2017), recomendaba que la familia se incluyese en el tratamiento de los trastornos alimentarios, principalmente en el caso de los niños y adolescentes. Esta intervención familiar podría incluir información acerca de la naturaleza del caso, la gravedad y el pronóstico, consejos sobre el manejo conductual y cómo facilitar la comunicación con el paciente. Estas recomendaciones se siguen manteniendo en las últimas revisiones realizadas sobre tratamiento en TCA (Gorrell, Loeb y Le Grange, 2019; Hilbert, Hoek y Schmidt, 2017). En cuanto al tratamiento en adultos, otros autores recomiendan la necesidad de trabajar con las familias de personas con AN independientemente de la edad de la paciente (Zeeck et al., 2018).

En cuanto a las intervenciones se diferencia dos tipos: las que se dirigen a las necesidades de los cuidadores y han tratado de dar mayor información sobre el TCA y cómo afrontarlo en el núcleo familiar, y aquellas intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud para que puedan brindar mayor asesoramiento y apoyo emocional a los cuidadores (Berbel et al., 2010; Graap et al., 2008; Haigh y Treasure, 2003). Se han desarrollado distintas intervenciones psicoeducativas, terapias familiares o grupos de apoyo, que han obtenido resultados satisfactorios (Schaumberg et al., 2017) y han incrementado el nivel de comprensión de la patología entre los familiares (Highet, Thompson y King, 2005).

Históricamente, las primeras teorías que se centraron en la intervención de los familiares fueron las que surgían de la terapia sistémica. Uno de los paradigmas pioneros en el desarrollo de la terapia familiar ha sido el propuesto por Minuchin et al. (1978), que consideraba que los TCA tenían causas biopsicosociales, definiendo a la familia como factor fundamental en el desarrollo de la patología. En contra de lo propuesto inicialmente, los resultados de la investigación han mostrado que la familia es un recurso terapéutico necesario que es imprescindible que forme parte

del tratamiento (Le Grange, Lock, Loeb y Nicholls, 2010; Treasure y Schmidt, 2013; Schaumberg et al., 2017).

Teniendo en cuenta las recomendaciones establecidas, se generaron programas psicoeducativos para familiares, así como intervenciones basadas en habilidades de afrontamiento, que se van a revisar a continuación.

Programas psicoeducativos

Los programas de intervención centrados en la psicoeducación han demostrado buenos resultados reduciendo la angustia de los familiares de las personas con TCA (Gutiérrez, Sepúlveda, Anastasiadou y Medina-Pradas, 2014). Parece que el aumento de conocimientos mejora la experiencia de cuidado y reduce las consecuencias psicológicas ligadas al mismo (Sepúlveda et al., 2012). Asimismo, se ha encontrado que la pertenencia a un grupo de apoyo reduce el aislamiento y aumenta las redes de apoyo, ayudando además a reducir emociones como la vergüenza o la culpa (Pasold, Boateng, y Portilla, 2010).

Algunos de los programas psicoeducativos y grupos de apoyo que se han llevado a cabo son:

- El *grupo de apoyo para padres del Hospital Infantil de Arkansas* (1994). Este grupo surgió como un espacio para que los familiares de adolescentes con un TCA tuvieran un lugar confidencial en el que compartir sus inquietudes y miedos. El grupo estaba coordinado por un psicólogo y un médico, se llevaban a cabo sesiones de psicoeducación y discusión de temas conflictivos propuesto por los padres. Los resultados fueron positivos, con aumento del conocimiento de los familiares, y han sido replicados en otros estudios (Pasold et al., 2010).
- El *Programa Aachen* (Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005) diseñado para ser llevado a cabo por un nutricionista, un psiquiatra y un terapeuta ocupacional tenía como objetivo aumentar los conocimientos de los cuidadores sobre distintos aspectos relacionados con los TCA. El programa consta de cinco sesiones de 90 minutos de duración, descritas en la tabla 2. Los resultados del programa fueron valorados como positivos por los familiares, que lo encontraron útil.

Tabla 2. Sesiones del Programa Aachen (Holtkamp et al., 2005).

Sesión 1- Información sobre la AN	Concepción del trastorno y de la implicación de la sociedad en el desarrollo del mismo. Consecuencias de la desnutrición a nivel físico, psicológico, cognitivo y social. Trabajo con los familiares acerca de ideas irracionales sobre dieta y miedos.
Sesión 2- Información sobre la BN	Concepción del trastorno y consecuencias del mismo. Implicación emocional de los atracones y las conductas compensatorias para las personas que lo sufren.

Sesión 3- Alimentación equilibrada	Concepción de la dieta equilibrada, aportando ejemplos de planes de comida, y de la realización de las comidas en familia. Importancia de la relación entre dieta y crecimiento, insistiendo en la necesidad de la ingesta y de la realización de ejercicio supervisado.
Sesión 4- Terapia cognitivo conductual	Abordaje de la ambivalencia en relación al TCA.
Sesión 5- Prevención de recaídas	Anticipación de posibles problemas. Revisión de la responsabilidad que los padres consideran que tienen en la alimentación y las conductas relacionadas con la patología.

- El ***Programa de Psicoeducación familiar para TCA*** (Gutiérrez et al., 2014). El programa consta de seis sesiones quincenales de dos horas de duración, cuyos contenidos pueden observarse en la tabla 3. El contenido está basado en el modelo de Fairburn (2008) y sigue la estructura del Modelo de intervención del Hospital Maudsley (Treasure, Smith y Crane, 2011). Los resultados fueron positivos y mantenidos a los tres meses, con una disminución del malestar psicológico según el Cuestionario General de Salud y una reducción de los niveles de emoción expresada según el Cuestionario Familiar (FQ, Gutiérrez et al., 2014).

Tabla 3. *Sesiones de Psicoeducación familiar para TCA (Gutiérrez et al., 2014).*

Sesión 1- Descripción del TCA	Presentación de los miembros del grupo y de sus conocimientos sobre el trastorno. Trabajo sobre el concepto de "falsa amiga" del TCA.
Sesión 2- Consecuencias de los TCA	Presentación de las consecuencias, desde un enfoque biopsicosocial, a corto y largo plazo y su efecto como factores mantenedores.
Sesión 3- Causas de los TCA	Concepción de las causas desde el enfoque multicausal, diferenciando entre factores predisponentes, precipitantes y mantenedores (Garner, 1993). Trabajo sobre los mitos y las falsas creencias respecto a las causas del trastorno.
Sesión 4- Factores mantenedores de los TCA	Concepción desde el Modelo transdiagnóstico (Fairburn, 2008) y trabajo sobre la funcionalidad que creen que tienen los síntomas en el mantenimiento del trastorno.
Sesión 5- La familia contra la enfermedad	Trabajo desde la tolerancia en las relaciones padres-hijo.
Sesión 6- Recursos para el tratamiento	Información sobre los recursos públicos ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud para el tratamiento.

- ***Modelo de Intervención Familiar Calgary*** (Wright y Leahey, 2009). El programa, desarrollado por personal de enfermería, constaba de cuatro sesiones semanales en las que se trabajaban cuatro etapas: el compromiso,

la evaluación, la intervención y la discusión. Los padres informaron que el programa fue útil y valioso para sus familiares (Gísladóttir y Svavarsdóttir, 2011).

Programas dirigidos a habilidades de afrontamiento o de comunicación

Las intervenciones centradas en la familia y aquellos tratamientos en los que está incluida la terapia familiar han tenido un gran desarrollo en la investigación sobre el tratamiento de los TCA (National Institute for Clinical Excellence, 2017). Principalmente en AN, varios estudios han demostrado que la terapia familiar puede obtener mejores resultados que la intervención individual, sobre todo en el trabajo con adolescentes (Eisler, Simic, Russell y Dare, 2007). El equipo que más ha desarrollado estas intervenciones es el equipo del Maudsley Hospital de Londres. Algunas de las intervenciones más importantes que se han propuesto son:

a) *El tratamiento basado en la familia* (en inglés, *Family-Based Treatment*, Whitney y Eisler, 2005) es un modelo de intervención que considera a los familiares como protagonistas del tratamiento, entrenándoles en que ejerzan el control sobre la alimentación de sus adolescentes que presentan un TCA. Suele conllevar en torno a 15-20 sesiones que se extienden en torno a un año, trabajándose en tres fases:

1. Normalización de la alimentación: El objetivo de esta fase es que los familiares tomen el control sobre los patrones alimentarios de sus hijos, para lo cual se realiza un entrenamiento en cómo llevar a cabo dichas comidas alimentarias. Durante dicho entrenamiento se trata de que sean capaces de dar apoyo a los hijos durante las comidas.
2. Cesión el control alimentario de forma paulatina a los hijos, para que sean los responsables de su alimentación.
3. Mantenimiento de la identidad saludable. Una vez alcanzada, se ayuda al mantenimiento de la misma.

Este tratamiento ha obtenido buenos resultados, siendo uno de los tratamientos considerados eficaces de manera tradicional para el tratamiento de la AN en adolescentes con una duración de la enfermedad inferior a tres años. Se ha comparado su implantación en formato individual o multifamiliar, obteniéndose mejoras similares en la nutrición y en el bienestar psicológico (Eisler et al., 2007). Por otro lado, la Guía NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2017) también recomienda actualmente la terapia familiar para la BN (Dodge, Hodes, Eisler y Dare, 1995) en personas adolescentes, aunque con algunas especificaciones como una duración del tratamiento inferior, en torno a seis meses con similar número de sesiones.

b) El *Programa de Cuidados Colaborativos del Maudsley* (Treasure et al., 2007) tiene como objetivo mejorar las habilidades en la comunicación y aumentar la disposición al cambio utilizando la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2015) y el modelo del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1984). Esta intervención considera a la familia como un recurso necesario en el tratamiento de

TCA y ha demostrado reducir los niveles de carga encontrados en los cuidadores (Sepúlveda et al., 2008). El programa constaba de seis sesiones con una duración de dos horas cada una, cuyos contenidos pueden observarse en la Tabla 4. Este programa se ha traducido y se ha llevado a cabo en distintos países con similares buenos resultados, como en España (Sepúlveda, Anastasiadou, Parks y Gutiérrez, 2019).

Tabla 4. *Contenidos del Programa de Cuidados colaborativos del Maudsley (Sepulveda et al., 2008; Treasure et al., 2007).*

Sesión 1- Descripción del modelo de estrés de los TCA.	Se persigue que los familiares reconozcan que sus comportamientos influyen el mantenimiento del TCA de su familiar.
Sesión 2- Habilidades de comunicación (E. Motivacional)	Se enseña la teoría Transteórica del Cambio y se trabaja a través de los animales (Treasure et al., 2011), donde las cuidadores se ven reflejados y conocen cuales son los comportamientos adecuados y cuales no lo son.
Sesión 3- Aspectos relacionados con la comunicación	Se trabaja para generar habilidades de comunicación, escucha activa, comunicación no verbal. Se aprenden estrategias para el cambio de comportamiento.
Sesión 4 – Habilidades de E. motivacional	Se realizan los análisis funcionales de los comportamientos y se trabaja sobre la ambivalencia.
Sesión 5 – Comportamientos frente al TCA	Tarea de reflexión donde los cuidadores reflexionan sobre sus comportamientos frente al TCA y sobre un posible cambio en él. También se gestionan las emociones de los cuidadores.
Sesión 6 – Prevención recaída	Manejo de conductas difíciles y repaso de contenidos.

c) El Programa de Cuidados Colaborativos del Maudsley, versión digital (DVD) tuvo como objetivo la realización de video-clips que enseñasen a las padres habilidades de comunicación positiva y de afrontamiento. Constaba de 5 DVDs dirigidos a familiares que no pudieron acudir al programa presencial (previamente mencionado). Los DVDs utilizaron las mismas metáforas de los animales y demostraron ser útiles para las familias, aunque con algunas limitaciones en cuanto a la trasfencia (Sepúlveda, Lopez, Macdonald y Treasure, 2008).

Conclusiones

Aunque los factores familiares se consideran relevantes en la etiología y curso de los TCA, la pretensión subyacente al enfoque sistémico de identificar una “familia de los trastornos alimentarios” que se repita de un caso a otro parece del todo imposible. La conceptualización histórica de la familia como causa del trastorno culpabilizaba a la familia, si bien este trastorno responde a una multidimensionalidad de los factores, incluyendo la fuerte presión social y cultural, por lo que no es posible considerar a la familia como causante del mismo. Además, la gravedad y la prolongación en el tiempo de la patología alimentaria en los jóvenes,

genera un impacto importante en la salud y bienestar emocional de los familiares cuidadores. El cambio de paradigma, basado en la evidencia científica (NICE, 2004, 2017), actualmente enfatiza la inclusión de los familiares como agentes de cambio activos en el proceso de recuperación de sus adolescentes con TCA. El foco de la intervención es por tanto aquellos factores familiares que actúan inadvertidamente de mantenedores del trastorno, y que es posible modificar. La evidencia científica actual aporta una base sólida sobre la eficacia de las intervenciones que incluyen estos factores familiares. Parece ser que tanto los grupos psicoeducativos de manejo del estrés, y los grupos de intervención en habilidades de afrontamiento en el manejo de los síntomas alimentarios y en el cambio de los estilos de comunicación familiar, presentan resultados prometedores en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Por último, las vías futuras de investigación podrían centrarse en aquellas circunstancias y condiciones que hacen más efectivos cada uno de estas intervenciones (Gorrell et al., 2019).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R. y Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviors*, 15(3), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.001>
- Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Sánchez, J. C., Parks, M., Álvarez, T. y Graell, M. (2016). Family functioning and quality of life among families in eating disorders: a comparison with substance-related disorders and healthy controls. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 294-303. <https://doi.org/10.1002/erv.2440>
- Anderson, L. M., Smith, K. E., Nuñez, M. C. y Farrell, N. R. (2019). Family accommodation in eating disorders: a preliminary examination of correlates with familial burden and cognitive-behavioral treatment outcome. *Eating Disorders*, 15, 1-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1652473>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Berbel, E., Sepúlveda, A. R., Graell, M., Andres, P., Carroble, J. A. y Morandé, G. (2010). Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 179-192. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4096>
- Coomber, K. y King, R. M. (2012). Coping strategies and social support as predictors and mediators of eating disorder carer burden and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 789-796. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0384-6>
- Culbert, K. M., Racine, S. E. y Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Dare, C., Grange, D. Le, Eisler, I. y Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 211-226. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199411\)16:3<211::AID-EAT2260160302>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199411)16:3<211::AID-EAT2260160302>3.0.CO;2-X)
- Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I. y Dare, C. (1995). Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 17(1), 59-77. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1995.tb00004.x>
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. M. y Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552-560. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01726.x>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York, NY: Guilford Press.

- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631-1635. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90768-C](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-C)
- Garner, D. M., David M. y Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647-656. <https://doi.org/10.1017/S0033291700054945>
- Gísladóttir, M. y Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 122-130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x>
- Gorrell, S., Loeb, K. y Le Grange, D. (2019). Family-based treatment of eating disorders: A narrative review. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>
- Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J. y de Zwaan, M. (2008). The needs of carers of patients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 21-29. <https://doi.org/10.1002/erv.804>
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D. y Medina-Pradas, C. (2014). Programa de psicoeducación familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(1), 133-149.
- Haigh, R. y Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11(2), 125-141. <https://doi.org/10.1002/erv.487>
- Harrison, A., Tchanturia, K., Naumann, U. y Treasure, J. (2012). Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 261-279. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02026.x>
- Highet, N., Thompson, M. y King, R. M. (2005). Eating disorders the experience of living with a person with an eating disorder: the impact on the carers. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 13(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/10640260591005227>
- Hilbert, A., Hoek, H. W. y Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423-437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B., Vloet, T. y Hagenah, U. (2005). Group Psychoeducation for parents of adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program. *Eating Disorders*, 13(4), 381-390. <https://doi.org/10.1080/10640260591005263>
- Hooley, J. M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 329-352. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236>
- Johns, G., Taylor, B., John, A. y Tan, J. (2019). Current eating disorder healthcare services – the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. *BJPsycho Open*, 5(e59), 1-10. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.48>
- Kyriacou, O., Treasure, J. y Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242. <https://doi.org/10.1002/eat.20488>
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. y Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M. y Melton, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 397-405. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199912\)26:4<397::aid-eat5>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199912)26:4<397::aid-eat5>3.0.co;2-0)
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W. y Machado, P. P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: A Portuguese case-control study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251. <https://doi.org/10.1002/erv.2286>
- Martín, J., Padierna, A., Aguirre, U., Quintana, J. M., Hayas, C. L. y Muñoz, P. (2011). Quality of life among caregivers of patients with eating disorders. *Quality of Life Research*, 20(9), 1359-1369. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9873-z>
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayuda a las personas a cambiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families : anorexia nervosa in context*. Londres, Reino Unido: Harvard University Press. Recuperado de: https://www.abebooks.com/products/isbn/9780674722200?cm_mmc=ggl-_COMUS_ETA_DSA-_naa_-1t1naa&gclid=CjwKCAiA-P7x-BRAvEiwAow-VaW1DRSOEtVCs_0j0Phj4Da8uaJbfgPSODv7k5Z7AoMCMG2RfDDkawxoC4KwQAuD_BwE

- Moreno-Encinas, A., Sepúlveda, A. R., Kurland, V., Lacruz, T., Nova, E. y Graell, M. (2020). Identifying psychosocial and familial correlates and the impact of the stressful life events in the onset of anorexia nervosa: Control-case study (ANOBAS): Psychosocial and familial correlates and stressful life events in AN. *Psychiatry Research*, 284, 112768. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112768>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2017). Eating Disorders: Recognition and Treatment. *NICE Guideline*, 69. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Oliva, L., Gandarillas, A., Ssonago, M., Díez-Gañán, L. y Ordobás, M. (2011). Vigilancia epidemiológica de los Trastornos Del Comportamiento Alimentario y conductas relacionados. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología*, 18(8), 3-23. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020086.pdf>
- Pasold, T. L., Boateng, B. A. y Portilla, M. G. (2010). The use of a parent support group in the outpatient treatment of children and adolescents with eating disorders. *Eating Disorders*, 18(4), 318-332. <https://doi.org/10.1080/10640266.2010.490121>
- Peris, T. S. y Miklowitz, D. J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(6), 863-873. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0526-7>
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R. y Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 256-268. <https://doi.org/10.1002/eat.20067>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow/ Jones Irwin.
- Rienecke, R. D., Lebow, J., Lock, J. y Le Grange, D. (2017). Family profiles of expressed emotion in adolescent patients with anorexia nervosa and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(3), 428-436. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1030755>
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., ... Bulik, C. M. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450. <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobbles, J. A., y Morandé, G. (2012). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e78-84 <https://doi.org/10.1002/erv.1118>
- Sepúlveda, A. R., Kyriacou, O. y Treasure, J. (2009). Development and validation of the accommodation and enabling scale for eating disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *BMC Health Services Research*, 9(171). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-171>
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Macdonald, P. y Treasure, J. (2008). Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 318-325. <https://doi.org/10.1002/eat.20502>
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W. y Treasure, J. (2008). An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 584-591. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0336-y>
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D. Parks, M. y Gutiérrez, E. (2019). A controlled study of the Collaborative Care Skills Workshops versus Psycho-educational Workshops among Spanish caregivers of relatives with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 247-262. <https://doi.org/10.1002/erv.2658>
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
- Tierney, S. (2005). Eating Disorders The Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: A Qualitative Study of the Views of Parents. *Eating Disorders*, 13(4), 369-379. <https://doi.org/10.1080/10640260591005254>
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Ariel.
- Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(13), 1-10. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
- Treasure, J., Sepúlveda, A. R., Whitaker, W., Todd, G., Lopez, C. y Whitney, J. (2007). Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: a description of workshops focussed on interpersonal maintaining factors. *European Eating Disorders Review*, 15(1), 24-34. <https://doi.org/10.1002/erv.758>

- Treasure, J., Smith, G. y Crane, A. (2011). *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G. y Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: Working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11(1), 25-37. <https://doi.org/10.1002/erv.485>
- Whitney, J. y Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575-585. <https://doi.org/10.1080/09638230500347889>
- Whitney, J., Haigh, R., Weinman, J. y Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 413-428. <https://doi.org/10.1348/014466507X173781>
- Wright, M. y Leahey, M. (2009). The Calgary Family Intervention Model. En M. Wright y M. Leahey (Eds.), *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (pp. 153-179). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Zabala, M. J., Macdonald, P. y Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338-349. <https://doi.org/10.1002/erv.925>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., ... Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN ANOREXIA NERVIOSA: INVISIBLES FRENTE AL ESPEJO

AUTISTIC SPECTRUM DISORDER IN ANOREXIA NERVOSA: INVISIBLE ONES IN FRONT OF THE MIRROR

Gema García Marco

Facultad de Psicología

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1516-8450>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García Marco, G. (2020). Trastorno del Espectro Autista en Anorexia Nerviosa: Invisibles frente al espejo. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 63-76. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.356>

Resumen

La relación entre el Trastorno del Espectro Autista (TE) y la Anorexia Nerviosa (AN) ha suscitado un creciente interés dadas las altas tasas de comorbilidad y la necesidad de adaptar los tratamientos existentes a esta población, ya que presentan peores resultados en los tratamientos estándar para el trastorno de conducta alimentaria. En este artículo se realiza una revisión descriptiva de diferentes aspectos relacionados con los TEA y la AN tratando de ofrecer una perspectiva sobre el tema que pueda ser de utilidad para la práctica clínica. En él se abordan aspectos epidemiológicos y perfiles neuropsicológicos, se profundiza en las particularidades del diagnóstico en estos casos y se exponen las propuestas de tratamiento.

Palabras clave: *Trastorno Espectro Autista, Anorexia, Trastornos Alimentarios, Síndrome de Asperger, Terapia de Remediación Cognitiva.*

Abstract

The relationship between Autism Spectrum Disorder (ASD) and Anorexia Nervosa (AN) has raised a growing interest given the high comorbidity rates and the need to adapt existing treatment to this population, since they present worse results in standard treatments for eating disorders. In this article, a descriptive review of different aspects related to ASD and AN is carried out, trying to offer a perspective on the topic that may be useful for clinical practice. It covers epidemiological aspects and neuropsychological profiles, deepens the particularities of the diagnosis in these cases and presents treatment proposal.

Keywords: *Autistic Spectrum Disorder, Anorexia, Eating Disorders, Asperger Syndrome, Cognitive Remediation Therapy.*



Introducción

La Anorexia Nerviosa (AN) se clasifica en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.^a Ed.; *DSM-V*; American Psychiatric Association [APA], 2013) como uno de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se caracteriza, entre otros síntomas, por un peso significativamente bajo, miedo a ganar peso o conducta persistente que interfiere en el aumento de peso, así como por una alteración en la forma en que uno mismo percibe su cuerpo, una influencia impropia del peso en la autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso. La AN es un trastorno multideterminado, complejo y grave: posee la tasa más alta de mortalidad de todos los trastornos mentales (Harris y Barraclough, 1998).

Por otro lado, el Trastorno de Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia, caracterizado por dificultades en la comunicación social y por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento. Puede darse con o sin déficit intelectual así como con o sin deterioro del lenguaje. En el *DSM-V* (2013) desaparecen los subtipos que contemplaba el *DSM-IV* (1994) (el Síndrome de Asperger era por ejemplo, uno de ellos), ya que se reconoce un amplio abanico de fenotipos dentro del espectro. Por tanto, desaparece la nomenclatura de Trastorno de Asperger (dentro del espectro autista, este síndrome es uno de los que más se han estudiado en relación a la AN) pero eso no quiere decir que desaparezca el cuadro clínico en sí. Lo que cambia en el *DSM-V* (2013) es la visión categorial, siendo considerado un trastorno dimensional, en función de las necesidades de apoyo requeridas. Las personas antes diagnosticadas como “Trastorno de Asperger” (Síndrome de Asperger, según la *CIE-10*, OMS, 1993) actualmente entrarían en la categoría diagnóstica de TEA de grado 1 especificando que no presentan déficit cognitivo ni deterioro del lenguaje.

Ya en los años ochenta Gillberg (1983) planteó la posibilidad de que pudiera haber un TEA subyacente en algunos casos de AN basándose en las semejanzas en sus perfiles cognitivos, sugiriendo incluso que compartían una vulnerabilidad genética que en interacción con factores ambientales podía manifestarse como AN en niñas y como TEA en niños durante la infancia. Desde entonces hasta ahora ha habido un creciente interés en la literatura científica por entender la relación existente entre estos dos trastornos dada la elevada presencia de TEA en AN y las dificultades subyacentes compartidas en el funcionamiento cognitivo, social y emocional (Westwood y Tchanturia, 2017). Las características que comparten los trastornos alimentarios (sobre todo la AN) y el TEA incluyen los comportamientos repetitivos y limitados, la retirada social y las dificultades en entender los estados mentales ajenos (Nickel et al., 2019).

El TEA parece estar sobrerrepresentado en población con trastornos alimentarios. En su revisión sistemática, Westwood y Tchanturia (2017) encontraron que las personas con AN tenían más dificultades asociadas al TEA que los sujetos control. De otra revisión sistemática, se extraen datos de prevalencia de rasgos autistas en el 22,9% de las pacientes diagnosticadas de AN (Huke, Turk, Saeidi, Kent y Morgan,

2013). Es importante destacar que en la revisión anteriormente citada 6 de los 8 estudios considerados estaban basados en la misma muestra de población sueca, lo que podría haber sesgado los resultados. Resulta en cualquier caso complicado sacar conclusiones de prevalencia dados los cambios en los diagnósticos del *DSM-IV* (1994) al *DSM-V* (2013), los distintos instrumentos de medida utilizados y las dificultades en el diagnóstico de TEA en mujeres.

La mayoría de los estudios de comorbilidad se han realizado sobre todo en población adulta, existiendo muchos menos estudios en niños y adolescentes. En esta población, Kalyva (2009) concluye que aquellas chicas diagnosticadas de TEA en la adolescencia presentan un mayor riesgo de tener un trastorno alimentario que sus coetáneas, con datos que indican que un 27% de niñas con TEA presentaban síntomas dentro del espectro de los trastornos alimentarios

La comorbilidad entre TEA y AN está asociada a peor pronóstico (Nielsen, Anckarsater, Gillberg, Rastam y Wentz, 2015; Rhind et al, 2014) y a una peor respuesta al tratamiento ya que la rigidez y las dificultades de introspección características del TEA dificultan la respuesta a los programas terapéuticos tradicionales (Tchanturia et al., 2016)

Alteraciones Alimentarias, TEA y Anorexia Nerviosa

Las personas diagnosticadas de TEA suelen presentar con frecuencia alteraciones alimentarias. Partimos de la base de que estas alteraciones alimentarias no son necesariamente un trastorno alimentario, aunque si pueden suponer un factor de riesgo para padecerlo en el futuro (Rastam, 2008). El TEA puede cursar problemas alimentarios tales como; rechazo a alimentos, pica, rumiación, alimentación selectiva, neofobia (rechazo a alimentos nuevos), polidipsia y sobrealimentación, que tienden a persistir en la adolescencia y la edad adulta. De hecho, las alteraciones alimentarias formaron parte de las primeras descripciones de los indicadores tempranos del autismo (Ritvo y Freeman, 1978, citado por Rastam, 2008) así como el bajo peso: dos de los tres casos que originariamente describió Hans Asperger presentaban un peso por debajo de la media (Asperger, 1944, citado por Rastam, 2008).

La alimentación selectiva puede responder a diferentes factores, y en principio no tiene por qué afectar al peso, aunque en ocasiones sí a la vida social de la persona a quien le ocurre: unas veces se trata de la expresión de un comportamiento ritualizado mientras que otras responde a la hiper sensibilidad de las personas del espectro autista a texturas, olores y sabores. Es posible que incluso el color pueda suponer un problema, y esto lleve a que la persona consuma alimentos monocromáticos.

Algunas de estas características son similares a las presentadas en los casos de Trastorno de Evitación/Restricción de alimentos, otro de los trastornos alimentarios categorizados en el *DSM-V* (APA, 2013). Éste se caracteriza por falta de interés aparente por comer, evitación a causa de las características organolépticas del alimento o preocupación acerca de las consecuencias de comer que lleva a la persona al fracaso en el cumplimiento de sus necesidades nutritivas y/o energéticas. Para su

diagnóstico se debe tener también en cuenta que el trastorno no se explique mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica cultural asociada, que no se produzca en el curso de una anorexia o bulimia nerviosas y que no se atribuya a una afección médica u otro trastorno mental. El *DSM-V* (APA, 2013) especifica también que cuando este trastorno alimentario se da en el contexto de otra afección o trastorno, el diagnóstico de Trastorno de Evitación/Restricción de alimentos sólo debería realizarse si la gravedad excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional. Por tanto, si se da en alguien que ya tiene el diagnóstico de TEA, sólo debería diagnosticarse si se cumplen todos los criterios diagnósticos de ambos y si el trastorno alimentario requiere un tratamiento específico. Las personas con trastorno de evitación/restricción de alimentos difieren de las personas con AN en que las primeras no presentan alteraciones de imagen corporal ni miedo a ganar peso.

La prevalencia del trastorno de evitación/restricción de alimentos es significativamente mayor en niños TEA que en sus pares, lo que lleva a algunos autores a proponer que la presencia de alteraciones alimentarias graves en la infancia debería alertar de la posibilidad de que exista un TEA (Lucarelli, Pappas, Welchons y Augustyn, 2017).

Cuando existen sospechas de TEA y se observan alteraciones alimentarias del tipo que sea, el primer paso sería realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial. Westwood y Tchanturia (2017) concluyen que podría ser beneficioso realizar de forma sistemática un cribado en búsqueda de un posible TEA en personas que se ponen en tratamiento por un trastorno alimentario, aunque posteriormente sea un clínico especializado en TEA quien realice el diagnóstico definitivo. Esta conclusión es compartida por otros autores como Nielsen et al. (2015) y Huke et al. (2013).

Aspectos en Común TEA y AN

El perfil neuropsicológico de los trastornos alimentarios ha sido objeto de estudio en las últimas décadas, siendo las características más consensuadas la debilidad en la coherencia central y la rigidez cognitiva. Más recientemente también se ha puesto el foco de la investigación en las dificultades socioemocionales, a través de estudios de la cognición social. Dentro del concepto de cognición social se encuentran varios subprocesos, incluido en ellos el de teoría de la mente. La AN y los TEA comparten algunas semejanzas conductuales, como por ejemplo rituales con la comida o dificultades para comer con otras personas en entornos sociales (Rastam 2008), comparten dificultades a nivel emocional como la alexitimia, es decir, la dificultad para identificar y expresar emociones (Mansour et al., 2016; Råstam, Gillberg, Gillberg y Johansson, 1997; Råstam, Gillberg, y Wentz, 2003) y podría ser que también compartan algunas características neurológicas tales como: débil coherencia central (dificultades para ver la globalidad en lugar de los detalles), problemas con la alternancia de tareas (la habilidad para cambiar de una tarea a otra de forma fluida, aspecto relacionado con la rigidez cognitiva) y dificultades

con la teoría de la mente (la habilidad para atribuir estados mentales) (Nickel et al., 2019). De forma específica:

- El concepto de **dificultad con la alternancia de tareas** hace referencia a los problemas para utilizar un estilo de pensamiento flexible que posibilite alternar entre operaciones, acciones, tareas...etc. Las dificultades en esta área llevan a la rigidez cognitiva, que puede manifestarse a través de la tendencia a poner en marcha estrategias inflexibles de solución de problemas que complica la adaptación a las circunstancias vitales, cambiantes por naturaleza. La rigidez cognitiva también está relacionada con el tipo de pensamiento “todo-nada” y las tendencias perfeccionistas (Treasure y Schmidt, 2013). Escobar-Koch (2012) recoge diferentes investigaciones que demuestran flexibilidad cognitiva reducida en pacientes con anorexia. Estas dificultades no mejoran con la ganancia de peso, se han encontrado en familiares de personas con AN y se mantienen en pacientes recuperadas (Tchanturia et al., 2004), lo que sugiere que es un rasgo estable. Esta dificultad se encuentra también en personas con TEA.
- Cuando hablamos de **coherencia central** nos referimos a la tendencia a procesar la información focalizando en los detalles en lugar de tener una visión amplia de conjunto. Existe evidencia de que las personas con AN prestan excesiva atención a los detalles y son menos eficientes en el procesamiento de información de forma global. Este tipo de procesamiento podría explicar los intereses restringidos y cómo las pacientes perciben su cuerpo: de forma hiperfocalizada en aquellas partes que no les gustan de sí mismas y con una gran dificultad para valorarlo de forma global. Sabemos que los problemas de coherencia central son más pronunciados durante la fase aguda de la enfermedad (Nickel et al., 2019) y parece ser un rasgo estable ya que está presente en pacientes recuperadas (Lang, López, Sthal, Tchanturia y Treasure, 2014). Estos problemas de coherencia central también se encuentran en personas con TEA.
- Para finalizar, la **teoría de la mente (Theory of Mind, ToM)** hace referencia a las habilidades para percibir los estados afectivos de los demás y de uno mismo, así como de interpretar y hacer inferencias en situaciones sociales que ayuden a predecir el comportamiento de los demás. En personas con AN existen dificultades en las tareas relacionadas con la ToM, así como en personas TEA. En la AN se está estudiando la importancia del índice de masa corporal (IMC) en el desempeño en las tareas que evalúan este constructo para averiguar el papel que puede tener el estado de privación de alimentos ya que parece que esta dificultad podría estar limitada a la fase aguda de la enfermedad como consecuencia de la inanición (Nickel et al., 2019). Los resultados no son concluyentes todavía, como tampoco parecen serlo en mujeres TEA ya que la mayoría de los estudios que encuentran dificultades de personas del espectro autista en la teoría de la

mente se han realizado con varones, por lo que se sabe muy poco acerca de la ToM en niñas y mujeres TEA (Sedgewick et al., 2019).

En una revisión reciente de la literatura (Westwood, y Tchanturia, 2017) se concluye que no está claro todavía si la presencia de síntomas TEA en AN responde a un trastorno del neurodesarrollo subyacente, si son agravados por el propio trastorno alimentario o si son meras semejanzas en el funcionamiento emocional y socio-cognitivo. En la misma línea, en otra revisión de 2019 (Nickel et al., 2019) se concluye que la falta de estudios longitudinales no permite aclarar si los déficits neurocognitivos son un factor de riesgo o una consecuencia del TCA.

Desde una perspectiva cualitativa, Kinnaird, Norton, Stewart y Tchanturia (2018) recogen experiencias en primera persona de quienes tienen el doble diagnóstico: llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con mujeres con AN y el diagnóstico de TEA o elevados rasgos autistas en el AQ-10 (Short Autism Spectrum Quotient, Allison, Auyeung y Baron-Cohen, 2012) o el ADOS (Autism Diagnosis Observation Schedule, Lord et al., 2000). Las participantes en el estudio sentían que su condición autista y su AN estaban profundamente relacionadas: una de las formas en las que ellas percibían esta relación es a través de la rigidez y la inflexibilidad que una vez volcadas en la comida, apenas permitían cambios en las rutinas establecidas. Otro dato interesante es que estas mujeres describieron que el deseo de perder peso y los problemas de imagen corporal no fueron determinantes para el desarrollo de su AN, sus motivaciones iban más en la línea de la necesidad de control, la rigidez en sus patrones, dificultades sensoriales, confusión social, la lucha que supone para ellas relacionarse con los demás, las dificultades en organizar temas relacionados con la compra o la cocina, el ejercicio como forma de estimulación y el trastorno alimentario como un foco de interés. Para muchas de las participantes del estudio, la AN se convirtió en la forma de afrontar sus dificultades (Kinnaird et al., 2018).

TEA y AN, ¿una cuestión de género?

El TEA se diagnostica hasta tres o cuatro veces más en el sexo masculino que en el femenino, con ratios del 3/1, según algunos autores (Loomes, Hull y Mandy, 2017) y del 4/1 según otros (Cheslack-Postava y Jordan-Young, 2012). Estos índices son incluso mayores en el caso del Síndrome de Asperger (Gillberg, Cederlund, Lamberg y Zeijlon, 2006). Por todo ello, la investigación hasta el momento se ha realizado principalmente con varones, lo que ha supuesto que se produzca un “sesgo de género” tanto en las descripciones clínicas como en los criterios diagnósticos ya que a día de hoy sabemos que éstos son diferentes en hombres y mujeres (Van Wijngaarden-Cremers, van Eeten, Groen, Van Deurzen, Oosterling y Van der Gaag, 2014). Esta realidad ha significado que en muchos casos se produzca un retraso y/o un infradiagnóstico de TEA en mujeres, que junto con las presiones socioculturales, las hace vulnerables a desarrollar trastornos mentales secundarios, incluyendo la AN (Westwood et al., 2016; Westwood y Tchanturia, 2017) y ha supuesto también que con frecuencia a lo largo de los años vayan recibiendo otras etiquetas diagnósticas

variadas, tales como fobia social o trastorno límite de personalidad (Attwood, 2007, citado en Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014; para una revisión exhaustiva ver Montagut, Romero y Andrés, 2018).

Las mujeres TEA suelen mostrar mayor motivación social (Head et al., 2014), menos estereotipias y menos intereses restrictivos que los hombres (Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014; Frazier et al., 2014) y con frecuencia sus intereses están más alineados con los estereotipos de género por lo que son más difícilmente detectables (Hiller et al., 2015). Los estudios sugieren que las mujeres TEA analizan los comportamientos sociales de los demás y encuentran formas de enmascarar su autismo. Estas formas de “camuflaje” pueden funcionar como factor protector a nivel social, pero contribuyen al infradiagnóstico si estas mujeres se encuentran con profesionales que consideran que no cuadran en el perfil esperado, es decir, pasan “por debajo del radar” (Lawson 2017; Zener, 2019). Estos intentos de camuflar su condición pueden traer también otras dificultades como problemas de identidad (“no sé quién soy realmente”), elevados niveles de ansiedad y una enorme fatiga, que hace que en muchas ocasiones prefieran o necesiten estar a solas para liberar la sobrecarga (Westwood y Tchanturia, 2017; Westwood, Mandy, Simic y Tchanturia, 2018).

Esta situación en la que se encuentran las mujeres del espectro autista es grave y tiene consecuencias: las mujeres diagnosticadas de TEA en comparación con los hombres, presentan tasas de depresión significativamente más altas, así como riesgo suicida (Cassidy et al., 2014). Un diagnóstico a tiempo funcionaría como un factor protector, aliviando su lucha interna, y permitiendo que un proceso terapéutico las acompañe a conocerse mejor a sí mismas, así como a encontrar las maneras de adaptarse a un mundo normotípico, que les resulta complicado y confuso, y del que no se sienten parte. Es común escuchar de ellas afirmaciones como “me he sentido diferente toda mi vida”: esta conciencia de la diferencia y la realidad de que habitualmente son personas que se han sentido muy solas, sobre todo en la adolescencia, hacen que estas mujeres crezcan con sentimientos de inadecuación, problemas de autoestima, sensación de inseguridad y una profunda vergüenza (“tengo que fingir ser otra persona para ser aceptada, por lo que debe haber algo malo en mí”), que las llevan a sentir constantemente la sensación de que “no son suficientes” y que “nada de lo que hacen es nunca suficiente”. En ocasiones los síntomas de AN pueden ser para las personas TEA un intento de solución a su angustiada situación. En palabras de una paciente con doble diagnóstico (reproducido con su autorización): “Siempre me he sentido diferente, con unas necesidades fuera de la normalidad y esto era algo que no podía controlar. Esa inseguridad me llevó a una búsqueda de control de mi cuerpo que se me escapó de las manos”.

Las chicas con autismo tienen un alto deseo de complacer y de encajar, por lo que son hipersensibles a las demandas del entorno y fácilmente manipulables, con elevados deseos de cumplir las normas sociales (Lawson, 2017; Yauil-Smith, 2008). En este contexto no es infrecuente que algunas pacientes con el doble diag-

nóstico nos cuenten en consulta que éste fue uno de los detonantes de su trastorno alimentario: el deseo de encajar en una sociedad que ensalza la delgadez guiadas por el pensamiento mágico que dice que una vez sean delgadas, serán aceptadas y todos sus problemas se solucionarán.

Sabemos también que las mujeres TEA tienen un alto riesgo de vivir alguna situación traumática a lo largo de su vida; las experiencias de bullying son muy comunes, y pueden llevar a la persona a sufrir elevados niveles de ansiedad, depresión, a recurrir a autolesiones y a formarse un autoconcepto negativo (Cappadocia, Weiss y Pepler, 2012). Por si esto fuera poco, las niñas con TEA tienen tres veces más probabilidades de sufrir un abuso sexual que las niñas normotípicas de su edad (Ohlsson, Lichtenstein, Långström y Pettersson, 2018). Tanto las experiencias de acoso escolar como los abusos sexuales pueden ser factores predisponentes y/o precipitantes para desarrollar un trastorno alimentario en el futuro (Lie, Ro y Bang, 2019; Madowitz, Matheson y Liang, 2015).

Por todo lo comentado anteriormente, en ocasiones nos encontraremos un TEA no diagnosticado en personas que lleguen a consulta pidiendo ayuda por un trastorno alimentario. Es importante que sepamos reconocer este tipo de perfil para poder realizar un correcto diagnóstico y ajustar la intervención a sus necesidades. (Para una revisión exhaustiva al respecto de las dificultades para acceder al diagnóstico de mujeres TEA el lector puede revisar el artículo de Zener, 2019).

La Complejidad del Diagnóstico

El diagnóstico de TEA es fundamental para poder ofrecer un tratamiento ajustado a las particularidades del caso, pero es sin duda un reto complicado por varios motivos.

Como se comentaba anteriormente, el TEA está generalmente infradiagnosticado en mujeres. Esto se debe a varios motivos: por un lado, los instrumentos de evaluación existentes y los criterios diagnósticos del *DSM-V* no contemplan las diferencias de género (diferencias que son tan claras que se ha llegado a proponer que pueda haber un fenotipo autista diferente en mujeres) y por otro, las mujeres con TEA tienden a pasar desapercibidas, ya que presentan menos comportamientos estereotipados y restrictivos que los hombres y generan “estrategias de camuflaje”.

Pero a su vez, los síntomas de AN pueden enmascarar el cuadro de TEA cuando se manifiestan con extrema rigidez y obsesiones focalizadas en el cálculo de calorías, el control de peso o el ejercicio (Mandy y Tchanturia 2015; Westwood y Tchanturia, 2017). Establecer claramente cuál es la relación se complica aún más si tenemos en cuenta que algunas personas sin TEA pueden mostrar comportamientos asociados a éste durante las fases agudas de la anorexia debido a las consecuencias psicológicas del bajo peso tales como: irritabilidad, estado de ánimo deprimido, menor iniciativa e introversión, menor flexibilidad cognitiva, menor motivación social así como una mayor obsesividad (Keys, 1950, citado en Huke et al., 2013; Nickel et al, 2019; Westwood et al., 2018). Es por tanto fundamental

distinguir si los síntomas alimentarios que presenta alguien que llega a consulta son parte del diagnóstico subyacente de TEA (los problemas con la comida son una manifestación más de los síntomas nucleares del TEA) o si por el contrario existe una comorbilidad clara, ya que cumplen criterios diagnósticos de ambos trastornos. Algo que nos puede ayudar es tener siempre presente que para realizar el diagnóstico de TEA los síntomas deben estar presentes desde la infancia, antes de que aparezca el trastorno alimentario, y además no mejorar significativamente tras la recuperación ponderal. Es importante realizar una historia del desarrollo, y trabajar en equipo: lo ideal sería que un especialista en trastornos alimentarios y un especialista en TEA realizaran de forma conjunta el diagnóstico y pudieran trabajar en equipo durante el tratamiento (Dudova et al., 2015).

Implicaciones para el Tratamiento

A lo largo de las diferentes investigaciones llevadas a cabo, se ha comprobado que las características patológicas nucleares de los TEA pueden estar implicadas no sólo en el inicio sino también en el mantenimiento de los TCA (Mandy y Tchanturia, 2015). La comorbilidad entre TEA y AN está asociada a peor pronóstico (Rhind et al., 2014), a una peor respuesta al tratamiento, así como a la necesidad de tratamientos más intensivos (Westwood y Tchanturia, 2017) ya que la rigidez y las dificultades de introspección y comunicación características del TEA dificultan la respuesta a los programas terapéuticos tradicionales para trastornos alimentarios (Dudova et al., 2015; Tchanturia et al., 2016). La presencia de rasgos TEA agudos en personas con AN están asociados a sintomatología más grave, peor pronóstico y peores resultados en el tratamiento (Nielsen et al., 2015; Rhind et al, 2014; Tchanturia, Adamson, Leppanen y Westwood, 2017; Tchanturia, Larsson y Adamson, 2016). En este momento existe poca literatura que se centre en las necesidades de esta población, por lo que escuchar a quienes les ponen palabras en primera persona es de gran ayuda para los clínicos: en el estudio de Kinnaird (2018) citado anteriormente, las mujeres diagnosticadas con AN y TEA que habían accedido a tratamientos específicos para su trastorno alimentario relataban haberse sentido vistas como pacientes difíciles, perezosas, cabezotas o poco cooperativas por sus terapeutas dado su TEA no diagnosticado en ese momento. Este hecho llevaba a que se empobreciera la relación terapéutica y con el tiempo les había llevado en algunos casos a abandonar el tratamiento. Estas pacientes refirieron también dificultades para adaptarse a entornos terapéuticos de hospitalización dadas sus dificultades sociales. En esta misma línea, las personas con problemas sensoriales con su alimentación describieron haber tenido grandes problemas con los programas de renutrición que no tenía en cuenta su condición autista ni por tanto sus particularidades sensoriales. Sus dificultades principales incluían: sensibilidad aumentada al sabor, olfato y textura, aversión a mezclar determinados alimentos y la necesidad de que la comida estuviera a una temperatura determinada. Las participantes describían una enorme frustración cuando conductas relacionadas con estos aspectos se etiquetaban como

síntoma del trastorno alimentario. Para finalizar, estas mujeres relataban su necesidad de tratamientos más largos, dado el reto que supone para ellas salir de la rigidez y las rutinas asociadas a su condición autista.

Las dificultades subyacentes relacionadas con la coherencia central pueden ampliar los rasgos perfeccionistas y obsesivo-compulsivos de las personas con AN dificultando su adherencia a tratamientos en los que se enfatiza el cambio a nivel conductual, por lo que los tratamientos podrían necesitar centrarse primero en las características cognitivas propias de este tipo de pacientes (Tchanturia et al. 2013). Para dar respuesta a estas dificultades, surge el interés en la terapia de remediación cognitiva como forma de abordaje posible en estos casos.

La terapia de remediación cognitiva (TRC), que fue inicialmente desarrollada para personas con lesión cerebral o daño cerebral adquirido, aborda características que comparten ambos diagnósticos (rigidez cognitiva y problemas de coherencia central) y se ha demostrado eficaz en casos de AN (Davies et al., 2012; Tchanturia, Davies y Campbell, 2007; Tchanturia et al., 2013). En ella se trabajan los procesos cognitivos (cómo piensan la persona) más que el contenido de los pensamientos (qué piensa la persona) (Escobar-Koch, 2013). El objetivo de la TRC es que las pacientes reflexionen a través del descubrimiento guiado sobre sus propios estilos de pensamiento y cómo éstos les afectan en su vida cotidiana. Se trata de que reconozcan sus estilos de pensamiento inflexibles para después trabajar sobre las áreas de su vida en que presentan comportamientos rígidos (comida, cuerpo, ejercicio... etc.), así como que reconozcan su excesiva atención a los detalles y promover el desarrollo del pensamiento más global en su vida cotidiana (por ejemplo: pasar de enfocarse en las calorías de los alimentos a tener una visión más amplia del alimento). Esta forma de abordaje puede ser menos amenazante en fases iniciales del tratamiento, ya que no se tratan directamente aspectos relacionados con la comida, el cuerpo o el peso. Los elementos principales de las sesiones de TRC son las siguientes: realización de actividades en las que emergen los estilos cognitivos predominantes de la paciente, identificación de fortalezas y debilidades de las estrategias utilizadas y cómo se aplican a su vida cotidiana, aprendizaje de estrategias cognitivas nuevas y discusión acerca de posibles tareas o experimentos conductuales entre sesiones para practicar las nuevas estrategias cognitivas aprendidas (Escobar-Koch, 2013). Las tareas que se utilizan para trabajar sobre la rigidez cognitiva y que buscan aumentar la flexibilidad en el estilo de pensamiento son, entre otras, tareas de tipo "Stroop" en sus distintas versiones y tareas de atención alternante. Los ejercicios de la TRC para trabajar el pensamiento global están centrados, sobre todo, en ejercicios de figuras complejas o actividades relacionadas con extraer la idea principal de un texto (Escobar-Koch, 2013). LA TRC es una intervención breve que puede funcionar como trabajo introductorio previo a otras formas de psicoterapia (Tchanturia, Lloyd y Lang, 2013). Tchanturia, Davies, Reeder y Wykes (2010) realizan una exhaustiva descripción de la intervención desde la TRC, incluyendo ejercicios listos para la aplicación individual y grupal así como descripción de casos, muy

útil para la práctica clínica.

Por último, una reflexión respecto al significado de recuperación en personas TEA: algunas formas de funcionamiento en personas del espectro autista tales como la rigidez o la sensibilidad también referida a lo alimentario puede que persistan tras la recuperación. Por tanto, los terapeutas que tratan con personas TEA deben tener en cuenta lo que sus pacientes consideran que es la recuperación para ellos; identificar qué conductas responden al trastorno alimentario y pueden ser abordadas en el tratamiento, y cuáles tienen sus raíces en la condición autista y requerirían más bien un proceso de adaptación y aceptación (Kinnaird et al., 2017).

Conclusiones

Está ampliamente demostrada la estrecha relación entre el TEA y la AN, aunque sobre la mesa quedan aún más preguntas que respuestas. Dada la elevada comorbilidad entre ambos y la notable prevalencia de alteraciones alimentarias en personas TEA, sería de gran ayuda usar herramientas de cribado con cualquier persona que llegue a consulta para ponerse en tratamiento por su trastorno alimentario, para confirmar o descartar la presencia de un posible TEA y remitir, si es necesario, a una evaluación exhaustiva por un profesional especializado. Es por tanto fundamental que los clínicos podamos ver más allá de los síntomas, es un reto conseguir que las mujeres TEA se sientan por fin vistas: se estima que el 70% de personas TEA podrían tener un trastorno mental comórbido (Montagut et al., 2018) y la realidad actual es que es frecuente que pasen por diferentes consultas de salud mental recibiendo diagnósticos sólo de sus patologías asociadas, permaneciendo invisible el TEA. Diagnosticar a tiempo es no sólo prevención en el caso de niñas y adolescentes TEA, sino también la clave para ajustar los tratamientos a las necesidades de esta población. La detección temprana y la adaptación de las intervenciones también supone compartir un modelo mental que permita a los equipos terapéuticos establecer una relación terapéutica “bien tratante” en la que las personas TEA se sientan reconocidas, entendidas y validadas.

Referencias Bibliográficas

- Allison, C., Auyeung, B. y Baron-Cohen, S. (2012). Towards brief ‘red flags’ for autism screening: the short Autism Spectrum Quotient and the short Quantitative Checklist for Autism in toddlers in 1000 cases and 3000 controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(2), 202–212. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.11.003>
- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4th ed.). Barcelona, España: Masson.
- Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger’s syndrome*. Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley.
- Cappadocia, M. C., Weiss, J. A. y Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(2), 266-77. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1241-x>

- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M. y Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's Syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry*, *1*(2), 142-147. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)
- Cheslack-Postava, K. y Jordan-Young, R. M. (2012). Autism spectrum disorders: toward a gendered embodiment model. *Social science & medicine*, *74*(11), 1667-1674. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.013>
- Davies, H., Fox, J., Naumann, U., Treasure, J., Schmidt, U. y Tchanturia, K. (2012). Cognitive remediation and emotion skills training in anorexia: an observational study using neuropsychological outcomes. *European eating disorders review*, *20*(3), 211-217. <https://doi.org/10.1002/erv.2170>
- Dudova, I., Kocourkova, J. y Koutec, J. (2015). Early-onset anorexia nervosa in girls with Asperger syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 1639-1643. <https://dx.doi.org/10.2147%2FNDT.S83831>
- Escobar-Koch, T. (2013). Terapia de remediación cognitiva para anorexia nerviosa. *Revista Chilena Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*, *23*(3), 177-189.
- Frazier, T. W., Georgiades, S., Bishop, S. L. y Hardan, A. Y. (2014). Behavioral and cognitive characteristics of females and males with autism in the Simons simplex collection. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(3), 329-340. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.004>
- Gillberg, C. (1983). Are autism and Anorexia Nervosa related? *British Journal of Psychiatry*, *142*(4), 428. <https://doi.org/10.1192/bjp.142.4.428b>
- Gillberg, C., Cederlund, M., Lamberg, K. y Zeijlon, L. (2006). Brief report: "the autism epidemic". The registered prevalence of autism in a Swedish urban area. *Journal of autism and developmental disorders*, *36*, 429. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0081-6>
- Harris, E. C. y Barraclough, B. (1988). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, *173*(1), 11-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.1.11>
- Hiller, R. M., Young, R. L. y Weber, N. (2015). Sex differences in pre-diagnosis concerns for children later diagnosed with autism spectrum disorder. *Autism*, *20*(1), 75-84. <https://doi.org/10.1177/1362361314568899>
- Head, A. M., McGillivray, J. A. y Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism*, *5*(1), 19. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-19>
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A. y Morgan, J. F. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, *21*(5), 345-351. <https://doi.org/10.1002/erv.2244>
- Kalvya, E. (2009). Comparison of eating attitudes between adolescent girls with and without asperger syndrome. Daughters and mothers' report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *39*(3), 480-486. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0648-5>
- Kinnaird, E., Norton, C., Stewart, C. y Tchanturia, K. (2018). Same behaviours, different reasons: what do patients with co-occurring anorexia and autism want for treatment? *International Review of Psychiatry*, *31*(4), 308-317. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1531831>
- Lang, K., Lopez, C., Stahl, D., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2014). Central coherence in eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *15*(8), 586-598. <https://doi.org/10.3109/15622975.2014.909606>
- Lawson, W. (2017). Women & girls on the autism spectrum: A Profile. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, *5*(3), 90-95. <http://dx.doi.org/10.6000/2292-2598.2017.05.03.4>
- Lie, S.O., Ro, O. y Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International journal of eating disorders*, *52*(5), 1-18. <https://doi.org/10.1002/eat.23035>
- Loomes, R., Hull, L. y Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B., DiLavore, P. C., ... Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observations Schedule-Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *30*, 205-223. <https://doi.org/10.1023/A:1005592401947>
- Lucarelli, J., Pappas, D., Welchons, L. y Augustyn, M. (2017). Autism spectrum disorder and avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Developmental y Behavioral Pediatrics*, *38*(1), 79-80. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000362>
- Madowitz, J., Matheson, B. y Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and weight disorders-Studies on anorexia, bulimia and obesity*, *20*(3), 281-293. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y>
- Mandy, W. y Tchanturia, K. (2015). Do women with eating disorders who have social and flexibility difficulties really have autism? A case series. *Molecular Autism*, *6*(1), 6. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-6-6>

- Mansour, S., Rozenblat, V., Fuller Tyszkiewicz, M., Paganini, C., Treasure, J. y Krug, I. (2016). Emotions mediate the relationship between autistic traits and disordered eating: A new autistic emotional model for eating pathology. *Psychiatry Research*, 245, 119- 126. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.021>
- Montagut, M., Romero, R. y Andrés, M. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11(1), 42-54. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>
- Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebarz, L. y Zeeck, A. (2019) Systematic Review: Overlap between eating, autism spectrum and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10(708). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00708>
- Nielsen, S., Anckarsater, H., Gillberg, C., Rastam, M. y Wentz, E. (2015). Effects of autism spectrum disorders on outcome in teenage-onset anorexia nervosa evaluated by the Morgan-Russell outcome assessment schedule: A controlled community-based study. *Molecular Autism*, 6, 14. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0013-4>
- Ohlsson, G., Lichtenstein, P., Långström, N. y Pettersson, E. (2018). Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization in childhood and adolescence – a population-based prospective twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(9), 957-965. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12884>
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Råstam, M., Gillberg, C. y Wentz, E. (2003). Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish-community based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 78–90. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1111-y>
- Rastam, M. (2008). Eating disturbances in autism spectrum disorders with focus on adolescent and adult years. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 31-42.
- Rhind, Ch., Bonfioli, E., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Gowers, S., ... Treasure, J. (2014). An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents. *Molecular Autism*, 5, 56-65. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-56>
- Sedgewick, F., Leppanen, J., Goh, F., Hayward, H., Happé, F. y Tchanturia, K. (2019). Similarities and Differences in Theory of Mind Responses of Patients With Anorexia Nervosa With and Without Autistic Features. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 318. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00318>
- Stewart, C. S., McEwen, F. S., Konstantellou A, Eisler, I. y Simic, M. (2017). Impact of ASD Traits on treatment outcomes of eating disorders in girls. *European Eating Disorders Review*, 25(2), 123–128. <https://doi.org/10.1002/erv.2497>
- Tchanturia, K., Anderlüh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., ... Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of International Neuropsychological Society*, 10(4), 513–520. <https://doi.org/10.1017/S1355617704104086>
- Tchanturia, K., Davies, H. y Campbell, I. C. (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: Preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*, 6, 14. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-14>
- Tchanturia, K., Davies, H., Reeder, C. y Wykes, T. (2010). *Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa*. Recuperado de: <http://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/04/Cognitive-remediation-therapy-for-Anorexia-Nervosa-Kate-Tchantura.pdf>
- Tchanturia, K., Larsson, E. y Adamson, J. (2016). How anorexia nervosa patients with high and low autistic traits respond to group Cognitive Remediation Therapy. *BMC Psychiatry*, 16, 334. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1044-x>
- Tchanturia, K., Lloyd, S. y Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492-495. <https://doi.org/10.1002/eat.22106>
- Tchanturia, K., Lounes, N. y Holttum, S. (2014). Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 454-462. <https://doi.org/10.1002/erv.2326>
- Tchanturia, K., Adamson, J., Leppanen, J. y Westwood, H. (2017). Characteristics of autism spectrum disorder in anorexia nervosa: A naturalistic study in an inpatient treatment programme. *Autism*, 23(1), 123-130. <https://doi.org/10.1177/0261362361317722431>
- Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>

- Van Wijngaarden-Cremers, P. J. M., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J. y Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and Age Differences in the Core Triad of Impairments in Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal Autism Developmental Disorders*, 44, 627–635. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1913-9>
- Westwood, H., Eisler, I., Mandy, W., Leppanen, J., Treasure, J. y Tchanturia, K. (2016). Using the Autism-Spectrum Quotient to Measure Autistic Traits in Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Autism Developmental Disorders*, 46, 964–977. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2641-0>
- Westwood, H. y Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review. *Curr Psychiatry Rep*, 19, 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Westwood, H., Mandy, W. y Tchanturia, K. (2017). Clinical evaluation of autistic symptoms in women with anorexia nervosa. *Molecular Autism*, 8, 12. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0128-x>
- Westwood, H., Mandy, W., Simic, M. y Tchanturia, K. (2018). Assessing ASD in Adolescent Females with Anorexia Nervosa using Clinical and Developmental Measures: a Preliminary Investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 183–192. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0301-x>
- Yauill-Smith, D. (2008, marzo). Girls on the spectrum. *Communication. National Autistic Society*. Recuperado de: <https://www.autismhampshire.org.uk/assets/uploads/Dale-Yauill-Smith-Communication-Spring-2008.pdf>
- Zener, D. (2019). Journey to diagnosis for women with autism. *Advances in autism*, 5(1), 2-13. <https://doi.org/10.1108/AIA-10-2018-0041>

ALTAS CAPACIDADES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ¿VULNERABILIDAD O PROTECCIÓN?

GIFTEDNESS AND EATING DISORDERS: VULNERABILITY OR PROTECTION?

Dra. Laura Hernangómez Criado

Psicóloga Clínica

Unidad de Trastornos Alimentarios. Complejo Hospitalario de Toledo. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2502-9056>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Hernangómez Criado, L. (2020). Altas Capacidades y Trastornos Alimentarios: ¿Vulnerabilidad o Protección?. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 77-95. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.357>

Resumen

En este artículo, se revisa la relación entre altas capacidades y trastornos alimentarios, explorando los factores que pueden explicar su conexión: asincronías, sensibilidad y perfeccionismo. Profundizando en los procesos por los que pueden dar lugar a la psicopatología, se concluye que es la interacción con un medio poco preparado para responder a las necesidades del menor lo que las convierte en variables de vulnerabilidad y que podrían orientarse de una forma constructiva previniendo ese efecto. La atención a aspectos socio-afectivos en el desarrollo, el fomento y valoración de la creatividad y la creación de contextos educativos estimulantes en los que el proceso de aprendizaje sea más importante que un determinado resultado podría impactar de forma positiva en la prevención de los trastornos alimentarios.

Palabras clave: *Altas capacidades, Superdotación, Trastornos Alimentarios, Vulnerabilidad, Asincronía, Perfeccionismo, Sensibilidad.*

Abstract

In this article, relationship between giftedness and eating disorders is explored by reviewing the factors which may explain their connection: asynchronies, sensitivity and perfectionism. Provided further knowledge of the processes which may lead to psychopathology, it is concluded that these variables become vulnerability factors because of their interaction with an environment that is poorly responsive to the needs of the gifted child. However, it would be possible to design different settings to prevent this: paying attention to socio-affective development, promotion and appreciation of creativity, and stimulating educational environments in which the learning process is more important than performance goals could have a significant impact on prevention of eating disorders.

Keywords: *Giftedness, High intellectual capacity, High Ability, Eating Disorders, Vulnerability, Asynchrony, Perfectionism, Sensitivity.*



Introducción

Los trastornos alimentarios suponen un auténtico reto para la sanidad, no sólo por el elevado impacto a diferentes niveles de salud y funcionamiento (Ágh et al., 2016) sino también por el aumento del número de casos cada vez más rápido en las últimas décadas (Galmiche, Déchelotte, Lambert y Tavolacci, 2019). A pesar de los avances en nuestro conocimiento de estas patologías, necesitamos más luz sobre las variables que contribuyen al riesgo o protección contra estos trastornos y, sobre todo, los procesos por los que dichas variables convierten a una persona en vulnerable ya que sólo de ese modo podremos optimizar las estrategias de intervención terapéutica y preventiva. En ese objetivo se encuadra esta revisión.

La relación entre trastornos alimentarios y alta capacidad cognitiva se señaló pronto tanto desde el ámbito de investigación de los trastornos alimentarios (e.g., Garner, 1991) como desde el estudio de la superdotación (e.g., Detzner y Schmidt, 1986), siendo una tendencia que se ha observado repetidamente en anorexia nerviosa (López, Stahl y Tchanturia, 2010). A pesar de esa asociación demostrada, ha tendido a contemplarse sólo como un dato descriptivo, una observación espuria en el peor de los casos, o un factor de riesgo más en el mejor de los casos, sin profundizar en los mecanismos por los cuales una elevada capacidad cognitiva puede convertirse en factor de vulnerabilidad.

El concepto de altas capacidades se refiere a la excepcionalidad cognitiva en uno o varios dominios e implica un funcionamiento peculiar a nivel de procesos, estrategias, flexibilidad y creatividad (López, 2007). Sin embargo, la operativización del constructo ha hecho que tienda a identificarse con una medida estática y monolítica del cociente intelectual (Borland, 2009), no sólo en detrimento de una comprensión multidimensional que incluiría componentes lógico-deductivos y creativos, sino también del reconocimiento de los procesos diferenciales asociados y su interacción con el resto de áreas de funcionamiento. Las altas capacidades en una persona pueden afectar a su forma de entender el mundo, las relaciones, las emociones y a sí misma, lo que precisamente tiene implicaciones en los diferentes factores de vulnerabilidad para el trastorno alimentario (e.g., Fairburn, Cooper y Shafran, 2003, 2008).

La superdotación intelectual ha sido descrita como “un drama” (Society for the Advancement of Gifted Education, 1998), un potencial ventajoso para extraer el máximo beneficio a un entorno favorable (Pluess y Belsky, 2013) o un factor de resiliencia en circunstancias desfavorables a pesar de la inconsistente evidencia empírica para afirmarlo (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge y Hjemdal, 2005; Moon, 2009). Y es posible que, paradójicamente, todos tengan razón. Las altas capacidades, per se, deberían ser un factor más protector que de riesgo por los beneficios que suponen a nivel de procesamiento y, con ello, de adaptación y así parece ser la tendencia en algunos estudios (e.g., Borges del Rosal, Hernández-Jorge y Rodríguez-Naveiras, 2011). Pero se advierte un sesgo habitual en la selección de muestras (habitualmente de alto rendimiento académico) y son muchos los autores

que advierten del riesgo en la interacción con el medio que puede acabar convirtiendo en vulnerabilidad lo que era potencialidad (e.g., Martin, Burns y Schonlau, 2010) lo que además puede ir variando a lo largo del ciclo vital (Francis, Hawes y Abbott, 2016) pues la vulnerabilidad no es estática ni se manifiesta de la misma forma en las diferentes etapas de la vida. En ese sentido, merece una especial atención la adolescencia, que supone el mayor pico de incidencia de la anorexia nerviosa (e.g., Smink, van Hoeken y Hoek, 2012) e implica cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales que interactúan con las altas capacidades (Moon y Dixon, 2006; Vialle, Heaven y Ciarrochi, 2007).

Asincronías evolutivas

El término “síndrome de disincronía” fue acuñado por Terrasier (1992) para referirse a la falta de sincronización entre diferentes áreas del desarrollo evolutivo del niño/a con altas capacidades, tanto a nivel interno como externo o social. A nivel interno, se ha focalizado sobre todo en la posible falta de coordinación entre desarrollo cognitivo y nivel afectivo, motriz o del lenguaje. A nivel externo, se podría producir un desfase entre las capacidades del menor y las respuestas por contexto educativo, pares y familia. En la revisión nos centraremos en los aspectos más relacionados con el riesgo de trastornos alimentarios (ver tabla 1).

Tabla 1. *Relación entre asincronías y variables de vulnerabilidad a trastornos alimentario.*

Asincronías	Variables de vulnerabilidad a trastornos alimentarios
Cognitivo-Emocional	Baja autoconciencia emocional
	Auto-invalidación emocional
Menor-Familia	Invalidación/Invisibilidad emocional
	Rol de hiperresponsabilidad
	Sobrevaloración de autoconcepto académico
Menor -Contexto educativo	Perfeccionismo reforzado como expectativa habitual
	Invisibilidad emocional-Imagen social hiperadaptada
	Sesgos y Conflicto de género en mujeres
Menor -Iguales	Dificultades interpersonales por estigma y acoso por iguales
	Dificultades interpersonales por complacencia
	Dificultades interpersonales por rol de ayudador compulsivo
	Dificultades interpersonales y de identidad por sentimiento de no pertenencia, ausencia de experiencias de compartición psicológica con iguales

Asincronías internas: Asincronía cognitivo-emocional

De todas las asincronías internas, la que puede aportar más a comprender el origen de un trastorno alimentario es la asincronía entre el desarrollo cognitivo y el afectivo, dado que las dificultades de gestión emocional han sido señaladas como uno de los principales factores de vulnerabilidad de los trastornos alimentarios (e.g., Fairburn et al., 2003, 2008; Meule et al., 2019). Esta asincronía no signifi-

fica que exista una inmadurez emocional, pero sí que la madurez emocional del niño/a, aunque coincida con lo esperado para su edad cronológica, es menor que su nivel intelectual. Es fácil que esta discrepancia cognitivo-emocional se acentúe si el entorno estimula más los puntos fuertes del menor, tanto porque el menor lo busque (correlación activa) como porque el entorno reaccione a la predisposición que observa (correlación reactiva). Todo ello puede resultar en una excesiva hiper-racionalización de los procesos emocionales y auto-crítica de las reacciones más emotivas, normales a nivel evolutivo pero desproporcionadas o infantiles desde una perspectiva puramente racional. De hecho, este afrontamiento puede ser reforzado en su medio social: si su entorno se acostumbra a un determinado nivel cognitivo, por un efecto halo acaban generándose expectativas de un funcionamiento hiper-maduro también en el ámbito emocional. El resultado puede ser que el niño/a (1) se adapte a esas expectativas ignorando sus propias emociones y sensaciones (la ausencia de conciencia emocional que repetidamente se ha observado en trastornos alimentarios – e.g., Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery y Jeczmién, 2006) o bien (2) reaccione aumentando su respuesta emocional por la vivencia de invalidación, lo que acrecentaría las probabilidades de entrar en un círculo vicioso. Ambas dificultades de gestión emocional, por defecto y por exceso, se encuentran estrechamente relacionadas con los trastornos alimentarios (Hernangómez, 2018).

Asincronías externas: El niño y su familia

Incluso aunque se permita la conciencia emocional, el chico/a con altas capacidades puede tener dificultades para *expresar* sus necesidades, pedir ayuda o mostrar sus vulnerabilidades si se acostumbra a no dar problemas, manejarse de forma autónoma y dar una imagen positiva ante los adultos (Peterson, 2009). Esto facilitaría la asignación y asunción de roles de excesiva responsabilidad (Kerr y Multon, 2015), llegando en casos extremos a la inversión de roles en las relaciones paterno-filiales dado el grado de madurez cognitiva percibido en el menor. Este riesgo se acentuaría en los casos de fallecimiento de alguno de los padres, conflicto parental, separación o divorcio, enfermedad o trastorno mental de algún miembro de la familia nuclear. Esta experiencia es repetida en pacientes con trastorno alimentario (e.g., Dallos y Denford, 2008; Ringer y Crittenden, 2007).

Junto a ello, es necesario prestar atención al riesgo de sobrevaloración del área académica en el autoconcepto del menor: tener un buen autoconcepto académico no significa disponer de una buena autoestima y puede constituir una trampa si es el único aspecto que la persona valora de sí misma en detrimento de aspectos socio-emocionales y sin una autoaceptación básica más allá de los logros. Por ello, se debe recordar al chico/a sus cualidades en el ámbito socio-afectivo más allá del área de las competencias y logros asociados a su talento: el déficit subjetivo en ese área puede derivar en compensaciones durante la adolescencia, cuando más necesita la aceptación por iguales, aumentando el riesgo de trastorno alimentario.

Asincronías externas: El contexto escolar

Respecto al desajuste en el contexto escolar, destacan tres aspectos en relación al riesgo de trastorno alimentario: el fomento del perfeccionismo y la autoexigencia, la invisibilización del malestar psicológico en los bien adaptados académicamente y los sesgos de género.

Presentar un ritmo de aprendizaje más rápido que el de los compañeros puede hacer que las tareas escolares resulten poco desafiantes, acostumbrándose a un elevado control sobre la materia, resultados brillantes como norma e intolerancia ante cualquier resultado que no sea excelente (Moon, 2009). Por otra parte, no es infrecuente la búsqueda de estimulación adicional a través de actividades extraescolares, lo que puede convertirse en una sobrecarga excesiva a pesar de ser ellos mismos quienes suelen buscarla (e.g., Peterson, 2009) lo que ocurre sobre todo en el perfil más autoexigente y género femenino (Kerr y Multon, 2015).

En el profesorado se observa una tendencia a confundir la adaptación académica con la adaptación emocional, con una clara discrepancia entre las valoraciones externas del profesor y las valoraciones subjetivas del alumnado con altas capacidades (Vialle et al., 2007). El efecto halo, la mayor dificultad para detectar síntomas internalizantes y muy posiblemente una ocultación, consciente o no, por parte del menor pueden estar en el origen de la invisibilidad de su malestar emocional. Pero los trastornos alimentarios en muchas ocasiones aparecen como la manifestación de un malestar emocional que no ha podido comunicarse de otra forma mientras se mantenía una imagen social impecable. Es necesario por tanto estar atentos a la posibilidad de síntomas afectivos silentes, conociendo que la ansiedad y la sensación de aislamiento suelen aumentar según avanzan en la Educación Secundaria (Assouline, Colangelo, Ihrig y Forstadt, 2006).

Entre las primeras explicaciones sobre la relación entre elevada inteligencia y anorexia nerviosa, Detzner y Schmidt (1986) apuntaban al rol de género dado que las niñas con altas capacidades tienden a ocultar con más frecuencia su condición y se encuentran con respuestas más aversivas en su entorno en caso de no ocultarlo (Foust y Booker, 2007). Los sesgos de género se extienden al profesorado (Bianco, Harris, Garrison-Wade y Leech, 2011) y las instituciones (Petersen, 2013), lo que genera conflictos de rol que se asocian con insatisfacción emocional (Kerr y Multon, 2015), corporal e intentos de control del cuerpo a través de diferentes síntomas alimentarios (Lovejoy, 2001). Se necesitarían contextos que ayuden a las adolescentes a concienciarse y afrontar las contradicciones de su rol de género, cuestionar los modelos tradicionales, buscar relaciones de apoyo y explorar modelos de mujer coherentes con sus valores para encontrar su propia solución al conflicto (Choate, 2005).

Asincronías externas: la relación con iguales

Los riesgos asociados a las altas capacidades en las relaciones con iguales se vinculan directamente con las dificultades interpersonales en adolescencia y edad

adulta, otro factor de vulnerabilidad básico en trastornos alimentarios (Fairburn et al., 2003, 2008). Clásicamente se ha considerado que el desarrollo cognitivo superior puede derivar en estigma social y/o la sensación marcada de ser diferente en el/la menor, lo que se vincula con baja autoestima y percepciones más negativas de los demás y de las relaciones sociales (Cross, Coleman y Stewart, 1993). El estigma puede aumentar el riesgo de ser víctima de acoso por pares (González-Cabrera, Tourón, León-Mejía y Machimbarrena, 2018; Peterson y Ray, 2006) y ese estresor constituye un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario (e.g., Copeland, Bulik, Zucker, Wolke, Lereya y Costello, 2015). Se necesita por tanto una especial atención a esta posibilidad en los alumnos con altas capacidades así como contextos educativos que desafíen los estereotipos y favorezcan una valoración positiva de los logros académicos por los iguales (Moon, 2009; Peterson, 2009).

Aunque el miedo al estigma puede llevar a algunos estudiantes, especialmente mujeres (Peterson, 2009), a sentirse en el dilema de elegir entre la excelencia académica o las relaciones con pares (Gross, 1989), es más frecuente que utilicen otras estrategias como la implicación social activa, las conductas de ayuda y la búsqueda de una aceptación independiente de su condición de superdotado/a (e.g., Swiatek y Cross, 2007). En un estudio con población china de altas capacidades, se observó que durante la infancia tendían más a conductas conformistas mientras que en la adolescencia se orientaban a conductas prosociales (Chan, 2005). Sería interesante si este dato se replica en población occidental ya que, curiosamente, en trastornos alimentarios se ha relacionado la anorexia con el patrón de complacencia y el rol de cuidador compulsivo (Ringer y Crittenden, 2007), que en pacientes con altas capacidades podrían constituir estrategias para la aceptación social por iguales reduciendo el sentimiento de ser diferentes.

Impacto de la asincronía con iguales en el desarrollo de la identidad

El inicio de planteamientos sobre la identidad y la búsqueda de autonomía e intimidad con el otro suele ser más precoz en los niños con altas capacidades (Gross, 1998) y en la construcción del autoconcepto deberá integrarse la experiencia de “ser diferente”, lo que en gran parte dependerá de la respuesta que el entorno haya sido capaz de dar a esa diferencia. Cuando es identificada, validada, integrada y se responde sensiblemente a ella, se optimiza la adaptación; en caso negativo, la respuesta del menor tiene más riesgo de ser desadaptativa y centrada en “sentirse diferente” (Alsop, 2003). Por ejemplo, ante fracasos repetidos en integración social el niño puede negarse su deseo de contactar con otros y autodefinirse como una persona solitaria como forma de resolver la disonancia que le genera el desajuste con su entorno (Andronaco, Shute y McLachlan, 2014). La posibilidad de refugiarse en un mundo imaginario rico facilitaría esta opción. Ese sentimiento de diferencia o no pertenencia es central en el origen de los rasgos narcisistas de personalidad (Dimaggio, Petrilli, Fiori y Mancipopi, 2008), asociados con frecuencia al trastorno alimentario (e.g., Gordon y Dombeck, 2010). Si a ello se une una hipervalencia de

los valores racionales en detrimento de la conciencia emocional, encontraremos un segundo rasgo de la patología narcisista y del trastorno alimentario.

Baudson y Ziemes (2016) aplican a las altas capacidades los modelos de identidad en minorías, desde una posición de confusión, comparación y alienación hasta la aceptación e integración, sugiriendo que la respuesta de “orgullo” de ser diferente podría ocurrir sólo en aquellas personas que han sufrido mayores adversidades, como una forma de compensación. Precisamente otras minorías, como las personas LGTBIQ, son especialmente vulnerables a los trastornos alimentarios por su condición social minoritaria. De hecho, Bayer, Robert-McComb, Clopton y Reich (2017) demuestran que no es sólo el estrés de pertenecer a una minoría (por las experiencias asociadas de discriminación y trauma) sino que incluso personas con elevada tolerancia al estrés manifiestan un sentimiento de vergüenza, potente mediador para explicar la sintomatología alimentaria, que se explicaría por la internalización del modelo social imperante aunque no se comparta.

Es fundamental considerar la influencia del contexto educativo en la vivencia de las asincronías, especialmente en cuanto a la integración de la diversidad y la atención a aspectos socio-emocionales (Eddles-Hirsch, Vialle, McCormick y Rogers, 2012). El contacto entre menores de altas capacidades puede apoyar la construcción de una identidad positiva, por lo que la agrupación parcial en contextos inclusivos tendría sentido no sólo por objetivos académicos sino también desde objetivos socioafectivos (Baudson y Ziemes, 2016), facilitando experiencias gratificantes con iguales que puedan promover un sentido de pertenencia y estados de compartición (Dimaggio Procacci y Semerari, 2002).

Sensibilidad

La intensidad y sensibilidad emocional han sido descritas con frecuencia como características propias de las personas con altas capacidades, ligadas habitualmente a un desarrollo moral más avanzado y planteamientos existenciales precoces (López, 2007). Su investigación, sin embargo, no resulta sencilla dada la multiplicidad de aproximaciones al objeto de estudio, inicialmente poco integradas entre sí. Así, podríamos diferenciar aquellas perspectivas que se han centrado en el bajo umbral en la entrada de información y fácil activación del sistema nervioso y aquellas que se han centrado en la capacidad metacognitiva. Entre las primeras, se incluirían las sobreexcitabilidades de Dabrowski (1964, 1967, 1970, 1972, citado en Mendaglio y Tillier, 2006), la alta sensibilidad en el procesamiento sensorial de Aron y Aron (1997), y las investigaciones sobre sensibilidad sensorial. Entre las segundas, se encuentra el concepto de alta sensibilidad multifacética de Mendaglio (1995, 2002).

Sensibilidad como bajo umbral y fácil activación del sistema nervioso

Tanto las sobreexcitabilidades como la alta sensibilidad en el procesamiento sensorial describen peculiaridades del sistema nervioso de origen constitucional (Homberg, Schubert, Asan y Aron, 2016; Mendaglio, 2012) que afectan al procesa-

miento de estímulos tanto internos como externos (Greven et al., 2019; Mendaglio y Tillier, 2006), si bien la descripción de las sobreexcitabilidades enfatiza más la respuesta resultante (en las áreas psicomotriz, sensual, intelectual, imaginativa y emocional) mientras que la alta sensibilidad enfatiza más los procesos internos: una mayor conciencia de sutilezas ambientales, facilidad para la sobrecarga por exceso de estimulación, mayor profundidad en el procesamiento de información sensorial y mayor reactividad emocional y empatía (Aron, Aron, y Jagiellowicz, 2012). Además, el concepto de sobreexcitabilidades se asocia a la Teoría de la Desintegración Positiva de Dabrowski, en el contexto del estudio de las altas capacidades, mientras que la alta sensibilidad en el procesamiento sensorial se aplica a población general, aunque sus autores apuntan desde su propuesta inicial a que las altas capacidades podrían asociarse a alta sensibilidad.

A nivel empírico, se ha confirmado la relación entre altas capacidades y sobreexcitabilidades especialmente cuando se utiliza la creatividad artística como criterio para detectar las altas capacidades (Mendaglio y Tillier, 2006; Mendaglio, Kettler y Rinn, 2019). Además a nivel de medida las sobreexcitabilidades se solapan con cinco de las facetas del factor apertura a la experiencia (modelo de los cinco grandes), que a su vez se relaciona también con creatividad e inteligencia tanto en población general como con altas capacidades (Vuyk, Krieschok y Kerr, 2016). En cuanto a la alta sensibilidad al procesamiento sensorial, Bridges y Schendan (2019) apuntan a la relación de la creatividad con esta variable, aunque de momento no hay datos comparativos con muestra control concluyentes (Rinn, Mullet, Jett y Nyikos, 2018). En resumen, los datos existentes apuntan a que una inteligencia superior a la media podría facilitar una mayor sensibilidad, lo que es distinto de presuponer una relación unívoca en todos los casos. Dado que la elevada inteligencia es condición necesaria pero no suficiente para la creatividad, y que la relación entre sensibilidad y creatividad parece más clara en las investigaciones existentes, es muy posible que sea la dimensión creativa, y no la intelectual, la que esté relacionada con una mayor sensibilidad. Lamentablemente, la inclusión de la creatividad como criterio necesario en la detección de altas capacidades no es una práctica habitual en investigación, por lo que se precisan más estudios en esa línea para afirmarlo de forma definitiva.

En el ámbito de los trastornos alimentarios, curiosamente la apertura a la experiencia podría considerarse un marcador específico dado que es el único de los Cinco Grandes que no se relaciona habitualmente con psicopatología del clásico eje I (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005) y, sin embargo, sí lo hace con trastornos alimentarios (Bollen y Wojciechowski, 2004; Ghaderi y Scott, 2000; MacLaren y Best, 2009). Aunando las propuestas de Ghaderi y Scott (2000) y Aron et al. (2012), una explicación a estos datos es que la sensibilidad implica una susceptibilidad diferencial al medio (Belsky y Pluess, 2009), esto es: la persona sensible no es necesariamente más vulnerable sino sólo más influenciado ante el ambiente, incrementando la vulnerabilidad en interacción con ambientes negativos,

pero desarrollando un mejor funcionamiento psicosocial que la media en interacción con un ambiente positivo. Así, la sensibilidad refleja una vida emocional compleja y rica que puede contribuir a un buen ajuste, incluso excepcional, y conducir a una apertura a la experiencia cuando se acompaña de un ambiente positivo que facilita la estabilidad emocional y la sociabilidad, pero puede constituir un riesgo incrementado cuando se combina con historias psicosociales aversivas. La bidimensionalidad de la sensibilidad al procesamiento sensorial y sus relaciones con otras medidas psicológicas confirman esa doble faceta (e.g., Greven et al., 2019; Rinn et al., 2018; Smolewska, McCabe y Woody, 2006).

Desde una perspectiva más descriptiva y específica se ha investigado la sensibilidad sensorial con el Perfil Sensorial (Brown, Tollefson, Dunn, Cromwell y Fillion, 2001), encontrándose también diferencias significativas en niños con altas capacidades (Gere, Capps, Mitchell y Grubbs, 2009) y en población con trastornos alimentarios (Merwin et al., 2013; Zucker et al., 2013). Gere et al. (2009) sugieren que las consecuencias de la sensibilidad aumentada pueden ser diferentes de un niño a otro, dependiendo de la capacidad para integrar el exceso de información y modular la propia respuesta regulando la excitabilidad que ello genera. Esto nos lleva a referirnos necesariamente a las habilidades metacognitivas.

Sensibilidad como capacidad metacognitiva

En su estudio de la sensibilidad en altas capacidades, Mendaglio (1995, 2002) propone conceptualizarla como la conciencia de pensamientos, sentimientos y conductas de uno mismo y otros, tanto en la dimensión cognitiva como en la dimensión afectiva, aludiendo así a las habilidades metacognitivas. Además de las variables de autoconciencia y comprensión de mente ajena, sería fundamental incluir las habilidades de regulación dentro del concepto de metacognición (Carcione y Falcone, 2002).

Aunque Mendaglio (2002) da por supuesto que la elevada metacognición sería característica de las personas de altas capacidades, también enfatiza que sería moldeada por el entorno social. De hecho, la investigación ha demostrado que la influencia de la capacidad cognitiva sobre la metacognición se reduce según aumenta la capacidad (Boor-Klip, Cillessen y van Hell, 2014), siendo más bien una condición necesaria, pero no suficiente. Dada además la relación entre metacognición y apego (Carcione y Falcone, 2002), es obvio que necesitamos incorporar variables ambientales de orden socioafectivo para comprender el origen de la capacidad metacognitiva.

A nivel empírico, se ha demostrado la relación entre la alta sensibilidad al procesamiento sensorial y una mayor conciencia de estados internos (Brindle, Moulding, Bakker y Nedeljkovic, 2015), pero también con más dificultades para la aceptación de los mismos y baja confianza en la capacidad para regularlos. Según la interpretación de los mismos investigadores, la sensibilidad elevada a estímulos internos y externos podría llevar a experiencias repetidas de indefensión ante esta-

dos internos negativos inevitables, lo que impactaría en el uso de las estrategias de regulación emocional por el sentimiento de ineficacia. En la práctica clínica, con frecuencia observamos personas que ponen en marcha infructuosamente estrategias de regulación que “a otros les funcionan”, llegando a la atribución interna y estable (“soy yo quien falla”). Posiblemente tomar conciencia de sus diferencias en sensibilidad y facilitar la aceptación y tolerancia emocional, en línea con las terapias de tercera generación, puede facilitar una narrativa diferente sobre sí mismos y una mayor disponibilidad a no desistir en el uso de un abanico más amplio y profundo de habilidades regulatorias. Es necesario recordar que el desarrollo de habilidades metacognitivas puede predecir el pronóstico de la sintomatología alimentaria (Tasca, 2019).

Sensibilidad y Trastornos alimentarios: Diferentes vías de llegada

En la figura 1 se integran las variables revisadas respecto a sensibilidad incluyendo también aportaciones de la teoría biosocial de Linehan (1993; Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009) para explicar uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes en trastornos alimentarios (Martinussen et al., 2017). Linehan propone que la vulnerabilidad emocional es una predisposición biológica que implica (1) elevada sensibilidad a los estímulos emocionales, (2) alta intensidad emocional y (3) lento retorno a la línea base, a lo que habría que añadir en algunos casos la facilidad para el paso de emoción a conducta, que no sólo estaría influido por la intensidad emocional sino también por la impulsividad (Crowell et al., 2009). Todo ello entraría en interacción con variables contextuales, adquiriendo especial importancia un ambiente validante o invalidante a nivel emocional.

Siguiendo la figura 1, en las diferentes fases del procesamiento por la persona sensible pueden encontrarse distintas vías para llegar a un trastorno alimentario. En primer lugar, el exceso de información sensorial necesita ser integrado: en este sentido, Galiana, Muñoz y Beato (2017) han propuesto la posibilidad de un “trastorno alimentario sensorial” relacionando las dificultades de integración sensorial propias del trastorno de procesamiento sensorial con las encontradas en algunos trastornos alimentarios. Posiblemente, esta vía sea el camino preferente en población con trastorno de espectro autista. En segundo lugar, la hipersensibilidad sensorial origina una intensa y frecuente activación emocional que necesitaría ser aceptada, interpretada y nombrada como tal, ya que lo contrario (activación sin lectura emocional) puede predisponer a alteraciones en la imagen corporal (Monteleone et al., 2017). Efectivamente, se ha demostrado la relación entre sensibilidad sensorial y alteraciones en imagen corporal (Zucker et al., 2013). En tercer lugar, la persona necesita estrategias para tolerar y regular esa activación emocional, ya que los síntomas alimentarios cumplen esa función de forma desadaptativa (Merwin et al., 2013). Una de las estrategias de regulación más básicas es precisamente la evitación, y los síntomas alimentarios ayudan a evitar otras experiencias desagradables (Bell, Coulthard y Wildbur, 2017) sustituyéndolas por sensaciones somáticas intensas.

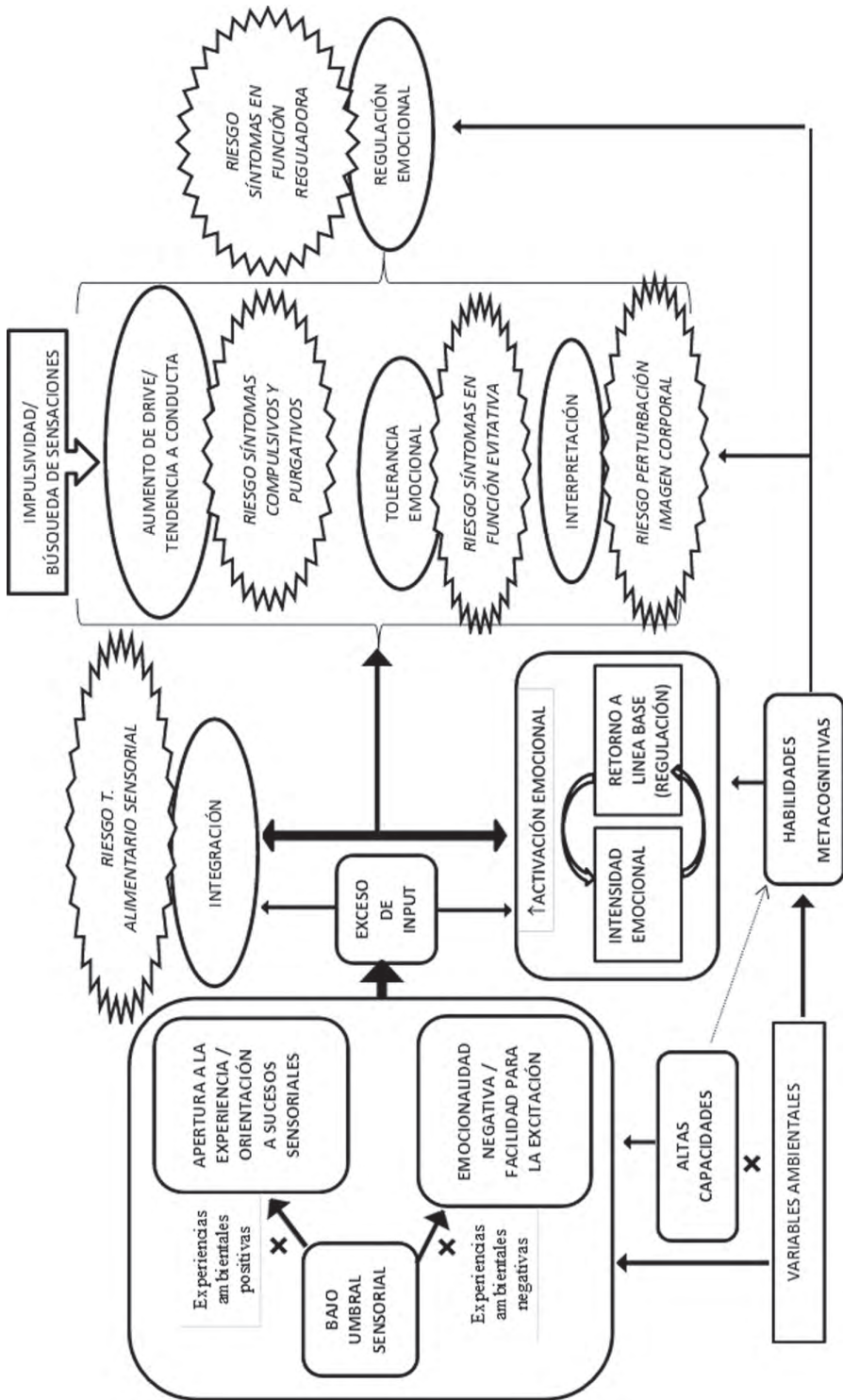


Figura 1. Integración de las propuestas sobre sensibilidad y procesamiento sensorial y emocional en relación al riesgo de trastornos alimentarios.

Además, la impulsividad facilitaría, junto con la intensidad emocional, un paso más rápido de la emoción a la conducta, lo que afecta especialmente a la aparición de síntomas compulsivos y purgativos.

La hipersensibilidad a los cambios somáticos haría especialmente complicadas las transiciones vitales como la adolescencia, de forma que los síntomas ayudarían a disminuir esa experiencia sobre todo en ausencia de otras estrategias alternativas más sanas. En sentido contrario, la mejoría en la habilidad para integrar la información sensorial, tolerar la activación emocional, detectar y etiquetar una emoción, y regularla puede disminuir la necesidad de evitar mediante la restricción, la compulsión o la purga.

Perfeccionismo

El perfeccionismo es una de las variables de vulnerabilidad nucleares en trastornos alimentarios (e.g., Fairburn et al., 2003, 2008; Sassaroli et al., 2008) y un rasgo frecuentemente asociado a las personas con altas capacidades (Stricker, Buecker, Schneider y Preckel, 2019). Sin embargo, si bien se observa una tendencia al perfeccionismo en la población de altas capacidades, el tamaño del efecto indica que el 80% se solaparía con la población sin altas capacidades, por lo que debemos considerar que no es un rasgo tan característico como se pensaba (íbidem). Ello no le resta importancia, dado que continúa siendo una variable fundamental para explicar dificultades emocionales, adaptativas y de rendimiento académico, pero orienta a la necesidad de analizar los factores que influyen en su origen y centrar en ellos la prevención y detección precoz.

La investigación en perfeccionismo ha demostrado repetidamente la multidimensionalidad de esta variable. Ya en 1991, Hewitt y Flett discriminaron, dentro del perfeccionismo orientado a uno mismo, entre socialmente prescrito (creencia de que los demás sostienen expectativas poco realistas sobre uno mismo) y auto-orientado (expectativas propias poco realistas sobre sí mismo), resultando ambos igualmente dañinos, también en niños de altas capacidades (Stornelli, Flett y Hewitt, 2009). Posteriores propuestas se han resumido en dos grandes dimensiones: (1) preocupaciones perfeccionistas, que parecen reflejar una motivación negativa (miedo al fracaso, autocrítica) y (2) esfuerzos perfeccionistas (orientados al logro de metas propias, autoexigencia), que impresionan más asociados a una motivación positiva (búsqueda del placer por el trabajo bien hecho) (Bardone-Cone et al., 2007; Sassaroli et al., 2008). La evidencia empírica apunta a que los esfuerzos perfeccionistas/autoexigencia son superiores en población de altas capacidades (Stricker et al., 2019) y constituyen un marcador específico de los trastornos alimentarios, frente a las preocupaciones perfeccionistas que compartirían con trastornos habitualmente comórbidos como los trastornos de ansiedad y depresivos (Bardone-Cone et al., 2007; Sassaroli et al., 2008). Obsérvese que los esfuerzos perfeccionistas reflejan una autoexigencia que mantiene la ilusión, en el sentido cognitivo-emocional, de conseguir las metas que se propone, y ello puede implicar un riesgo, como sucede

en los trastornos alimentarios, en los que parte del trabajo terapéutico se orienta a aceptar la imposibilidad del objetivo de perfección. Precisamente en el ámbito de las altas capacidades, se ha propuesto que un funcionamiento cognitivo superior podría asociarse a mayor capacidad para visualizar objetivos idealizados, pasando fácilmente de la fantasía a la exigencia e intentando resolver la brecha entre realidad e ideales mediante el perfeccionismo (Guignard, Jacquet y Lubart, 2012).

Mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito y las preocupaciones perfeccionistas se asocian claramente con disfuncionalidad y psicopatología, los datos sobre perfeccionismo auto-orientado y esfuerzos perfeccionistas/autoexigencia son más inconsistentes. Esta inconsistencia puede responder a que incluye realmente diferentes facetas, sana e insana, según el grado de flexibilidad y los condicionantes que implique para la autoestima el nivel de autoexigencia. Si convive con autoaceptación y tolerancia a los errores, podría identificarse con el denominado “perfeccionismo sano” (e.g., Schuler, 2000) y puede ser un objetivo terapéutico llegar a ese punto. Pero si condiciona la autoestima se caracterizará por la inflexibilidad dado que el incumplimiento de metas supondría una reducción drástica de la autovaloración (Hernangómez, 2018). En este segundo caso, aunque los objetivos fueran auto-impuestos la persona no se auto-regularía realmente por la conciencia de sus necesidades internas y valores sino por una introyección de condicionantes para mantener el autoconcepto (Ryan y Deci, 2009), lo que constituye una de las características de la patología alimentaria (e.g., Carcione, Nicolò y Semerari, 2002).

En cuanto a las vías por las que el perfeccionismo podría afectar de forma diferencial a la población con altas capacidades, se han señalado ya algunas como la capacidad de visualización de objetivos y la ausencia de retos en los primeros años escolares acostumbrándose a la excelencia como resultado habitual. Además, Speirs-Neumeister, Williams y Cross (2009) enfatizan el riesgo de un refuerzo constante basado en etiquetas (e.g., “inteligente”), lo que puede condicionar la autoestima a ese rasgo y facilitar la interpretación de cualquier resultado inferior a lo esperado como el indicador de no ser tan valioso/a como los demás piensan (sensación de fraude), temor que se evitaría con un perfeccionismo compulsivo.

La sensibilidad puede ser también una variable explicativa de los casos en los que se manifiesta el perfeccionismo. Por un lado, una de las variables señaladas en el origen del perfeccionismo ha sido la apertura a la influencia social (Speirs-Neumeister et al., 2009) y precisamente la sensibilidad al procesamiento sensorial ha sido descrita como un factor que aumenta la plasticidad ante el medio. Por otro, la sensibilidad al procesamiento se relaciona con la detección de sutilezas, como pueden ser los errores, y sensibilidad ante las emociones de otros (Aron et al., 2012), lo que puede facilitar el escaneo de errores y la evitación de los mismos en las relaciones por impedir el daño ajeno. Además, a partir de datos empíricos se ha propuesto que la sensibilidad al castigo (BIS), variable relacionada con la sensibilidad al procesamiento (Smolewska et al., 2006), puede encontrarse en el origen del perfeccionismo (Monteleone et al., 2018).

En cuanto a la prevención del perfeccionismo patológico, se debe evitar especialmente presuponer una buena adaptación psicológica sólo por los resultados académicos: los primeros síntomas del perfeccionista patológico suelen ser internalizantes y su conducta externa acostumbra a ser diligente y complaciente, con dificultades para pedir ayuda, con la consiguiente sorpresa del entorno cuando se manifiestan síntomas más visibles como infrapeso, autolesiones o intentos autolíticos. Es importante facilitar una escucha emocional activa por parte de los adultos de su entorno (Peterson, 2003), prestando especial atención al desarrollo afectivo, reforzando cualidades en esa dimensión y no sólo en la académica, con el objetivo de evitar una sobrevaloración de los logros. Los elogios deberían facilitarse en base a procesos y conductas específicas dado que la etiquetación, sea positiva o negativa, facilita una autoestima condicionada y, por tanto, vulnerable (Kamins y Dweck, 1999). Tanto en el entorno educativo como en el familiar, sería necesario que la población con altas capacidades disponga de un ambiente estimulante en el que desde edades tempranas dispongan de experiencias de pequeños “fracasos” en sus metas para poder ejercitar su capacidad de tolerancia a la frustración y afrontamiento, reinterpretando sus errores como oportunidades para el aprendizaje. Se debe matizar en cualquier caso, dado el sesgo de nuestra sociedad occidental, que una escuela estimulante no es sinónimo de escuela competitiva (Speirs-Neumeister et al., 2009). De hecho, los entornos competitivos pueden promover un perfeccionismo disfuncional, dado que facilitan la comparación social y no la valoración del proceso de aprendizaje y la superación personal. Si el objetivo es evitar el perfeccionismo disfuncional en las aulas, se necesita un mayor énfasis en el proceso y los aprendizajes más que en la ejecución y las calificaciones (e.g., Speirs-Neumeister, 2004).

Conclusiones

El análisis de las relaciones entre altas capacidades y trastornos alimentarios no resulta fácil en gran parte por motivos metodológicos. La medida de las altas capacidades ha tendido a realizarse de forma reduccionista, mediante medidas de CI o incluso de rendimiento académico excelente, sesgando claramente las muestras y haciéndolas difícilmente comparables entre sí. Con frecuencia las muestras son pequeñas o falta un grupo control para comparar resultados. Por otra parte, el trastorno alimentario que más se ha investigado ha sido la anorexia nerviosa si bien, dada la migración transdiagnóstica habitual entre los diferentes trastornos alimentarios, es de suponer que los planteamientos aquí desarrollados pueden ser extensibles, como hipótesis, a otros cuadros especialmente si hay antecedentes de anorexia. Además, en el estudio de la anorexia nerviosa debería tenerse en cuenta el grado de infrapeso y la cronicidad, por el efecto de estas variables sobre el rendimiento cognitivo (e.g., Koyama et al, 2012).

En cualquier caso, aunque con prudencia dadas las dificultades señaladas, la evidencia empírica revisada apunta a confirmar que la relación entre altas capacidades y trastornos alimentarios respondería no tanto a características intrínsecas del

menor sino a la fallida interacción con un medio que no responde ajustadamente a los desafíos que plantea. La persona con altas capacidades se enfrenta a unos retos que no deberían terminar necesariamente en patología. Tanto las asincronías como la sensibilidad o el perfeccionismo pueden orientarse de una forma constructiva y sana. Las altas capacidades constituyen una puerta de entrada a los trastornos alimentarios cuando se encuentran con un contexto poco preparado para responder a sus necesidades. Las familias necesitan apoyo para comprender y atender esas necesidades especiales y las políticas educativas deberían centrarse, además de en la detección, en aportar recursos de formación e intervención que abarquen no sólo la dimensión intelectual sino sobre todo las diferentes facetas creativas y socioafectivas, un cambio que beneficiaría no sólo a esta población específica, sino a toda la población infanto-juvenil.

Algo no estamos haciendo bien a nivel social y educativo cuando convertimos en riesgo lo que en principio es potencialidad. No disponemos en este momento de una cultura que valore la sensibilidad, la creatividad, el esfuerzo, las inquietudes intelectuales, artísticas, existenciales o éticas, y ello supone una pérdida no sólo a nivel individual sino también y sobre todo a nivel social. Trabajemos entre todos para que esto cambie.

Referencias bibliográficas

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B.K., Vokó, Z. y Sheehan, D.V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders* 21(3), 353-364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Alsop, G. (2003). Asynchrony: Intuitively valid and theoretically reliable. *Roeper Review*, 25(3), 118-127. <https://doi.org/10.1080/02783190309554213>
- Andronaco, J. A., Shute, R. y McLachlan, A. (2014). Exploring Asynchrony as a Theoretical Framework for Understanding Giftedness: A Case of Cognitive Dissonance? *Roeper Review*, 36(4), 264-272. <https://doi.org/10.1080/02783193.2014.945218>
- Aron, E. N. y Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 345-368. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.345>
- Aron, E., Aron, A. y Jagiellowicz, J. (2012). Sensory Processing Sensitivity: A Review in the Light of the Evolution of Biological Responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, 16(3) 262-282. <https://doi.org/10.1177%2F1088868311434213>
- Assouline, S. G., Colangelo, N., Ihrig, D. y Forstadt, L. (2006). Attributional Choices for Academic Success and Failure by Intellectually Gifted Students. *Gifted Child Quarterly*, 50(4), 283-294. <https://doi.org/10.1177/001698620605000402>
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*, 27(3), 384-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Baudson, T. G. y Ziemens, J. F. (2016). The importance of being gifted: Stages of gifted identity development, their correlates and predictors. *Gifted and Talented International*, 31(1), 19-32. <http://dx.doi.org/10.1080/01532276.2016.1194675>
- Bayer, V., Robert-McComb, J. J., Clopton, J. R. y Reich, D. A. (2017). Investigating the influence of shame, depression, and distress tolerance on the relationship between internalized homophobia and binge eating in lesbian and bisexual women. *Eating Behaviors*, 24, 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.001>

- Bell, K., Coulthard, H. y Wildbur, D. (2017). Self-Disgust within Eating Disordered Groups: Associations with Anxiety, Disgust Sensitivity and Sensory Processing. *European Eating Disorders Review*, 25, 373–380. <https://doi.org/10.1002/erv.2529>
- Belsky, J. y Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885-908. <https://doi.org/10.1037/a0017376>
- Bianco, M., Harris, B., Garrison-Wade, D. y Leech, N. (2011). *Gifted Girls: Gender Bias in Gifted Referrals*. *Roeper Review*, 33(3), 170-181. <https://doi.org/10.1080/02783193.2011.580500>
- Bollen, E. y Wojcieszowski, F. L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review* 12(2), 117-121. <https://doi.org/10.1002/erv.551>
- Boor-Klip, H. J., Cillessen, A. H. N. y van Hell, J. G. (2014). Social Understanding of High-Ability Children in Middle and Late Childhood. *Gifted Child Quarterly*, 58(4), 259–271. <https://doi.org/10.1177/0016986214547634>
- Borges del Rosal, A., Hernández-Jorge, C. y Rodríguez-Naveiras, E. (2011). Evidencias contra el mito de la inadaptación de las personas con altas capacidades intelectuales. *Psicothema*, 23(3), 362-367.
- Borland, J. H. (2009). Myth 2: The Gifted Constitute 3% to 5% of the Population. Moreover, Giftedness Equals High IQ, Which Is a Stable Measure of Aptitude: Spinal Tap Psychometrics in Gifted Education. *Gifted Child Quarterly*, 53(4), 236–238. <https://doi.org/10.1177/0016986209346825>
- Bridges, D. y Schendan, H.E. (2019). Sensitive individuals are more creative. *Personality and Individual Differences*, 142, 186-195. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.015>
- Brindle, K., Moulding, R., Bakker, K. y Nedeljkovic, M. (2015). Is the relationship between sensory-processing sensitivity and negative affect mediated by emotional regulation? *Australian Journal of Psychology*, 67(4), 214–221. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12084>
- Brown C., Tollefson, N., Dunn, W., Cromwell, R. y Fillion, D. (2001). The adult sensory profile: Measuring patterns of sensory processing. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55, 75-82. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.1.75>
- Carcione, A. y Falcone, M. (2002). El concepto de metacognición como constructo clínico fundamental para la psicoterapia. En A. Semerari (Ed.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica* (pp. 23-54). Bilbao, España: DDB.
- Carcione, A., Nicolò, G. y Semerari, A. (2002). Déficit de representación de los objetivos. En A. Semerari (Ed.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica* (pp. 147-169). Bilbao, España: DDB.
- Chan, D. W. (2005). The structure of social coping among Chinese gifted children and youths in Hong Kong. *Journal for the Education of the Gifted*, 29(1), 8-29. <https://doi.org/10.1177/016235320502900102>
- Choate, L. H. (2005). Toward a Theoretical Model of Women's Body Image Resilience. *Journal of Counseling & Development*, 83(3), 320–330. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00350.x>
- Copeland, W. E., Bulik, C. M., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S. T. y Costello, E. J. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *International journal of eating disorders*, 48(8), 1141-1149. <https://doi.org/10.1002/eat.22459>
- Cross, T. L., Coleman, L. J. y Stewart, R. A. (1993). The social cognition of gifted adolescents: An exploration of the stigma of giftedness paradigm. *Roeper Review*, 16(1), 37-40. <https://doi.org/10.1080/02783199309553532>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dallos, R. y Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322. <https://doi.org/10.1177%2F1359104507088349>
- Detzner, M. y Schmidt, M. H. (1986). Are highly gifted children and adolescents especially susceptible to anorexia nervosa? En K. A. Heller y J. F. Feldhusen (Eds.), *Identifying and Nurturing the Gifted. An International Perspective* (pp. 149-162). Lewiston, NY: Hans Huber Publishers.
- Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiori, D. y Mancipopi, S. (2008). El trastorno narcisista de la personalidad. La enfermedad de la “vida grandiosa”. En G. Dimaggio y A. Semerari (Eds.), *Los trastornos de la personalidad. Modelos y Tratamiento* (pp. 221-272). Bilbao, España: DDB.
- Dimaggio, G., Procacci, M. y Semerari, A. (2002). Déficit de compartición y pertenencia. En A. Semerari (Ed.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica* (pp. 235-280). Bilbao, España: DDB.
- Eddles-Hirsch, K., Vialle, W., McCormick, J. y Rogers, K. (2012). Insiders or outsiders: The role of social context in the peer relations of gifted students. *Roeper review*, 34(1), 53-62. <https://doi.org/10.1080/02783193.2012.627554>

- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders (“CBT-E”): An overview. En C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 23-34). Nueva York, NY: Guilford.
- Foust, R. C. y Booker, K. (2007). The Social Cognition of Gifted Adolescents. *Roepers Review*, 29(5), 45-47. <https://doi.org/10.1080/02783193.2007.11869224>
- Francis, R., Hawes, D. J. y Abbott, M. (2016). Intellectual Giftedness and Psychopathology in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Exceptional Children*, 82(3), 279-302. <https://doi.org/10.1177/0014402915598779>
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. y Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42. <https://doi.org/10.1002/mpr.15>
- Galiana, A., Muñoz, V. y Beato, L. (2017). Connecting Eating Disorders and Sensory Processing Disorder: A Sensory Eating Disorder Hypothesis. *Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, 3(4), 1-2.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. y Marie Pierre Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Garner, D. (1991). Eating disorders in the gifted adolescent. En M. Bierely y J. Genshaft (Eds.), *Understanding the gifted adolescent* (pp. 50-64). Nueva York, NY: Teachers College Press.
- Gere, D. R., Capps, S. C., Mitchell, D. W. y Grubbs, E. (2009). Sensory sensitivities of gifted children. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 288–295. <https://doi.org/10.5014/ajot.63.3.288>
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14(4), 311-323. [https://doi.org/10.1002/1099-0984\(200007/08\)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8)
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. y Jeczmiern, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23(6), 331-339. <https://doi.org/10.1002/da.20163>
- González-Cabrera, J., Tourón, J., León-Mejía, A. y Machimbarrena, J. M. (2018). *Informe ejecutivo del proyecto CIBERAACC. Acoso y ciberacoso en estudiantes de altas capacidades: prevalencia y afectación psicológica*. La Rioja: Universidad Internacional de la Rioja (UNIR). Recuperado de: <http://www.infocoponline.es/pdf/informeciberaacc.pdf>
- Gordon, K. H. y Dombek, J. J. (2010). The associations between two facets of narcissism and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11(4), 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.08.004>
- Greven, C. U., Lionetti, F., Booth, C., Aron, E., Fox, E., Schendan, H. E., ... Homberg, J. (2019). Sensory Processing Sensitivity in the context of Environmental Sensitivity: a critical review and development of research agenda. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 98, 287-305. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.01.009>
- Gross, M. U. (1989). The pursuit of excellence or the search for intimacy? The forced-choice dilemma of gifted youth. *Roepers Review*, 11(4), 189-194. <https://doi.org/10.1080/02783198909553207>
- Gross, M. U. (1998). The “me” behind the mask: Intellectually gifted students and the search for identity. *Roepers Review*, 20(3), 167-174. <http://dx.doi.org/10.1080/02783199809553885>
- Guignard, J. H., Jacquet, A. Y. y Lubart, T. I. (2012). Perfectionism and anxiety: a paradox in intellectual giftedness? *PloS one*, 7(7), e41043. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041043>
- Hernangómez, L. (2018). Apego y trastornos alimentarios: implicaciones para la intervención psicoterapéutica. *Revista de psicoterapia*, 29(111), 69-92. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111.264>
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 100(1), 98-101. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.1.98>
- Homberg, J. R., Schubert, D., Asan, E. y Aron, E. N. (2016). Sensory processing sensitivity and serotonin gene variance: Insights into mechanisms shaping environmental sensitivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 472–483. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.029>
- Kamins, M. L. y Dweck, C. S. (1999). Person versus process praise and criticism: Implications for contingent self-worth and coping. *Developmental psychology*, 35(3), 835–847. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.3.835>
- Kerr, B. A. y Multon, K. D. (2015). The Development of Gender Identity, Gender Roles, and Gender Relations in Gifted Students. *Journal of Counseling & Development*, 93(2), 183–191. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00194.x>

- Koyama, K. I., Asakawa, A., Nakahara, T., Amitani, H., Amitani, M., Saito, M., ... Inui, A. (2012). Intelligence quotient and cognitive functions in severe restricting-type anorexia nervosa before and after weight gain. *Nutrition*, 28(11-12), 1132-1136. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.03.003>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- López, C., Stahl, D. y Tchanturia, K. (2010). Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 40-50. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-40>
- López, V.A. (2007). *Competencias mentalistas en niños y adolescentes con altas capacidades cognitivas. Implicaciones para el desarrollo socioemocional y la adaptación social* (Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, España). Recuperado: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/1968>
- Lovejoy, M. (2001). Disturbances in the Social Body: Differences in Body Image and Eating Problems among African American and white Women. *Gender & Society*, 15(2), 239-261. <https://doi.org/10.1177/089124301015002005>
- MacLaren, V. V. y Best, L. A. (2009). Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors*, 10(3), 192-195. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.04.001>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. y Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101-114. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-5384-y>
- Martin, L. T., Burns, R. M. y Schonlau, M. (2010). Mental Disorders Among Gifted and Nongifted Youth: A Selected Review of the Epidemiologic Literature. *Gifted Child Quarterly*, 54(1) 31-41. <https://doi.org/10.1177/0016986209352684>
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffer, A. L., ... Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 201-209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Mendaglio, S. (1995). Sensitivity among gifted persons: A multi-faceted perspective. *Roeper Review*, 17(3), 169-172. <https://doi.org/10.1080/02783199509553652>
- Mendaglio, S. (2002). Heightened Multifaceted Sensitivity of Gifted Students: Implications for Counseling. *Journal of Secondary Gifted Education*, 14(2), 72-82. <https://doi.org/10.4219/jsge-2003-421>
- Mendaglio, S. (2012). Overexcitabilities and Giftedness Research: A Call for a Paradigm Shift. *Journal for the Education of the Gifted*, 35(3), 207-219. <https://doi.org/10.1177/0162353212451704>
- Mendaglio, S. y Tillier, W. (2006). Dabrowski's Theory of Positive Disintegration and Giftedness: Overexcitability Research Findings. *Journal for the Education of the Gifted*, 30(1), 68-87. <https://doi.org/10.1177/016235320603000104>
- Mendaglio, S., Kettler, T. y Rinn, A. (2019). Psychology of Giftedness and the Theory of Positive Disintegration: A Conversation With Sal Mendaglio. *Journal of Advanced Academics*, 30(4), 500-507. <https://doi.org/10.1177/1932202X19869010>
- Mervin, R. M., Moskovich, A. A., Wagner, H. R., Ritschel, L. A., Craighead, L. W. y Zucker, N. L. (2013). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: Relationship to self-perceived sensory sensitivity. *Cognition and Emotion*, 27(3), 441-452. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.719003>
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., ... Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 17(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>
- Monteleone, A. M., Cardi, V., Volpe, U., Fico, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., ... Maj, M. (2018). Attachment and motivational systems: relevance of sensitivity to punishment for eating disorder psychopathology. *Psychiatry research*, 260, 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.002>
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., ... Maj, M. (2017). Embodiment mediates the relationship between avoidant attachment and eating disorder psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 461-468. <https://doi.org/10.1002/erv.2536>
- Moon, S. M. (2009). Myth 15: High-Ability Students Don't Face Problems and Challenges. *Gifted Child Quarterly*, 53(4), 274-276. <https://doi.org/10.1177/0016986209346943>
- Moon, S. M. y Dixon, F. A. (2006). Conceptions of Giftedness in Adolescence. En F. A. Dixon y S. M. Moon (Eds.), *The handbook of secondary gifted education* (pp. 7-33). Waco, TX: Prufrock Press.
- Petersen, J. (2013). Gender differences in identification of gifted youth and in gifted program participation: A meta-analysis. *Contemporary Educational Psychology*, 38(4), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2013.07.002>

- Peterson, J. S. (2003). An Argument for Proactive Attention to Affective Concerns of Gifted Adolescents. *Journal of Advanced Academics*, 14(2), 62-70. <https://doi.org/10.4219/jsgse-2003-419>
- Peterson, J. S. (2009). Myth 17: Gifted and Talented Individuals Do Not Have Unique Social and Emotional Needs. *Gifted Child Quarterly*, 53(4), 280-282. <https://doi.org/10.1177/0016986209346946>
- Peterson, J. S. y Ray, K. E. (2006). Bullying and the gifted: Victims, perpetrators, prevalence, and effects. *Gifted child quarterly*, 50(2), 148-168. <https://doi.org/10.1177%2F001698620605000206>
- Pluess, M. y Belsky, J. (2013). Vantage sensitivity: Individual differences in response to positive experiences. *Psychological Bulletin*, 139(4), 901-916. <https://doi.org/10.1037/a0030196>
- Ringer, F. y Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119-130. <https://doi.org/10.1002/erv.761>
- Rinn, A. N., Mullet, D. R., Jett, N. y Nyikos, T. (2018). Sensory processing sensitivity among high-ability individuals: A psychometric evaluation of the highly sensitive person scale. *Roepers Review*, 40(3), 166-175. <https://doi.org/10.1080/02783193.2018.1466840>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2009). Promoting self-determined school engagement. En K. R. Wentzel y D. B. Miele (Eds.), *Handbook of motivation at school* (pp. 171-195). Londres: Reino Unido: Routledge.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. y Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(6), 757-765. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007>
- Schuler, P. A. (2000). Perfectionism and Gifted Adolescents. *Journal of Secondary Gifted Education*, 11(4), 183-196. <https://doi.org/10.4219/jsgse-2000-629>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smolewska, K. A., McCabe, S. B. y Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1269-1279. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.09.022>
- Society for the Advancement of Gifted Education (1998). The Emotional Drama of Giftedness. *Conference Proceedings of the Annual Conference of the Society for the Advancement of Gifted Education (SAGE)* (9th). Alberta, Canada: Centre for Gifted Education.
- Speirs-Neumeister, K. L., Williams, K. K. y Cross, T. L. (2009). Gifted high-school students' perspectives on the development of perfectionism. *Roepers Review*, 31(4), 198-206. <https://doi.org/10.1080/02783190903177564>
- Speirs-Neumeister, K. L. S. (2004). Understanding the Relationship Between Perfectionism and Achievement Motivation in Gifted College Students. *Gifted Child Quarterly*, 48(3), 219-231. <https://doi.org/10.1177/001698620404800306>
- Stornelli, D., Flett, G. L. y Hewitt, P. L. (2009). Perfectionism, Achievement, and Affect in Children: A Comparison of Students From Gifted, Arts, and Regular Programs. *Canadian Journal of School Psychology*, 24(4), 267-283. <https://doi.org/10.1177/0829573509342392>
- Stricker, J., Buecker, S., Schneider, M. y Preckel, F. (2019). Intellectual Giftedness and Multidimensional Perfectionism: a Meta-Analytic Review. *Educational Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10648-019-09504-1>
- Swiatek, M. A. y Cross, T. L. (2007). Construct validity of the social coping questionnaire. *Journal for the Education of the Gifted*, 30(4), 427-449. <https://doi.org/10.4219/jeg-2007-508>
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.003>
- Terrasier, J. C. (1992). La disincronía. Creatividad y rigidez de la escuela frente al derecho a la diversidad. En Y. Benito (Ed.), *Desarrollo y educación de los niños superdotados* (pp. 251-260). Salamanca, España: Amarú.
- Vialle, W., Heaven, P. C. L. y Ciarrochi, J. (2007). On Being Gifted, but Sad and Misunderstood: Social, emotional, and academic outcomes of gifted students in the Wollongong Youth Study. *Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice*, 13(6), 569-586. <https://doi.org/10.1080/13803610701786046>
- Vuyk, M. A., Krieshok, T. S. y Kerr, B. A. (2016). Openness to Experience Rather Than Overexcitabilities: Call It Like It Is. *Gifted Child Quarterly*, 60(3), 192-211. <https://doi.org/10.1177/0016986216645407>
- Zucker, N. L., Merwin, R. M., Bulik, C. M., Moskovich, A., Wildes, J. E. y Groh, J. (2013). Subjective experience of sensation in anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 51(6), 256-265. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.010>

MANUEL VILLEGAS

EL PROCESO DE
CONVERTIRSE EN
PERSONA AUTÓNOMA



Herder

EFFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

EFFECTS OF PHYSICAL EXERCISE ON PATIENTS WITH EATING DISORDERS

Sara Tabares Olmedilla

Escuela de Doctorado Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. España

Directora Deportiva de PERFORMA SALUD

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0317-9731>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tabares Olmedilla, S. (2020). Efectos del Ejercicio Físico en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 97-113. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.358>

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan diferentes relaciones con el ejercicio físico. La anorexia, bulimia y trastorno por atracón se asocian con riesgos que repercuten en la salud física y con una morbilidad psicosocial considerables, así como con un mayor riesgo de mortalidad. Se ha realizado una revisión sistemática para determinar el efecto del ejercicio sobre el estado físico y psíquico en la población que padece este tipo de psicopatologías. Para ello, en primer lugar, se establecieron las diferencias entre ejercicio problemático y saludable. En la actualidad, existen discrepancias sobre la prescripción de actividad física en el tratamiento de este tipo de pacientes, ya que el ejercicio compulsivo está presente, sobre todo, en dos de estos trastornos: anorexia y bulimia.

Palabras clave: Anorexia, Bulimia, Trastorno por Atracón, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Ejercicio, Actividad Física.

Abstract

Eating disorders have different relationships with physical exercise. Anorexia, bulimia, and binge eating disorder are associated with considerable physical health and psychosocial morbidity, as well as an increased risk of mortality. A systematic review has been conducted to determine the effect of exercise on physical and mental fitness in the population suffering from this type of psychopathology. For this, first, the differences between problematic and healthy exercise were established. At present, there are discrepancies regarding the prescription of physical activity in the treatment of this type of patients, since compulsive exercise is present, above all, in two of these disorders: anorexia and bulimia.

Keywords: Anorexia, Bulimia, Binge Eating Disorder, Eating Disorders, Exercise, Physical Activity.



Introducción

Los trastornos de la alimentación (TCA) son patologías psiquiátricas que contribuyen a grandes perjuicios en la salud: psicológica, social y física (Stice, 2002). En la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª Ed.; *DSM-V*; American Psychiatric Association [APA], 2013), se define la anorexia en base a tres criterios: (1) la restricción excesiva de la ingesta conforme a los requerimientos nutricionales; (2) el temor a ganar peso y (3) la alteración de la percepción de la imagen corporal, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Por su parte, la bulimia, según el *DSM-V* (2013), se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar un aumento de peso y la autoevaluación influenciada indebidamente por el peso y la composición corporal. Las principales diferencias que encontramos entre el trastorno por atracones y la bulimia es que en la bulimia se suceden comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso y, en el trastorno por atracones, además, la autoevaluación del paciente no se ve prácticamente influida por la imagen y el peso corporal (no es un criterio imprescindible para su diagnóstico). Se estima que el trastorno por atracón es mucho más prevalente que la anorexia o la bulimia, pero es menos diagnosticado. El trastorno por atracón tiene una frecuencia casi dos veces mayor que la anorexia y bulimia nerviosas (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007). En personas obesas el trastorno por atracón podría alcanzar hasta el 30 % (Baile-Ayensa y González-Calderón, 2016).

En la población general, los trastornos alimentarios tienen una prevalencia de 0.6% para la anorexia nerviosa, 1% para la bulimia nerviosa y 3% para el trastorno por atracón (Hudson et al., 2007). Se calcula que la mortalidad de la bulimia puede llegar a 2.2 por 1000 personas por año (Arcelus, Mitchell y Wales, 2011); en cuanto a la anorexia es considerada como uno de los trastornos psiquiátricos más serios y con más riesgo de muerte, alcanzando un 6.5% de la población general (Vásquez, Urrejola y Vogel, 2017). Por su parte, los pacientes que padecen trastorno por atracón tienen más probabilidades de sufrir otras comorbilidades como la depresión, cuya incidencia, en este tipo de población es de aproximadamente 40% (Reichborn-Kjennerud, Bulik, Sullivan, Tambs y Harris, 2004), comparado con 5% en la población general (Kessler, McGonagle, Swartz Blazer y Nelson, 1993). En este sentido, se ha demostrado que la mayoría de los pacientes con trastorno por atracón han tenido al menos un trastorno psiquiátrico adicional relacionado con el estado de ánimo (49%), la ansiedad (41%) o el abuso de sustancias (22%) durante su vida (Grilo, White, Barnes y Masheb, 2013).

Se trata de patologías complejas, cuya dificultad reside sobre todo en la morbilidad asociada, que se estima entre el 6 y el 15% (Varela-Casal, Maldonado y Ferre, 2011). Aunque el riesgo orgánico asociado es habitualmente provocado por el estado de inanición o desequilibrios electrolíticos como consecuencia de las

conductas purgativas, en general la calidad de vida relacionada con la salud sufre un deterioro importante en todos los trastornos alimentarios (Ágh et al., 2016). De ello se deriva la necesidad de un enfoque interdisciplinar en el tratamiento, con la intervención, interacción y coordinación entre diferentes profesionales, lo cual es clave para la eficacia de las intervenciones (Jáuregui-Lobera, 2009). Otras características como la elevada comorbilidad con cuadros afectivos y trastornos de la personalidad, el impacto psicosocial sobre pacientes y sus familiares, el elevado riesgo de recaídas y la tendencia a la cronicidad hacen necesaria una revisión de las estrategias de intervención a fin de optimizar los resultados de las mismas (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Alimentarios del Servicio de Salud de Castilla la Mancha, 2017).

Aunque el ejercicio es una herramienta eficaz para muchas afecciones psicológicas (por ejemplo, la ansiedad o la depresión), a menudo se ha dejado a un lado su posible inclusión en el tratamiento de estos trastornos (Cook, Wonderlich, Mitchell, Thompson, Sherman y McCallum, 2016). Es cierto que su incorporación puede considerarse controvertida, debido a que dentro de las características conductuales más habituales que se producen en dichos trastornos se encuentra la práctica de ejercicio físico excesivo o compulsivo (Noetel, Miskovic-Wheatley, Crosby, Hay, Madden y Touyz, 2016). Se sabe que la actividad física tiene efectos positivos en la salud psicológica y física, pero se ha estudiado poco sobre la asociación entre la actividad física no compensatoria (es decir, saludable o no compulsiva) y el ejercicio problemático (compulsivo/ compensatorio) en los diferentes trastornos de la conducta alimentaria: trastorno por atracón, anorexia y bulimia.

Como afirman Goodwin, Haycraft y Meyer (2016), el ejercicio problemático/compulsivo o no saludable podría ser peligroso, sobre todo cuando se realiza en exceso y se convierte en el protagonista de la vida de una persona. El elemento "compulsivo" del ejercicio es muy común y no necesariamente está relacionado con la frecuencia e intensidad del ejercicio, sino que se caracteriza por su ejecución de acuerdo con un horario rígido. Se trata de una actividad que tiene prioridad sobre otras actividades cotidianas (Martínez Sánchez y Munguía-Izquierdo, 2017). En el caso concreto de la anorexia, los altos niveles de actividad física ocurren en el 31%-80% de los pacientes (Hebebrand et al., 2003). La anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón conllevan una serie de complicaciones médicas que se deberían tener en cuenta a la hora de prescribir ejercicio físico (ver Tabla 1). En el caso de la anorexia, provienen de un bajo peso y de la desnutrición en la que se encuentran las pacientes; en la bulimia, del tipo de purga utilizado y en el trastorno por atracón se derivan, sobre todo, de la obesidad y el sobrepeso (Gabler, Olguín y Rodríguez, 2017).

Tabla 1. *Complicaciones médicas de los Trastornos alimentarios* (adaptado de Gabler et al., 2017).

Anorexia	Bulimia	Trastorno por atracón
- Tensión baja	- Callosidades en el dorso de la mano dominante del paciente	- Obesidad
- Arritmias	- Molestias en la faringe	- Diabetes tipo 2
- Anemia	- Problemas intestinales derivados del uso de laxantes	- Dislipidemia
- Estreñimiento	- Deshidratación y déficit de potasio	- Hipertensión
- Hinchazón de vientre		- Síndrome metabólico
- Pérdida de peso alarmante		
- Lanugo deshidratación		
- Sequedad de la piel		
- Pérdida de cabello		
- Amenorrea		
- Problemas renales		

Sin embargo, cada vez hay más investigaciones que sugieren que el ejercicio físico supervisado por profesionales, y que se encuentre dentro de un equipo multidisciplinar en el que haya médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos, endocrinos y nutricionistas podría ser seguro y beneficioso en los individuos que padecen trastornos de la alimentación (Cook et al., 2016). En el caso del trastorno por atracón, una revisión muestra que, aunque todavía es limitada, existe evidencia de que los ejercicios aeróbicos y de yoga podrían reducir la cantidad de atracones y el índice de masa corporal (IMC) de los pacientes (Vancampfort et al., 2014). Revisiones posteriores como la de Blanchet et al., (2018) sugieren que la actividad física aborda los mecanismos subyacentes del trastorno por atracón y, por lo tanto, aumentaría la eficiencia del tratamiento. Estos mecanismos subyacentes estarían relacionados con la disfunción del sistema de recompensa, los antojos, la disregulación emocional, la impulsividad, la restricción dietética y la forma y el peso corporal (Ibidem). Este trabajo mostró que existen pruebas limitadas respecto al efecto positivo de la actividad física en el tratamiento de los individuos con trastornos de la alimentación sobre muchos aspectos de su patología y comorbilidades asociadas. Esto podría ser debido a las alteraciones neuroquímicas que causan cambios en el sistema de recompensa y a la reducción del efecto negativo, del efecto anorexígeno y su sincronización antes de la ingesta calórica.

Por otra parte, investigaciones anteriores han demostrado que el ejercicio podría disminuir las actitudes y comportamientos compensatorios (Calogero y Pedrotty, 2004), reducir el impulso de la delgadez y los síntomas bulímicos, disminuir la insatisfacción corporal (Thien, Thomas, Markin y Birmingham, 2000), facilitar el aumento de peso en la anorexia (Calogero y Pedrotty, 2004), aumentar la fuerza (Fernandez-del-Valle et al., 2014), revertir las anomalías cardíacas en la anorexia severa (Krantz, Gaudiani, Johnson y Mehler, 2011) y mejorar la calidad de vida (Cook, Hausenblas, Crosby, Cao y Wonderlich, 2015).

No obstante, tal y como se muestra en la presente revisión, no existen unas

pautas generales que orienten a los diferentes profesionales sobre cómo utilizar el ejercicio de manera efectiva como parte del tratamiento en los trastornos de la conducta alimentaria.

Método/Diseño

Se realizó una revisión sistemática de la literatura relevante en las tres patologías: Anorexia, bulimia y trastorno por atracón. Para su inclusión, los artículos recuperados de Medline (*PubMed*), EBSCO (*Sportdiscus*) y *Google Scholar* tuvieron que ser publicados en inglés entre 2014 y 2019. La búsqueda se realizó el 2 de septiembre de 2019. Se recuperaron algunos estudios adicionales de entre los citados en las listas de referencias de los estudios incluidos. Se excluyeron las investigaciones realizadas en ratas y en atletas profesionales.

Resultados

El ejercicio físico es beneficioso para la mejora de estados de ansiedad, depresión, estado de ánimo negativo e imagen corporal (Kerrigan, Lydecker y Grilo, 2019). Los resultados (ver tabla 2) parecen indicar que, al mejorar la condición física a través del ejercicio regular y saludable, los pacientes con trastornos de la alimentación pueden experimentar una mejor autoestima, imagen corporal y estado de ánimo, así como una reducción de los episodios de atracones (ver tablas 3, 4 y 5). Además, el ejercicio, tal y como muestran los presentes resultados obtenidos, promueve la autorregulación de la actividad física.

Tabla 2. Clasificación de estudios según patologías.

Anorexia	Bulimia	Trastorno por atracón
- Rizk et al. (2018)	- Kerrigan et al. (2019)	- Kerrigan et al. (2019)
- Young et al. (2018)	- Bakland et al. (2019)	- Lydecker, Shea y Grilo (2018)
- Nagata et al. (2018)	- Nagata, Carlson, Kao, Golden y Murray (2017)	- Barber, Ivezaj, y Barnes (2018)
- Stiles-shields, Bamford, Locky y Le Grange (2014)	- Cook et al. (2015)	- Ruffault et al. (2016)
- Sauchelli et al. (2015)		- Vancampfort et al. (2014)

Tabla 3. Clasificación de estudios trastorno por atracón.

Estudio	Sujetos	Frecuencia	Método	Objetivo	Resultados
Kerrigan et al. (2019)	N= 138	3 meses	Cuestionarios de ejercicios EDE-Q y Godin Leisure-Time.	Diferencias actividad física compensatoria y no compensatoria.	La participación en actividad física no compensatoria se asoció con una menor frecuencia de episodios de atracones. La participación en actividad física compensatoria se relacionó con mayores episodios de atracones.
Carr, Lydecker, White y Grilo (2019)	N = 2384	Entre 2015 y 2017	Encuesta on line: actividad física, psicopatología alimentaria y salud.	Examinar la actividad física entre tres subgrupos de adultos: peso saludable sin atracones, sobrepeso / obesidad sin atracones y trastorno por atracón.	El grupo de trastorno por atracón tuvo la mayor proporción de individuos insuficientemente activos (63.8%).
Lydecker et al. (2018)	N = 2026	28 días	Encuesta on line: psicopatología del trastorno alimentario, depresión y actividad física.	Estudiar la relación entre ejercicio y comportamientos compensatorios.	Los participantes que usan el ejercicio como un elemento compensatorio tienen niveles de purga similares a los que los que usan vómitos / laxantes, aunque tienen niveles más bajos de depresión.
Barber et al. (2018)	N = 97	7 días	Cuestionario Godin Leisure-Time y el Cuestionario Paffenbarger. Cuestionario. Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire (GLTEQ) evalúa la frecuencia de la actividad física general, leve, moderada y extenuante.	Examinar los patrones de ejercicio y su autoeficacia en individuos con sobrepeso / obesidad, recreativas semanales, con y sin trastorno por atracón.	El 44.3% de todos los sujetos no participaban en actividades deportivas / recreativas semanales.
Ruffault et al. (2016)	N = 120. Individuos de 18 a 65 años, diagnosticados con un trastorno por atracón asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos siguientes: práctica de atención plena, meditación simultánea o tratamiento como control habitual	1 año	Programa computarizado basado en mindfulness. Los cuestionarios autoinformados miden la alimentación impulsiva, la motivación para hacer ejercicio, el nivel de actividad física, el estado de ánimo y las habilidades de atención plena se completan al inicio, 1, 6 y 12 meses.	Evaluar la efectividad de una intervención basada en la atención plena para la reducción de la alimentación impulsiva y la mejora de la motivación para hacer ejercicio entre las personas que padecen obesidad.	La atención plena actuó como moderador del ejercicio compulsivo y podría conducir a la reducción de la alimentación impulsiva.

Estudio	Sujetos	Frecuencia	Método	Objetivo	Resultados
Vancampfort et al. (2014)	N = 34 (31 mujeres) pacientes ambulatorios con trastorno por atracón	6 meses	Programa de entrenamiento grupal.	Asociación entre los cambios en el número de atracones, y la participación en la actividad física.	Mejora de la fuerza, autoestima y la calidad de vida. Reducción significativa en el número de atracones.

Tabla 4. Clasificación de estudios bulimia.

Estudio	Sujetos	Frecuencia	Método	Objetivo	Resultados
Kerrigan et al. (2019)	N = 138	3 meses	Cuestionarios de ejercicios EDE-Q y Godin Leisure-Time.	Diferencias actividad física compensatoria y no compensatoria.	La participación en actividad física no compensatoria se asoció con una menor frecuencia de episodios de purgas.
Bakland et al. (2019)	N = 15 (n = 6 con bulimia)	4 meses	Combinación de ejercicio físico guiado y terapia dietética (PED-1). 3 sesiones semanales de 40 a 60 min. Dos sesiones fueron ejercicios de fuerza, una de las cuales fue supervisada. La tercera sesión consistió en la ejecución de intervalos piramidales no supervisados.	Opinión de los efectos de un programa de entrenamiento junto con terapia dietética.	Mejor percepción corporal y el autoconcepto.
Nagata et al. (2017)	N = 1083	1 mes	Cuestionarios. Correr, calistenia, caminar, fútbol y natación fueron los ejercicios más comunes; una mayoría informó participación en deportes de equipo.	Caracterizar las conductas de ejercicio entre los adolescentes con anorexia o bulimia nerviosa. Determinar las asociaciones entre el ejercicio y el riesgo médico	Un 89,7% pacientes hicieron ejercicio (media 7.0 h por semana sobre la media 5.4 días por semana) antes del estudio. Una mayor frecuencia y la participación en deportes de equipo se asociaron, en algunos casos, con bradicardia
Cook et al. (2015)	N = 774	Entre 1975 y 2004, los participantes completaron un total de 2.479 encuestas de autoinforme	Cuestionarios de autoinforme. Se utilizaron análisis de modelo lineal generalizado para examinar las asociaciones entre el diagnóstico, la frecuencia del ejercicio y su interacción en la supresión de peso.	Papel del ejercicio físico en el restablecimiento de un peso saludable.	El ejercicio, si es excesivo, sirva para promover el mantenimiento del trastorno alimentario.

Tabla 5. Clasificación de estudios anorexia.

Estudio	Sujetos	Frecuencia	Método	Objetivo	Resultados
Rizk et al. (2018)	N = 191 mujeres hospitalizadas.	Abril de 2009 y Julio de 2012	Cuestionarios y impedancia bioeléctrica.	Investigar los vínculos entre la duración e intensidad del ejercicio y el estado nutricional en términos de composición corporal.	IMC más bajo se relacionó con una menor intensidad de ejercicio, un tipo restrictivo de anorexia y la presencia de amenorrea.
Young et al. (2018)	N = 78	1 mes	Ensayo controlado aleatorio. Al inicio (antes del tratamiento), los participantes completaron cuestionarios que evaluaban el ejercicio compulsivo, la psicopatología de los trastornos alimentarios, la calidad de vida, la angustia psicológica y la motivación para el cambio.	Investigar las relaciones entre el ejercicio compulsivo, la calidad de vida, la angustia psicológica (ansiedad, síntomas depresivos y los rasgos obsesivo-compulsivos) y peores síntomas del trastorno. La motivación.	El ejercicio compulsivo está asociado con una peor calidad de vida y con una mayor sensación de angustia. Los pacientes que hacen ejercicio compulsivo experimentaron peores síntomas del trastorno.
Nagata et al. (2018)	N = 188 adolescentes con anorexia (178 mujeres y 10 hombres)	30 días	DXA y cuestionarios.	Identificar el efecto de la duración del ejercicio con resistencias y la participación en deportes de equipo sobre la densidad mineral ósea (DMO) y la composición corporal.	La duración del ejercicio con resistencias y la participación en deportes de equipo puede tener un efecto protector de la DMO en la cadera, así como en la composición mineral ósea total. Mientras que la participación en deportes de equipo se asoció con un mayor déficit de masa grasa en adolescentes con anorexia nerviosa.
Stiles-Shields et al. (2015)	N = 121 (anorexia)	Abril 2001 y junio de 2005	Evaluación física y cuestionarios. El EDE (Eating Disorder Examination) se administró al inicio, a mitad del tratamiento, al final del tratamiento y a los 6 y 12 meses después.	Averiguar la relación entre anorexia y ejercicio compulsivo. ¿Ha hecho ejercicio para controlar su peso, alterar su forma o cantidad de grasa o quemar calorías? ¿Te has sentido impulsado u obligado a hacer ejercicio?	La actividad física compulsiva está presente en adolescentes que padecen bulimia o anorexia. Además, la presencia de actividad física compulsiva está significativamente relacionada con peores resultados de los síntomas en la anorexia.
Sauchelli et al. (2015)	88 pacientes con anorexia en hospital de día, y 116 en controles de peso saludable. Todas mujeres.	Semanal	Se realizó una evaluación de referencia utilizando un acelerómetro (Actiwatch AW7) para medir la actividad física, el Inventario de Trastornos Alimenticios-2 y la subescala de depresión de la Lista de Síntomas Revisada.	Examinar los efectos del ejercicio en el tratamiento de la anorexia.	Existe una notable variación en el perfil de actividad física de los pacientes con anorexia, caracterizado por patrones bajos o muy altos. La actividad física es un tema de gran relevancia en la anorexia que debe tenerse en cuenta durante el proceso de tratamiento.

Discusión

Trastorno por atracón

El estudio de Kerrigan et al. (2019) es uno de los más recientes en el que se investigó la actividad física como “patrón compensatorio” en pacientes con trastorno por atracón. El estudio concluye que la participación en actividad física saludable se correlacionó con un número menor de atracones. Algo que también analizaron Lydecker et al. (2018) a través de encuestas *on line* efectuadas a lo largo de 28 días observando que los sujetos que usaban ejercicio compensatorio tenían niveles similares de psicopatología asociada al trastorno alimentario a los que usaban vómitos / laxantes, aunque registraron niveles más bajos de depresión.

De esta manera, los pacientes con trastorno por atracón pueden concebir el ejercicio fundamentalmente hacia dos vertientes: la inactividad (suelen tener niveles altos de sedentarismo) o usar el ejercicio obedeciendo a un patrón compensatorio, con la intención de “purgar”, del mismo modo que recurren a los laxantes o los vómitos (figura 1).



Figura 1. Concepción del ejercicio en pacientes con trastorno por atracón.

Por su parte, Carr et al. (2019) hicieron un seguimiento durante 4 meses de la cantidad de actividad física que realizaban los pacientes con trastorno por atracón. Dividieron a los participantes en tres subgrupos de adultos: peso saludable sin atracones, sobrepeso/obesidad sin atracones y trastorno por atracón. El grupo de trastorno por atracón tuvo la mayor proporción de individuos sedentarios (63.8%). Algo que viene a avalar los resultados obtenidos en el estudio de Barber et al. (2018) en el que el 44.3% de todos los sujetos no participaban en actividades deportivas/recreativas semanales.

Ruffault et al. (2016) intentaron evaluar la efectividad de una intervención basada en la atención plena (*mindfulness*) para la reducción de la alimentación impulsiva y la mejora de la motivación para hacer ejercicio entre las personas que

padecen obesidad. Su investigación mostró que el *mindfulness* moderó la tendencia de los pacientes a realizar ejercicio compulsivo. Además, Vancampfort et al. (2014) analizaron los efectos de un programa de entrenamiento grupal en pacientes por trastorno por atracón durante seis meses y demostraron que el ejercicio disminuyó los episodios de atracones, mejoró la fuerza, la autoestima y la funcionalidad.

Bulimia

Kerrigan et al. (2019) también estudiaron la diferencia entre ejercicio físico compensatorio y no compensatorio en pacientes con bulimia. Los investigadores concluyeron que la participación en actividad física no compensatoria se asoció con una menor frecuencia de episodios de purgas. El mismo año, Bakland et al. (2019) publicaron una investigación en la que analizaron el impacto de la combinación de ejercicio físico y terapia dietética durante 4 meses. Los pacientes realizaban 3 sesiones semanales de 40 a 60 minutos. Dos de las sesiones se centraron en el trabajo de la fuerza, siendo solo una de ellas supervisada. La tercera sesión consistió en la ejecución de intervalos piramidales. Estos intervalos fueron no supervisados. El resultado más destacado fue una mejora del autoconcepto y de la percepción de la imagen corporal.

Por su parte, Nagata et al. (2017) intentaron determinar las asociaciones entre el ejercicio y el riesgo médico mediante cuestionarios realizados a los pacientes. Los autores concluyeron que un 89.7% hicieron ejercicio (media 7.0 h por semana sobre la media de 5.4 días por semana) antes del estudio. Las actividades físicas más frecuentes que realizaban fueron correr (49.9%), calistenia (40.7%), caminar (23.4%), fútbol (20.9%) y natación (18.2%). La mayor frecuencia de actividad física se asoció, en algunos casos, con bradicardia. La bradicardia en el contexto deportivo (en atletas) puede asociarse a la adaptación fisiológica producida por un músculo cardíaco bien acondicionado (Guasch y Mont, 2017).

Sin embargo, la mayoría de los estudios no han examinado las asociaciones entre la bradicardia y el ejercicio en el contexto de la anorexia o la bulimia y la malnutrición. Los presentes hallazgos parecen indicar que el ejercicio en estos pacientes puede estar asociado con la bradicardia, por ello los adolescentes con anorexia o bulimia que lo practican, especialmente si la actividad se va a incrementar, deben tener un control médico regular de su frecuencia cardíaca. Los autores proponen que las investigaciones futuras deben evaluar si la bradicardia o los cambios asociados al ejercicio confieren en un riesgo significativamente mayor de arritmias o muerte súbita en adolescentes con estas patologías. También señalan que es importante asegurarse que se hayan reestablecido las pautas nutricionales correctas y se tengan en cuenta, ya que el ejercicio implica un gasto energético.

Cook et al. (2015) analizaron el papel del ejercicio físico en el restablecimiento de un peso saludable mediante cuestionarios de autoinforme. Los investigadores asociaron la frecuencia del ejercicio y el diagnóstico. El ejercicio, si es excesivo, sirve para promover el mantenimiento del trastorno alimentario.

Anorexia

Rizk et al. (2018) investigaron el impacto de la actividad física en el IMC de los pacientes a través de cuestionarios y de medición de la composición corporal mediante impedancia bioeléctrica. A través de ella llegaron a la conclusión de que un IMC más bajo se relacionó con una menor intensidad de ejercicio, un tipo restrictivo de anorexia y la presencia de amenorrea. El ejercicio a mayor intensidad se relaciona con un mejor estado nutricional y una menor resistencia al hambre. En este sentido, los autores sugieren que el impacto de las sesiones de actividad física terapéutica, adaptada en términos de intensidad de ejercicio y estado clínico del paciente, debe evaluarse durante el proceso de rehabilitación nutricional. La investigación señala que los pacientes con un IMC más alto tenían más fuerza y energía para ejercitarse a intensidades más altas, algo en lo que está de acuerdo con los resultados de Nagata et al. (2018). Debido a que los pacientes más agotados son generalmente los que tienen los valores más bajos de IMC, no fue sorprendente encontrar que estos pacientes también realizaban ejercicio a intensidades más bajas. Esto es probablemente consecuencia de su desnutrición y de la disminución de su capacidad energética y física. Por otro lado, parece que, según esta investigación, el ejercicio podría evitar que el IMC de un paciente disminuya aún más durante la fase aguda del trastorno. Los individuos que hacen ejercicio a altas intensidades podrían “permitirse” comer más y, en consecuencia, tener un IMC más alto.

Por su parte, Young et al. (2018) analizaron la vinculación entre el ejercicio compulsivo, la calidad de vida, la angustia psicológica (ansiedad, síntomas depresivos y los rasgos obsesivo-compulsivos) y la motivación. El estudio destaca que existen pacientes con una menor motivación para el cambio, por tanto, sería fundamental que los terapeutas y los médicos evalúen con precisión la motivación de los pacientes para el cambio hacia el ejercicio saludable de los pacientes. Las investigaciones futuras deberían incidir en el abordaje del ejercicio en el tratamiento sobre todo para aquellos que demuestran una menor motivación al cambio. Los autores señalan que abordar el papel que desempeña el ejercicio compulsivo es fundamental para reducir la anorexia y puede ser importante para mejorar la participación de las personas en el tratamiento. Este trabajo mostraría que el ejercicio compulsivo estaría relacionado con una peor calidad de vida y con mayor angustia, en algunos pacientes.

Nagata et al. (2018) identificaron el efecto de la duración del ejercicio con resistencias y la participación en deportes de equipo sobre la densidad mineral ósea (DMO) y la composición corporal. Los investigadores admiten que la duración del ejercicio con resistencias y la participación en deportes de equipo puede tener un efecto protector de la DMO en la cadera, así como en la composición mineral ósea total. Mientras que la participación en deportes de equipo se asoció con un mayor déficit de masa grasa en adolescentes con anorexia nerviosa.

Así, se diferencian dos tipos de ejercicio: problemático y saludable (figura 2). Los altos niveles de actividad física ocurren en el 31%-80% de los pacientes con

anorexia (Hebebrand et al., 2003), muchos pacientes usan el ejercicio de forma compulsiva. Trasformar estos valores pasa por el restablecimiento del ejercicio físico saludable como una herramienta de calidad de vida para el paciente

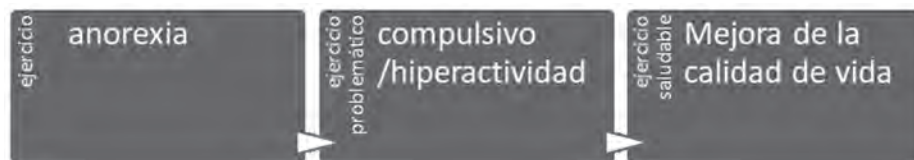


Figura 2. Concepción del ejercicio en anorexia.

Stiles-Shields et al. (2015) trataron de averiguar la relación entre anorexia y ejercicio compulsivo a través de cuestionarios. La actividad física compulsiva prevalece en adolescentes con anorexia. Además, la presencia de actividad física compulsiva al inicio del tratamiento está significativamente relacionada con una peor evolución de este cuadro alimentario. Sauchelli et al. (2015) examinaron los efectos del ejercicio en el tratamiento de la anorexia. Se utilizó un acelerómetro (Actiwatch AW7) para medir la actividad física. Se lleva en la muñeca no dominante durante 6 días (4 días laborables y 1 fin de semana), desde las 00:00 h del día 1 hasta las 00:00 h del día 7. Los autores observaron que los pacientes con una mayor duración del trastorno, y por lo tanto en condiciones físicas y de salud más deficientes, son los que presentaron menos actividad física moderada a vigorosa.

Existe una notable variación en el perfil de actividad física de los pacientes con anorexia, caracterizado por patrones bajos o muy altos. Tanto los niveles más bajos de actividad física moderada a vigorosa como la mayor gravedad del trastorno alimentario tuvieron un efecto directo en un mal resultado del tratamiento. Los síntomas de depresión en los pacientes se asociaron con niveles de actividad física moderada a vigorosa más bajos, así como con una edad más avanzada, una menor duración del trastorno y una mayor psicopatología del trastorno alimentario. Los autores admiten que la actividad física es un tema muy relevante en la anorexia que debe tenerse en cuenta durante el proceso de tratamiento.

Por tanto, un programa de ejercicio físico supervisado para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria podría incluir en un primer estadio ejercicios de baja intensidad (como por ejemplo caminar, estiramientos, movilización de las diferentes articulaciones, aprender a realizar la ejecución de ejercicios de fuerza), con bajo volumen y frecuencia. El volumen (la cantidad de entrenamiento) podría aumentarse progresivamente y de forma supervisada sólo cuando las personas comprenden las sensaciones corporales, las motivaciones psicológicas (alejadas del ejercicio problemático) y la importancia del ejercicio como una herramienta de vida saludable.

Otros de los aspectos para tener en cuenta en la práctica deportiva con pacientes con TCA son los siguientes (adaptado de Tabares y Alvarado, 2019):

- 1- Comunicación con el paciente y los terapeutas. Ante casos en los que el educador deportivo detecte síntomas de un TCA debería derivar a un terapeuta. Si el paciente, llega derivado por un psicólogo o psiquiatra se recomienda a los entrenadores mantener comunicación con ellos.
- 2- Ser conscientes de las alteraciones en la imagen corporal que tienen algunos pacientes con TCA. Centrar el entrenamiento en cómo se realiza, evitar cuantificar.
- 3- Individualizar e introducir las modificaciones de las cargas² de manera progresiva. Cada paciente necesita un tipo de entrenamiento.
- 4- Educar en salud. El ejercicio no es una herramienta para cambiar nuestro cuerpo, es una herramienta de salud y calidad de vida. Evitar conductas compensatorias y/ o compulsivas.
- 5- Requerimientos nutricionales. Deben estar cubiertos para soportar un gasto energético.

Limitaciones

Gran parte de los estudios analizados se han realizado a través de cuestionarios. Por otra parte, las investigaciones no detallan, en algunos casos, qué tipo de estímulos (fuerza, aeróbicos) o variables del entrenamiento (volumen e intensidad), se aplica a los pacientes.

Conclusiones

El ejercicio físico puede constituir una eficaz herramienta terapéutica. Los pacientes con anorexia, bulimia y trastorno por atracón son una población única y, por tanto, se necesita una prescripción específica para los mismos con el objetivo de aumentar los efectos positivos que puede tener el ejercicio.

En el caso del trastorno por atracón, existen tres variables, a la vista de los estudios analizados que se repiten con bastante frecuencia: la concepción del ejercicio como vehículo hacia la compensación, la compulsión o el rechazo al mismo. En este sentido, la adopción de estrategias motivacionales podría ser esencial para aumentar la aceptación y la adherencia de la actividad física en personas con trastorno por atracón. Sería importante determinar en qué momento del tratamiento es más recomendable introducir la prescripción de ejercicio, qué tipo de ejercicio, a qué intensidades y con qué frecuencia serían las más efectivas para ayudar a este tipo de pacientes a aumentar sus niveles de actividad física o a incorporar la misma de una manera saludable en su día a día. Por lo tanto, se necesita más investigación para averiguar la eficacia y la aceptabilidad de las intervenciones de actividad física en el tratamiento con este tipo de pacientes.

El principal objetivo de un programa de actividad física supervisada debería ser convertir el patrón de ejercicio problemático (compulsivo, obsesivo), presente en los pacientes con anorexia y bulimia en ejercicio físico saludable, necesario para una buena calidad de vida y debería ser apoyada por un equipo interdisciplinar de

expertos.

El trabajo en equipo y la comunicación entre los diferentes profesionales resultaría clave para la recuperación de los TCA (figura 3). En ese equipo se podrían incluir los profesionales de la actividad física y el deporte (Graduados en Ciencias de la Actividad Física), que se encargarían de restablecer el patrón de ejercicio físico saludable en los pacientes.



Figura 3. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación.

El contenido del programa de ejercicio podría centrarse en la reeducación a los pacientes, la introducción de los métodos adecuados para realizar ejercicio, un análisis de las motivaciones que llevan a realizar ejercicio y la información sobre los beneficios para la salud y los posibles perjuicios del ejercicio compulsivo (problemático). El entrenamiento de fuerza puede ser un aliado contra la pérdida de masa ósea y muscular. Tras la realización de esta revisión, se echa en falta un consenso sobre qué tipo de ejercicio es el más beneficioso para este tipo de pacientes y su intensidad, volumen y frecuencia a la hora de aplicar los diferentes estímulos.

Notas

- 1 Series de running donde la intensidad -normalmente estimada en base a un porcentaje de VO_2 max (consumo máximo de oxígeno)- equivalente a una velocidad concreta, donde esta crece progresivamente hasta alcanzar niveles cercanos al 100% de VO_2 max para luego decrecer progresivamente.
- 2 Volumen, intensidad, densidad y frecuencia de entrenamiento deben ser aumentados de forma progresiva atendiendo a las respuestas adaptativas de los sujetos y a sus sensaciones manifestadas en las sesiones.

Agradecimientos:

Hernangómez, L; Pablos Monzó, A; Ibáñez Guerra, E; García Marco, G; Antolín Gutiérrez, M.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z. y Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 353-364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Arcelus, J., Mitchel, A. J. y Wales, J. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 68(7), 724. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Baile-Ayensa, J. y González-Calderón, M. (2016). *Trastorno por atracón: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Bakland, M., Rosenvinge, J., Wynn, R., Sundgot-Borgen, J., Fostervold Mathisen, T., Liabo, K., ... Pettersen, G. (2019). Patients' views on a new treatment for Bulimia nervosa and binge eating disorder combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t). A qualitative study. *Eating Disorders*, 27(6), 1-18. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560847>
- Barber, J., Ivezaj, V. y Barnes, R. (2018). Comparing physical activity in individuals with overweight/obesity with and without binge eating disorder. *Obesity Science & Practice*, 4(2), 134-140. <https://doi.org/10.1002/osp4.154>
- Blanchet, C., Mathieu, M. È., St-Laurent, A., Fecteau, S., St-Amour, N. y Drapeau, V. (2018). A Systematic Review of Physical Activity Interventions in Individuals with Binge Eating Disorders. *Current Obesity Reports*, 7(1), 76-88. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0295-x>
- Calogero, R. y Pedrotty, K. (2004). The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12(4), 273-291. <http://doi.org/10.1080/10640260490521352>
- Carr, M. M., Lydecker, J. A., White, M. A. y Grilo, C. M. (2019). Examining physical activity and correlates in adults with healthy weight, overweight/obesity, or binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 159-165. <https://doi.org/10.1002/eat.23003>
- Cook, B., Hausenblas, H., Crosby, R., Cao, L. y Wonderlich, S. (2015). Exercise dependence as a mediator of the exercise and eating disorders relationship: A pilot study. *Eating Behaviors*, 16, 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.012>
- Cook, B., Steffen, K., Mitchell, J., Otto, M., Crosby, R., Cao, L., ... Powers, P. (2015). A Pilot Study Examining Diagnostic Differences Among Exercise and Weight Suppression in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 23(3), 241-245. <https://doi.org/10.1002/erv.2350>
- Cook, B. J., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Thompson, R., Sherman, R. y McCallum, K. (2016). Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 48(7), 1408-1414. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000912>
- Fernandez-del-Valle, M., Larumbe-Zabala, E., Villaseñor-Montarrosa, A., Cardona, C., Díez-Vega, I., López, L. M. y Pérez, M. (2014). Resistance training enhances muscular performance in patients with anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 601-609. <https://doi.org/10.1002/eat.22251>
- Gabler, G., Olguín, P. y Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 893-900. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.09.003>
- Goodwin, H., Hycraft, E. y Meyer, C. (2016). Disordered Eating, Compulsive Exercise, and Sport Participation in a UK Adolescent Sample. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 304-309. <https://doi.org/10.1002/erv.2441>
- Grilo, C. M., White, M. A., Barnes, R. D. y Masheb, R. M. (2013). Psychiatric disorder co-morbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry* 54(3), 209-216. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.comppsy.2012.07.012>
- Grupo de Trabajo sobre Trastornos Alimentarios del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (2017). *Abordaje de los trastornos alimentarios en castilla la mancha. Estado actual y propuestas* (manual no publicado).
- Guasch, E. y Mont, L. (2017). Diagnosis, pathophysiology, and management of exercise-induced arrhythmias. *Nature Reviews Cardiology*, 14(2), 88-101. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.173>

- Hebebrand, J., Exner, C., Hebebrand, K., Holtkamp, C., Casper, R. C. y Remschmidt, H., ... Klingenspor, M. (2003). Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarvedrats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. *Physiology y Behavior*, 79(1), 25-37. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00102-1](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00102-1)
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H.y y Kessler, R. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jáuregui-Lobera, I. (2009). Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 10, 1086-1100. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3214078>
- Kerrigan, S. G., Lydecker, J. A. y Grilo, C. M. (2019). Associations between physical activity and eating-disorder psychopathology among individuals categorized with binge-eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical Practice*, 73(11), e13401. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13401>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. y Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders* 29(2), 85-96. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90026-G](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-G)
- Krantz, M., Gaudiani, J., Johnson, V. y Mehler, P. (2011). Exercise Electrocardiography Extinguishes Persistent Junctional Rhythm in a Patient with Severe Anorexia Nervosa. *Cardiology*, 120(4), 217-220. <https://doi.org/10.1159/000335481>
- Lydecker, J.A., Shea, M. y Grilo, C. M. (2018). Driven exercise in the absence of binge eating: Implications for purging disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 139-145. <https://doi.org/10.1002/eat.22811>
- Martínez Sánchez, S. y Munguía-Izquierdo, Diego. (2017). Ejercicio físico como herramienta para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 339-350. Recuperado de: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1062/938>
- Nagata, J., Carlson, J., Golden, N., Murray, S., Long, J., Leonard, M. y Peebles, R. (2018). Associations between exercise, bone mineral density, and body composition in adolescents with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia And Obesity*, 24(5), 939-945. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0521-2>
- Nagata, J., Carlson, J., Kao, J., Golden, N., Murray, S. y Peebles, R. (2017). Characterization and correlates of exercise among adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1394-1403. <https://doi.org/10.1002/eat.22796>
- Noetel, M., Miskovic-Wheatley, J., Crosby, R., Hay, P., Madden, S. y Touyz, S. (2016). A clinical profile of compulsive exercise in adolescent inpatients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0090-6>
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Sullivan, P.F., Tambs, K. y Harris, J. R. (2004). Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res*, 12(9), 1445-1454. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.181>
- Sauchelli, S., Arcelus, J., Sánchez, I., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., Graneó, R., ... Fernandez-Aranda, F. (2015). Physical activity in anorexia nervosa: How relevant is it to therapy response? *European Psychiatry*, 30(8), 924-931. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.008>
- Rizk, M., Kern, L., Lalanne, C., Hanachi, M., Melchior, J., Pichard, C., ... Godart, N. (2018). High-intensity exercise is associated with a better nutritional status in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 391-400. <https://doi.org/10.1002/erv.2661>
- Ruffault, A., Carette, C., Lurbe i Puerto, K., Juge, N., Beauchet, A., Benoliel, J., ... Falhault, C. (2016). Randomized controlled trial of a 12-month computerized mindfulness-based intervention for obese patients with binge eating disorder: The MindOb study protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 49, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.06.012>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stiles-Shields, C., Bamford, B., Lock, J. y Le Grange, D. (2014). The effect of driven exercise on treatment outcomes for adolescents with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 392-396. <https://doi.org/10.1002/eat.22281>
- Tabares, S. y Alvarado, G. (2019). *Entrena bien, vive mejor*. Madrid, España: Tutor.
- Thien, V., Thomas, A., Markin, D. y Birmingham, C. (2000). Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 101-106. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1<101::AID-EAT12>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<101::AID-EAT12>3.0.CO;2-V)

- Vancampfort, D., Probst, M., Adriaens, A., Pieters, G., De Hert, M., Stubbs, B. y Vanderlinden, J. (2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a 6-month physical activity counseling and cognitive behavioral therapy program in outpatients with binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 219(2), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.016>
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., Stubbs, B., Soundy, A., Pieters, G. y Probst, M. (2014). Physical activity correlates in persons with binge eating disorder: A systematic review. *European Eating Disorder Reviews*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1002/erv.2255>
- Varela-Casal, P., Maldonado, M. J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 12-19.
- Vásquez, N., Urrejola, P. y Vogel, M. (2017). Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. *Revista médica de Chile*, 145(5). 650-656. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500013>
- Young, S., Touyz, S., Meyer, C., Arcelus, J., Rhodes, P., Madden, S., ... Hay, P. (2018). Relationships between compulsive exercise, quality of life, psychological distress and motivation to change in adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 6(2). <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0188-0>

Manuel Villegas · Pilar Mallor

PAREJAS
A LA CARTA

Las relaciones amorosas
en la sociedad posmoderna



Herder

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

MEDICAL COMPLICATIONS OF PATIENTS WITH EATING DISORDERS AND FOOD INGESTION

Virginia María Peña Cortés

Especialista en Endocrinología y Nutrición.

Complejo Hospitalario de Toledo. España

ORCID: <https://orcid.org/000-0002-9279-6565>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Peña Cortés, V. M. (2020). Complicaciones Médicas de los pacientes con Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 115-128. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.336>

Resumen

Los pacientes con trastornos alimentarios pueden sufrir complicaciones médicas a nivel de distintos órganos y sistemas, la mayoría de las veces derivados del predominio de la conducta alimentaria (restrictiva o purgativa), de la intensidad de la misma (sobre todo de la pérdida de peso), así como de la duración de la enfermedad. El conocimiento de las distintas afecciones que pueden ocurrir es fundamental para poder realizar una aproximación diagnóstica precoz y derivar al equipo especializado que será el encargado de realizar un tratamiento y seguimiento adecuados. A veces una de estas complicaciones médicas puede ser la clave para realizar un diagnóstico definitivo de aquellos casos clínicos más complejos. En esta revisión se profundizará en las distintas complicaciones orgánicas de los trastornos de la alimentación más prevalentes como son la anorexia y bulimia nerviosas, así como su diagnóstico y el tratamiento.

Palabras clave: Trastornos de la Alimentación, Complicaciones Médicas, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa.

Abstract

Patients with eating disorders may suffer medical complications at the level of different organs and systems, most often due to significant weight loss or purgative behavior. The knowledge of the different conditions that may occur is essential to be able to carry out an early diagnostic approach and refer the specialized team that will be in charge of carrying out adequate treatment and follow-up. Sometimes one of these medical complications may be the key to making a definitive diagnosis of those more complex clinical cases. This review will deepen the different complications of the most prevalent eating disorders such as anorexia and bulimia nervosa, as well as their diagnosis and treatment.

Keywords: Eating Disorders, Medical Complications, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.



Introducción

En la última edición del *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastorno Mentales* (5.^a Ed.; DSM- V; American Psychiatric Association [APA], 2013) el diagnóstico de anorexia nerviosa se define con tres criterios principales: ingesta oral reducida e inferior a los requerimientos a pesar de un bajo peso para la edad, sexo y estado de salud, miedo intenso a recuperarlo y alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso. Ya no se considera un criterio fundamental la presencia de amenorrea pues excluiría a los varones al igual a las mujeres prepúberes, postmenopáusicas o en tratamiento anticonceptivo.

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (ingestión de una gran cantidad de alimento limitado al menos en un periodo de dos horas con sensación de pérdida de control) y conductas compensatorias para evitar ganar peso (vómitos, abuso de laxantes, diuréticos, periodos de ayuno, ejercicio...). Estos episodios de atracón-purga deben suceder al menos cada semana durante tres meses y están influenciados por la imagen corporal y el peso. Además no deben suceder exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

En ambos trastornos hay que especificar subtipos (restrictivo o compulsivo/purgativo), severidad del cuadro y si está en remisión parcial o total. Los pacientes con restricción severa de la ingesta pueden tener múltiples complicaciones derivadas de la malnutrición y en los que predominan las maniobras de purga, de las alteraciones hidroelectrolíticas (Boateng, 2010). La restricción alimentaria lleva a una pérdida de masa grasa y muscular por aumento del catabolismo. Esto origina disfunción de múltiples órganos, así como dificultad para producir diversas sustancias que son fundamentales para vivir. En relación con esto, en algunos estudios se ha encontrado un aumento entre 10-12 veces de la mortalidad de estos pacientes sobre la población general (Sullivan, 1995).

Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran:

1. Complicaciones cardiovasculares: se pueden encontrar alteraciones estructurales y funcionales.

- Cambios estructurales: en anorexia nerviosa, cuando el descenso de peso es importante, la pérdida de masa miocárdica disminuye la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y puede originar prolapso de la válvula mitral condicionando disnea de esfuerzo, episodios de dolor torácico y palpitaciones. También es más frecuente en estos pacientes la fibrosis miocárdica y puede haber derrame pericárdico, pero suele ser casi siempre asintomático (Escudero et al., 2016). La pérdida de masa cardíaca y el déficit de tiamina pueden contribuir a la aparición de insuficiencia cardíaca, fundamentalmente durante la realimentación. Estos cambios son reversibles con el aumento de peso (Olivares et al., 2005).
- Cambios funcionales: es frecuente que los pacientes tengan bradicardia, hipotensión arterial, ortostatismo, disfunción diastólica del ventrículo

izquierdo y variabilidad en el intervalo QT entre los electrocardiogramas realizados (Sachs, Harnke, Mehler y Krantz, 2016). Si existe pérdida de iones como potasio, cloro (por conductas purgativas), magnesio o calcio puede haber alteraciones electrocardiográficas que predispongan al desarrollo de arritmias (como torsades de pointes), disminución de la contractilidad y de la distensibilidad del ventrículo izquierdo y desarrollo secundario de insuficiencia cardíaca (Casiero y Frishman, 2016).

2. Complicaciones endocrino-metabólicas:

- Amenorrea e infertilidad: es una de las complicaciones más frecuentes en las pacientes con anorexia nerviosa. Se produce por la falta de estímulo secretor pulsátil del hipotálamo sobre la hipófisis por lo que disminuyen las gonadotrofinas que ésta sintetiza y que actúan sobre los órganos reproductivos (Vyver, Steinegger y Katzman, 2008). La pérdida de un 10 a un 15% del peso adecuado suele producir amenorrea en la mayor parte de las pacientes (Katz y Vollenhoven, 2000) aunque en el 20% la amenorrea puede preceder a la pérdida de peso (Golden y Carlson, 2008). Si esto se produce antes de la pubertad no se alcanza la masa ósea adecuada o si sucede después, origina una pérdida progresiva de la misma con el riesgo de desarrollar osteoporosis y fracturas por fragilidad (Soyka et al., 2002). En los varones disminuye la testosterona por lo que baja la libido y puede haber disfunción eréctil. Si aparece tras el desarrollo puberal, el déficit de estrógenos y de testosterona hace que frene el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En las pacientes con bulimia nerviosa también son frecuentes las alteraciones menstruales y la infertilidad, tienen mayor riesgo de aborto y de síndrome de ovario poliquístico (Kimmel, Ferguson, Zerwas, Bulik y Meltzer-Brody, 2016).
- Déficit de factor de crecimiento insulínico tipo I (IGF-1): ocurre por menor producción hepática con niveles elevados de hormona de crecimiento (GH) para intentar compensarlo. Debido al descenso de IGF-1 en la infancia se produce talla baja (Misra et al., 2003).
- Déficit de triyodotironina (T3): se produce lo que se conoce como síndrome del eutiroides enfermo. La T3 es la forma activa de la hormona tiroidea y su descenso ocurre para ralentizar el metabolismo y ahorrar energía originando bradicardia, sequedad cutánea, intolerancia al frío e hiporreflexia. En desnutriciones severas pueden descender también los niveles de tiroxina (T4) que es precursora de la T3 así como de tirotrona (TSH) (Croxson e Ibbertson, 1977). En pacientes con bulimia no suele haber alteración del eje tiroideo,
- Aumento del cortisol: se produce en relación con el estrés por aumento de la actividad de la hormona liberadora de actocortina (CRH). La

mayoría de las pacientes no tienen una supresión adecuada del cortisol tras administración de dexametasona exógena pero los niveles de actocortina suelen ser normales (Biller et al., 1989).

- Alteración en la secreción de hormona antidiurética (ADH): también se ve afectada, pudiendo presentar tanto secreción inadecuada con hiponatremia, como cuadros compatibles con diabetes insípida parcial e hipernatremia. El consumo excesivo de agua, la hipovolemia y fallo de la reabsorción renal del sodio condicionada por la malnutrición, la frecuencia de purgas y la medicación psicótropos pueden también ocasionar secreción inadecuada de ADH (SIADH) y producir hiponatremia o polidipsia (Caregaro, Di Pascoli, Favaro, Nardi y Santonastaso, 2005).
 - Disminución de oxitocina: su descenso se ha asociado a la severidad del desorden en la ingesta alimentaria, a hipoactivación en regiones cerebrales relacionadas con la motivación por la ingesta así como con síntomas de ansiedad y depresión (Lawson et al., 2012).
 - Alteración del metabolismo hidrocarbonado: estos pacientes pueden tener hipoglucemias por inanición y ejercicio excesivo que disminuyen las reservas hepáticas de glucógeno. Es raro que sean sintomáticas en los pacientes ambulatorios pero en los ingresados sí es más habitual y suelen presentarse cuando hay realimentación en desnutridos severos (Gaudiani, Sabel, Mascolo y Mehler, 2012). La hipoglucemia persistente es un signo de mal pronóstico y suele ser secundaria a fallo hepático. En los pacientes con bulimia nerviosa se ha descrito un incremento de riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 1 (Wotton, 2016) y tipo 2 (Raevouri, 2015).
 - Hipercolesterolemia: se da en más de un 50% en relación con una disminución de la secreción biliar y del catabolismo del colesterol, con un aumento de la lipólisis y un descenso del nivel de estrógenos y hormonas tiroideas. A pesar de esto no se asocia a un aumento de la incidencia de cardiopatía isquémica en estos pacientes, ya que hay un leve ascenso de HDL-colesterol y además el ascenso de LDL-colesterol es mínima (Mehler, Lezotte y Eckel, 1998).
3. **Complicaciones musculo-esqueléticas**: el déficit de estrógenos, junto con el hipercortisolismo, la disminución de IGF1 y el escaso aporte de calcio y vitamina D con la dieta originan osteopenia en más del 90% de las mujeres y osteoporosis en un 40%, sobre todo a nivel de columna lumbar. La densidad mineral ósea desciende una media de un 2.5% por año en mujeres y las adolescentes no llegan a alcanzar el pico de masa ósea que les correspondería para su edad (Grinspoon et al., 2000). La consecuencia es un incremento del riesgo de fracturas, sobre todo en los casos de larga evolución. A nivel muscular pueden presentar calambres,

debilidad y miopatía sobre todo si hay déficit de potasio, magnesio, calcio y/o fósforo.

4. **Complicaciones digestivas:** cuando predomina la restricción de la ingesta puede aparecer gastroparesia con sensación de plenitud temprana, meteorismo, náuseas y vómitos no provocados por retraso del vaciamiento gástrico (Norris, 2015). Cuando predominan los vómitos y ocurren muy a menudo aparecen erosiones, caries o pérdida de las piezas dentarias, hipertrofia de las glándulas parotídeas, así como dispepsia, reflujo gastro-esofágico y en casos más extremos hemorragia digestiva por erosión esofágica o rotura con riesgo de mediastinitis (Sato y Fukudo, 2015). Puede haber también elevación de transaminasas por esteatosis hepática en la realimentación o en caso de inanición prolongada por fallo hepático (Rosen et al., 2016). Se han descrito casos de pancreatitis por activación de proteasas como la tripsina en relación con la desnutrición así como aumento del flujo del contenido duodenal hacia el conducto pancreático en las pérdidas rápidas de peso. En bulimia se asocian a ingesta enólica.

El abuso de laxantes puede originar un colon catártico por alteración en la inervación y desgaste de sus fibras musculares que impiden un correcto funcionamiento (colon sin peristaltismo) con episodios de dolor, meteorismo, distensión abdominal y empeoramiento del estreñimiento que a veces obligan a una colectomía (Westmoreland, Kantz y Mehler, 2016).

5. **Complicaciones dermatológicas:** los pacientes con anorexia nerviosa suelen presentar pérdida del tejido graso y muscular con piel fina y seca y a veces con exceso de vello (lanugo). En ocasiones en relación con el consumo excesivo de frutas y verduras con elevado contenido en carotenos la piel se tiñe de un color amarillo-anaranjado (carotenodermia). El cabello y uñas se vuelven finos y frágiles. En casos extremos puede haber signos de deshidratación, hematomas y edemas por hipoproteinemia severa o por realimentación, acrocianosis y livedo reticularis. Los pacientes con bulimia nerviosa o trastornos mixtos que vomiten con frecuencia suelen tener en su mayor medida complicaciones secundarias a esto como hipertrofia de las glándulas salivares (fundamentalmente las parótidas), así como callosidades en el dorso de manos (signo de Russell) por usarlas para provocarlos y petequias en cara o conjuntivas por el esfuerzo realizado (Glorio et al., 2000; Strumia, 2013).

6. **Complicaciones neurológicas:** en anorexia nerviosa pueden aparecer signos de atrofia cerebral hasta en un 50% de las pacientes cuando se les realiza TAC o RMN, siendo la traducción clínica de esto desconocida. Asimismo, están descritas alteraciones electroencefalográficas, neuropatía periférica y autonómica, cefaleas y convulsiones en relación con trastornos hidroelectrolíticos. Déficits severos de tiamina pueden producir encefalopatía de Wernicke que cursa con síndrome confusional, ataxia con

dificultad para la marcha y parálisis oculomotora. Precisa de una rápida intervención para evitar graves secuelas (Roberto et al., 2011).

7. **Complicaciones renales y electrolitos:** en pacientes que presentan vómitos o ingieren pocos líquidos hay una disminución del flujo plasmático renal y, como consecuencia, del filtrado glomerular. Hay que tener en cuenta que los niveles de creatinina de estos pacientes son menores por la pérdida de masa muscular y que mínimas elevaciones pueden significar un deterioro mayor de la función renal que en otros pacientes (Talbot, 2014). Los vómitos persistentes condicionan una pérdida de potasio y ácido clorhídrico originando una alcalosis metabólica hipoclorémica e hipopotasémica que puede causar arritmias elevando el riesgo de muerte. También puede haber hipomagnesemia e hipofosfatemia. Está descrita una disminución de la capacidad para concentrar la orina que aparte de estar condicionada por alteraciones en la secreción de ADH también puede ser secundaria a la hipopotasemia. También es más frecuente la litiasis por oxalatos (Cavoli, Mule y Rotolo, 2011).
8. **Complicaciones hematológicas:** suelen presentarse en los pacientes más graves y lo más habitual es la anemia normocítica normocrómica, después leucopenia con alteración de la inmunidad celular y aumento de la susceptibilidad a infecciones y en casos más severos trombopenia con riesgo de hemorragias. En pacientes muy graves ingresados puede haber pancitopenia por afectación de la médula ósea (hipoplasia o aplasia secundaria a la desnutrición) (Hütter, Ganepola y Hofmann, 2009).
9. **Complicaciones respiratorias:** en relación con la pérdida de masa muscular los pacientes tienen menor capacidad pulmonar que con la inmunosupresión condiciona una mayor facilidad para desarrollar infecciones. La desnutrición además produce una alteración del surfactante pulmonar y aumento del riesgo de enfisema así como una mayor predisposición a tener neumotórax espontáneos. En vómitos frecuentes puede haber rotura de la pared de los alveolos con neumomediastino (Mehler, 2011) y riesgo de broncoaspiración con el desarrollo de neumonía. La debilidad en la musculatura faríngea puede ocasionar disfagia que empeora si además se acompaña de reflujo gastro-esofágico (Gardini Gardenghi et al., 2009).

Valoración ambulatoria y pruebas complementarias

La valoración y seguimiento de estos pacientes se debería realizar en centros con experiencia donde participen especialistas de varias disciplinas necesarios para un tratamiento integral: médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, dietistas, endocrinólogos, enfermeros, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, entrenadores físicos, etc.

Desde el punto de vista médico hay que realizar una historia clínica completa y exploración física. Centrándonos en el aspecto nutricional, hay que conocer evolución

temporal del trastorno, los cambios en el peso, realizar una encuesta alimentaria completa para ver qué alimentos toma y evita, cantidad, preparación, tiempo que tarda en comer, si come solo, comportamiento familiar con respecto a la ingesta, si tiene conductas purgativas o atracones, abuso de laxantes, diuréticos, drogas o productos de herbolario, actividad física y horas de descanso. Hay que preguntar también por posibles complicaciones (amenorrea, estreñimiento, dispepsia, caída de cabello, mareo, sangrado de encías, parestesias, etc.). En niños y adolescentes hay que ver evolución en talla, velocidad de crecimiento y desarrollo de caracteres sexuales (en niñas menarquia). Investigar también fuentes de consulta de los pacientes (páginas web, chats, amistades, etc.).

Con respecto a la **exploración física** incluirá constantes vitales, datos antropométricos (calcular el índice de masa corporal IMC), valoración de composición corporal si se dispone de medios (pliegues cutáneos, circunferencia media del brazo, impedancia bioeléctrica, calorimetría indirecta y/o densitometría), realizar electrocardiograma y ver signos físicos de complicaciones médicas explorando por órganos y aparatos (Gómez-Candela et al., 2017).

Las **pruebas complementarias** que recomienda el grupo de trabajo de trastornos alimentarios de la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral incluye hemograma, coagulación, proteína C reactiva (PCR), bioquímica completa con perfil renal (iones: sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio, fósforo), perfil hepático, perfil lipídico y micronutrientes (zinc, selenio, cobre). Si hay deficiencia previa o datos de desnutrición solicitar proteínas viscerales (albúmina, prealbúmina, proteína transportadora del retinol), perfil férrico, vitaminas B12, ácido fólico, A, D, E y TSH, T4L. En el caso de la presencia de conductas purgativas habrá que pedir amilasa, lipasa, gasometría venosa y si hay amenorrea en mujeres: FSH, LH, estradiol, progesterona, testosterona total, proteína transportadora de hormonas sexuales (SHBG), 17-OH-progesterona, androstendiona, dehidroepiandrosterona-sulfato y prolactina y si disfunción eréctil y/o ginecomastia en varones: FSH, LH, estradiol, testosterona total, SHBG y prolactina. Aconsejan realizar bioimpedanciometría si se dispone de ella y DMO en mujeres si amenorrea de más de 6 meses o en varones si hipogonadismo de igual evolución. Al inicio también es recomendable realizar electrocardiograma en casos de arritmias, alteraciones iónicas o desnutrición severa (sólo se realizará ecocardiograma si hay sospecha de cardiopatía o en desnutridos muy severos). Según resultados y evolución clínica los análisis se repetirán semanal (sobre todo si presencia de alteraciones electrolíticas), trimestral, semestral o anualmente (al igual que el electrocardiograma y las pruebas de composición corporal) (Gómez-Candela, 2017).

Tratamiento de las complicaciones

El objetivo primario en el tratamiento médico de las personas con trastorno alimentario es corregir la desnutrición y sus complicaciones pues la mayoría de éstas mejoran al recuperar un estado nutricional óptimo.

Los objetivos del tratamiento nutricional incluyen normalizar las comidas, respetar los horarios, repartir de forma equilibrada los distintos grupos de alimentos, evitar la rigidez y la monotonía, monitorizar la ingesta, abordar la ineffectividad de las maniobras purgativas (explicar los riesgos médicos de los vómitos, del abuso de diuréticos, así como de laxantes), comentar el riesgo y la falta de veracidad del contenido de ciertas fuentes de información y vigilar cambios bruscos de peso y la aparición de edemas. Todo esto trabajando junto con la familia y entorno del paciente cuyo apoyo es muy importante en la recuperación. Con respecto a la familia hay que dar pautas para que sigan en domicilio: reparto equilibrado de todos los alimentos cocinándolos de forma saludable, con aumento de raciones que serán consensuadas con antelación con el paciente para ir adaptando el aporte calórico, intentar comer en familia, dar un tiempo prudencial para la ingesta, evitar el uso del baño inmediatamente después y realizar reposo tras la misma. Hay que pactar la aceptación de algunas conductas y llegar a un acuerdo con otras intentando evitar conflictos familiares que deterioren aún más el marco familiar. Todo esto precisa de un entrenamiento dado por especialistas y un seguimiento lo más estrecho posible, para resolver dudas. Es necesario escuchar al paciente, respetar sus decisiones y evitar forzar un ingreso (nunca usarlo como amenaza). Sólo en los casos en los que exista riesgo vital y negativa del paciente, habrá que solicitar una orden judicial para realizar un ingreso involuntario. El equipo debe saber la evolución del paciente y hacer reuniones periódicas para comentar su evolución. Así es más probable que exista unanimidad en el tratamiento, evitando discrepancias.

Se trata de realizar un plan de educación alimentaria que ayude al paciente a alcanzar de forma gradual un peso saludable y que lo mantenga en el tiempo. Este plan de alimentación aumenta despacio el aporte calórico cada semana para evitar la realimentación, sobre todo en casos de desnutrición severa. El reparto de macro y micronutrientes será de forma equilibrada similar al recomendado en la población general con tres comidas principales y dos tomas intermedias diarias (Reiter y Graves, 2010). Sólo si se precisa se utilizarán suplementos nutricionales, de la misma manera que el uso de la nutrición enteral por sonda nasogástrica. El objetivo en los pacientes con anorexia nerviosa sería alcanzar un IMC mayor a 18 Kg/m²; más de 85-90% del peso ideal y reiniciar crecimiento y desarrollo físico en niños y adolescentes (en éstos se considera un objetivo razonable lograr un percentil de IMC entre 13 y 30). Pero dentro de esto hay que tener en cuenta la historia del peso familiar, el desarrollo y crecimiento del paciente, la evolución ponderal y la funcionalidad y, a veces, hay que marcar objetivos más laxos para que pueda acceder a programas terapéuticos (Hay et al., 2014).

En los pacientes con bulimia nerviosa hay que intentar, además de la educación nutricional, disminuir conductas purgativas explicando el riesgo que conlleva. Hay que evitar periodos de ayuno prolongados que puedan favorecer los atracones, promoviendo organización de comidas respetando horarios, realizar un reparto equilibrado de alimentos y evitando de forma inicial la compra de aquellos más

calóricos que el paciente pueda comer de forma impulsiva durante los atracones (Gómez-Candela et al., 2017).

En ambos grupos se fomentará la realización de ejercicio físico moderado y saludable siempre que las condiciones lo permitan (estabilidad clínica), y si fuera posible, guiado por un especialista.

Tratamiento de la amenorrea-infertilidad

La recuperación de peso suele restaurar el ciclo menstrual en la mayoría de las pacientes en un intervalo que varía en los estudios realizados (hasta 9 meses de media tras la ganancia de peso). La menstruación suele volver en la mayoría de los casos cuando se alcanza al menos el 90% del peso ideal. En las que no se consigue a pesar de esto hay que descartar otras patologías, aunque en ocasiones es por la persistencia de conductas purgativas o situaciones de elevado estrés.

Con respecto a la fertilidad se suele recuperar también con el peso. Hay que tener en cuenta que puede haber gestación aún en situación de amenorrea con el riesgo que esto supone tanto para madre como para el futuro recién nacido. En general no está recomendado realizar tratamiento de fertilidad en pacientes no recuperados completamente que tengan deseo gestacional.

Tratamiento de osteopenia/osteoporosis

La recuperación ponderal y del eje gonadal son los principales objetivos del tratamiento. La presencia de osteopenia y osteoporosis puede a veces servir de motivación al paciente para recuperar peso e intentar mejorar su situación clínica. Hay que recomendar dejar hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol.

La ingesta adecuada de calcio y vitamina D es muy importante durante la adolescencia y se ha demostrado la relación con el riesgo de fracturas de estrés durante la edad adulta. No existen estudios prospectivos en población con anorexia nerviosa pero el consenso es unánime en suplementar con calcio y vitamina D (1200 mg de calcio y 600-800 unidades/día de vitamina D) a este grupo de pacientes con aportes alimentarios habitualmente deficientes (Misra y Klibanski, 2014).

A partir de los 14 años de edad ósea (para no interferir en el crecimiento) si hay osteopenia, se puede considerar el uso de tratamiento hormonal sustitutivo (estrógenos en parches y progesterona oral cíclica en mujeres y testosterona en varones (Misra et al., 2011). En menores de 14 años de edad ósea no hay recomendaciones claras, aunque hay estudios en mujeres con dosis bajas de estrógenos orales en aumento progresivo que parecen mejorar los valores densitométricos a nivel de la columna lumbar (Sim et al., 2010). Los anticonceptivos, aunque regulan la regla, no han demostrado mejorar la masa ósea.

El uso de bifosfonatos no se recomienda en adolescentes o con perspectivas futuras de maternidad pues son teratogénicos (Misra y Klibanski, 2011). En mujeres adultas con osteoporosis o con fracturas por fragilidad y sin deseo gestacional sí se pueden usar pues son efectivos al igual que en la población general de mujeres

postmenopáusicas sin este trastorno (mismas recomendaciones en ambos grupos) (Miller et al., 2011). No hay suficientes datos para recomendar en adultos tratamiento con teriparatida, denosumab o IGF-1 recombinante.

La solicitud de densitometría ósea (DMO) en niños y adolescentes con enfermedades crónicas, incluyendo los trastornos alimentarios, debe sopesarse frente al riesgo de fracturas y las posibilidades de intervención terapéutica. Actualmente el consenso es medir la DMO tras un mínimo de 6 meses de amenorrea y no repetir la exploración antes de un año.

Tratamiento de los trastornos hidroelectrolíticos

La conducta purgativa de los pacientes con bulimia nerviosa más habitual es el vómito. Si se produce con frecuencia conduce a la deshidratación con hipopotasemia acompañada en ocasiones de alcalosis metabólica hipoclorémica. Si el paciente deja de vomitar no haría falta suplementación pero en muchas ocasiones es preciso hasta lograr controlar o disminuir los episodios. Los niveles bajos de potasio, sodio y otros iones (fósforo, magnesio) pueden normalmente tratarse por vía oral salvo en déficits severos (Brown, 1985; Wilson y Shafran, 2005). Si el descenso viene acompañado de un aumento rápido de peso habría que plantear un posible síndrome de realimentación y valorar si es grave el ingreso. Hay que avisar al paciente que cuando cesan los vómitos debido a una adaptación renal (pseudosíndrome de Bartter) puede haber retención hídrica y edemas con ganancia transitoria de peso que puede durar hasta tres semanas. En estos casos la restricción de sal y la elevación de los miembros inferiores suele mejorar. Por este motivo también hay que ir despacio en el aporte de líquidos en la deshidratación, si es preciso la administración intravenosa es recomendable no exceder de los dos litros diarios y con soluciones isotónicas.

Tratamiento del estreñimiento

El estreñimiento es un problema muy generalizado entre las pacientes con trastorno alimentario. Habitualmente, tras el ingreso y el cese del uso de laxantes, tiene buen pronóstico con las medidas habituales: hidratación, aumento en el contenido de fibra insoluble (salvado de trigo) y hábito horario para estimular el reflejo de la defecación. No obstante, el abuso crónico de laxantes puede ocasionar un daño duradero en la motilidad colónica, por lo que, en las pacientes más graves, el aumento en el contenido de fibra empeorará los síntomas de distensión y flatulencia y una estrategia más realista es reducir paulatinamente la dosis de los laxantes cárticos y reemplazarlo paulatinamente por polietilenglicol (PEG), o cualquier otro laxante osmótico hasta que la rehabilitación nutricional consiga una recuperación progresiva de la función intestinal (Mehler y Krantz, 2003).

Tratamiento del síndrome de realimentación

Suele aparecer asociado a un excesivo aporte calórico inicial o por una progresión rápida del mismo en pacientes con desnutrición severa. Se manifiesta por alteraciones neurológicas, respiratorias y cardíacas produciendo una sobrecarga hídrica, déficit de electrolitos (hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipopotasemia, fundamentalmente) y déficit de vitaminas (tiamina).

Si se sospecha habría que parar la nutrición, reponer iones por vía intravenosa si la depleción es severa y administrar tiamina antes de reanudar de nuevo la alimentación. Posteriormente habría que disminuir el aporte calórico a 20 kcal/Kg/día restringiendo glucosa y aportando el 50% de las calorías en forma de lípidos, administrando entre 1.2-1.5 g/Kg/día de proteínas. La progresión debe ser muy lenta y el control analítico estrecho. Normalmente precisan hospitalización salvo en casos muy leves (Stanga et al., 2008).

Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen patologías cada vez más prevalentes en nuestro entorno. Son muy variables en su presentación y gravedad y se asocian a numerosas complicaciones médicas que se relacionan con la intensidad del trastorno, la duración del mismo y el predominio del patrón alimentario (restrictivo o purgativo). El conocimiento de sus complicaciones puede llevar a un diagnóstico precoz que evite o disminuya las comorbilidades asociadas y mejore la calidad de vida de los pacientes, evitando ingresos.

La restauración de una alimentación saludable es uno de los pilares fundamentales del tratamiento. Tiene que ser progresiva, adaptada al paciente y guiada por un profesional que además hará partícipe a la familia educándola en el manejo domiciliario. Es necesario respetar las decisiones del paciente, consensuar los cambios e intentar con diplomacia llegar a acuerdos que eviten desarrollar o empeorar un conflicto familiar que ya puede estar presente. Siempre que sea posible es mejor el tratamiento ambulatorio, y no utilizar los ingresos como una amenaza pues puede ser contraproducente en la alianza terapéutica que se establece con el paciente y pueden ser una medida terapéutica necesaria que no se debe vivir como castigo sino como ayuda extraordinaria.

Para todo ello es necesario la participación de un equipo multidisciplinar formado por distintos especialistas que ayude a realizar un tratamiento integral de estos pacientes.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Billir, B. M., Saxe, V., Herzog, D. B., Rosenthal, D. I., Holzman, S. y Klibaldi, A. (1989). Mechanims of osteoporosis in adult and adolescent women with anorexia nervosa. *The Journal of Clinical ENdocrinology & Metabolism*, 68(3), 548-554. <https://doi.org/10.1210/jcem-68-3-548>
- Boateng, A. A., Sriram, K., Meguid, M. M. y Crook, M. (2010). Refeeding síndrome: treatment considerations based on collective analysis of literatura case reports. *Nutrition*, 26(2), 156-167. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2009.11.017>
- Brown, N. (1985). Medical consequences of eating disorders. *Southern Medical Journal*, 78(4), 403-405. <https://doi.org/10.1097/00007611-198504000-00012>
- Casiero, D. y Frishman W. (2006). Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiology in Review*, 14(5), 227-231. <https://doi.org/10.1097/01.crd.0000216745.96062.7c>
- Caregaro, L., Di Pascoli, L., Favaro, A., Nardi, M. y Santonastaso, P. (2005). Sodium depletion and hemoconcentration: overlooked complications in patients with anorexia nervosa? *Nutrition*, 21(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.08.022>
- Cavoli, G., Mule, G. y Rotolo, U. (2011). Renal involvement in psychological eating disorders. *Nephron Clin Pract*, 119, 338-341. <https://doi.org/10.1159/000333798>
- Croxson, M. S. y Ibbertson, H. K. (1977). Low serum triiodothyronine (T3) and hypothyroidism in anorexia nervosa. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 44(1), 167-174. <https://doi.org/10.1210/jcem-44-1-167>
- Escudero, C. A., Potts, J. E., Lam, P-Y., De Souza, A. M., Mugford, G. J. y Sandor, G. G. S. (2015). An Echocardiographic Study of Left Ventricular Size and Cardiac Function in Adolescent Females with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 24(1), 24-26. <https://doi.org/10.1002/erv.2409>
- Gardini Gardenghi, G., Boni, E., Todisco, P., Manara, F., Borghesi, A. y Tantucci, C. (2009). Respiratory function in patients with stable anorexia nervosa. *Chest Journal*, 136(5), 1356-1363. <https://doi.org/10.1378/chest.08-3020>
- Gaudiani, J. L., Sabel, A. L., Mascolo, M. y Mehler, P. S. (2010). Severe anorexia nervosa: outcomes from medical stabilization unit. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 85-92. <https://doi.org/10.1002/eat.20889>
- Glorio, R., Allevato, M., De Pablo, A., Abbruzzese, M., Carmona, L., Savarin, M., ... Woscoff, A. (2000). Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *International Journal of Dermatology*, 39(5), 348-353. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2000.00924.x>
- Golden, N. H., Carlson, J. L. (2008). The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135(1), 163-168. <https://doi.org/10.1196/annals.1429.014>
- Gómez-Candela C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., ... Martín-palmero, A. (2017). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 11-48. <https://doi.org/10.20960/nh.1745>
- Grinspoon, S., Thomas, E., Pitts, S., Gross, E., Mickley, D., Miller, K., ... Klibaldi, A. (2000). Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nervosa. *Annals of Internal Medicine*, 133(10), 790-794. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-10-200011210-00011>
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., ... Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatry clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977-1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
- Hütter, G., Ganepola, S. y Hofmann, W. K. (2008). The hematology of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 293-300. <https://doi.org/10.1002/eat.20610>
- Katz, M. G. y Vollenhoven, B. (2000). The reproductive endocrine consequences of anorexia nervosa. *BJOG: AN International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 107(6), 707-713. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb13329.x>
- Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik, C. M. y Meltzer-Brody S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 260-275. <https://doi.org/10.1002/eat.22483>
- Lawson, E. A., Holsen, L. M., Santin, M., Meenaghan, E., Eddy, K. T., Becker, A. E., ... Klibaldi, A. (2012). Oxytocin secretion is associated with severity of disordered eating psychopathology and insular cortex hypoactivation in anorexia nervosa. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(10), 1898-1908. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1702>

- Mehler, P. S. (2011). Medical complications of bulimia nerviosa and their treatments. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 95-104. <https://doi.org/10.1002/eat.20825>
- Mehler, P. S. y Krantz, M. (2003). Anorexia nervosa medical issues. *Journal of Women's Health*, 12(4), 331-340. <https://doi.org/10.1089/154099903765448844>
- Mehler, P. S., Lezotte, D. y Eckel, R. (1998). Lipid levels in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), 217-221. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199809\)24:2<217::aid-eat11>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199809)24:2<217::aid-eat11>3.0.co;2-w)
- Miller, K. K., Meenaghan, E., Lawson, E. A., Misra, M., Gleysteen, S., Schoenfeld, D., ... Klibanski, A. (2011). Effects of risedronate and low-dose transdermal testosterone on bone mineral density in women with anorexia nervosa; a randomized, placebo controlled study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(7), 2081-2088. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-0380>
- Misra, M., Miller, K. K., Bjornson, J., Hackman, A., Aggarwal, A., Chung, J., ... Klibanski A. (2003). Alterations in growth hormone secretory dynamics in adolescent girls with anorexia nervosa and effects on bone metabolism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5615-5623. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030532>
- Misra, M., Katzman, D. K., Miller, K. K., Mendes, N., Snelgrove, D., Russel., M., ... Klibanski, A. (2011). Physiologic estrogen replacement increases bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Bone and Mineral Research*, 26(10), 2430-2438. <https://doi.org/10.1002/jbmr.447>
- Misra, M. y Klibanski, A. (2011). Bone health in anorexia nervosa. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 18(6), 376-382. <https://doi.org/10.1097/MED.0b013e32834b4bdc>
- Misra, M. y Klibanski, A. (2014). Anorexia Nervosa and Bone. *Journal of Endocrinology*, 221(3), 163-176. <https://doi.org/10.1530/JOE-14-0039>
- Norris, M. L., Harrison, M. E., Isserlin, L., Robinson, A., Feder, S. y Sampson, M. (2015). Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 216-237. <https://doi.org/10.1002/eat.22462>
- Olivares, J. L., Vázquez, M., Fleta, J., Moreno, L. A., Pérez-González, J. M. y Bueno, M. (2005). Cardiac findings in adolescents with anorexia nervosa at diagnosis and after weight restoration. *European Journal of Pediatrics*, 164, 383-386. <https://doi.org/10.1007/s00431-005-1647-6>
- Reiter, C. S. y Graves, L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 12-136. <https://doi.org/10.1177/0884533610361606>
- Roberto, C. A., Mayer, L. E., Brickman, A. M., Barnes, A., Muraskin, J., Yeung, L. K., ... Walsh, B. T. (2011). Brain tissue volumen changes following weight gain in adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 406-411. <https://doi.org/10.1002/eat.20840>
- Rosen, E., Sabel, A. L., Brinton, J. T., Catanach, B., Gaudiani, J. L. y Mehler, P. (2015). Liver dysfunction in patients with severe anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(2), 151-158. <https://doi.org/10.1002/eat.22436>
- Sato, Y. y Fukudo, S. (2015). Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clinical Journal of Gastroenterology*, 8, 255-263. <https://doi.org/10.1007/s12328-015-0611-x>
- Sachs, K. V., Harnke, B., Mehler, P. S. y Krantz, M. J. (2016). Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 238-248. <https://doi.org/10.1002/eat.22481>
- Sim, L. A., McGovern, L., Elamin, M. B., Swglo, B. A., Erwin, P. J. y Montori, V. M. (2010). Effect on bone health of estrogen preparations in premenopausal women with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 218-225. <https://doi.org/10.1002/eat.20687>
- Soyka, L. A., Misra, M., Frenchman, A., Miller, K. K., Grinspoon, S., Schoenfeld, D. A. y Klibanski, A. (2002). Abnormal bone mineral accrual in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4177-4185. <https://doi.org/10.1210/jc.2001-011889>
- Stanga, Z., Brunner, A., Leuenberger, M., Grimble, R. F., Shenkin, A., Allison, S. P. y Lobo, D. N. (2008). Nutrition in Clinical Practice –the refeeding syndrome: illustrative cases and guidelines for prevention and treatment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(6), 687-694. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602854>
- Strumia, R. (2013). Eating disorders and the skin. *Clinics in dermatology*, 31(1), 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2011.11.011>
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1744. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1073>
- Talbot, B. E. y Lawman, S. H. (2014). Eating disorders should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with acute kidney injury and electrolyte derangement. *BMJ Case Report*, 20(6). <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-203218>

- Vyver, E., Steinegger, C. y Katzman, D. K. (2008). Eating Disorders and menstrual dysfunction in adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135(1), 253-264. <https://doi.org/10.1196/annals.1429.013>
- Westmoreland, P., Krantz, M. J. y Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- Wilson, G. T. y Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet* 365(9453), 79-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17669-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17669-1)

TÉCNICA DE LA REJILLA COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EXPLORACIÓN DE ESTRUCTURA COGNITIVA Y RELACIONES INTERPERSONALES EN UNA MUESTRA DE 20 PACIENTES

GRID TECHNIQUE AS AN INSTRUMENT FOR EVALUATION OF EATING DISORDERS: EXPLORATION OF COGNITIVE STRUCTURE AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN A SAMPLE OF 20 PATIENTS

Estela M. Pardos-Gascón

Residente de Psicología Clínica del Hospital Marina Baixa. Alicante. España
<https://orcid.org/0000-0001-7524-8180>

Nicolás Gómez Calmaestra

Residente de Psicología Clínica del Hospital Marina Baixa. Alicante. España
<https://orcid.org/0000-0002-1295-750X>

María Victoria Rodríguez Vacas

Residente de Psicología Clínica del Hospital Marina Baixa. Alicante. España
<https://orcid.org/0000-0001-8725-7738>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pardos-Gascón, E. M., Gómez Calmaestra, N. y Rodríguez Vacas, M. V. (2020). Técnica de la Rejilla como Instrumento de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Exploración de estructura cognitiva y relaciones interpersonales en una muestra de 20 pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 129-146. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.331>



Resumen

Se pretende ofrecer una evaluación mediante la Técnica de la Rejilla Interpersonal (TRI) de los factores de estructura y contenido cognitivo (autoestima y auto-definición), así como de las relaciones interpersonales en pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Complementariamente, se explorarán las relaciones entre estos conceptos y factores clínicos tradicionales como el IMC, la edad de inicio de los síntomas, tiempo de tratamiento, duración media de los ingresos, número de ingresos y tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento. Finalmente, se relacionarán estas variables con las puntuaciones obtenidas en EDI-2 e EAT-26. El estudio se realizó sobre una muestra de 20 pacientes con TCA procedentes de la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario San Juan de Alicante. La muestra tenía alta rigidez, escasa flexibilidad y baja indefinición cognitiva. Presentaba autoestima media y construcción del sí mismo con múltiples constructos. Se observa que la mayor distancia euclidiana con la madre se correlaciona con mayor edad de inicio de los síntomas, mientras la distancia mayor con el padre se relaciona con ineficacia interpersonal, tendencia a la delgadez, insatisfacción corporal y menor confianza interpersonal. Asimismo, mayor distancia entre el yo ideal y el padre correlaciona con alto perfeccionismo.

Palabras clave: Trastorno de la Conducta Alimentaria, Técnica de la Rejilla, Estructura Cognitiva, Relaciones Parentales, Autoestima y Autoconcepto.

Abstract

It is intended to offer an evaluation through the Interpersonal Grid Technique (TRI) of the factors of structure and cognitive content (self-esteem and self-definition), as well as interpersonal relationships. As well as exploring the relationships between these concepts and traditional clinical factors such as BMI, the age of onset of symptoms, length of treatment, average duration of income hospitalization, number of admissions and time between the onset of symptoms and the first treatment. Likewise, these variables will also be related to the scores obtained in EDI-2 and EAT-26. The study was conducted on a sample of 20 patients with eating disorders from the Hospitalization Unit for Eating Disorders of the University Hospital San Juan de Alicante. The sample had high rigidity, poor flexibility and low cognitive undefined. It presented average self-esteem and self-construction with multiple constructs. It is observed that the greater distance with the mother correlates with greater age of onset of symptoms, while the greater distance with the father is related to interpersonal inefficiency, tendency to thinness, body dissatisfaction and lower interpersonal confidence. Also, greater distance between the ideal self and the father correlates with high perfectionism.

Keywords: Eating Disorder, Repertory Grid Technique, Cognitive Structure, Parental Relationships, Self-Esteem and Self-Concept.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados por muchos autores como una enfermedad mental grave, que se inicia en la adolescencia cursando con un deterioro progresivo y alta comorbilidad (Rojo-Moreno et al., 2015). Tal es su gravedad, que en los últimos estudios sólo se detecta una recuperación completa en aproximadamente el 50% de los casos (Castellini et al., 2011; Dada, Izu, Montebruno, Grau y Feixas, 2017; Hilbert et al., 2012; Swanson, Crow, Grange, Swendsen y Merikangas, 2011).

En un reciente metaanálisis (Hoek, 2016), se estima que su prevalencia a nivel mundial oscila entre el 1 y el 3% en la población no clínica, con diferencias entre continentes y tipos de TCA. En la misma línea, otras publicaciones (Gómez-Candela, Milla, Miján-de-la-torre, Ortega, y Martín, 2018) señalan la Anorexia Nerviosa como la tercera enfermedad crónica más prevalente en jóvenes, por detrás del asma y la obesidad.

Como señalan Dada et al. (2017), por su elevada prevalencia, así como por su carácter longitudinal y tendencia a la comorbilidad, cobra especial relevancia el estudio de predictores de su evolución y de herramientas que permitan detectar necesidades de intervención más personalizadas.

Numerosas investigaciones han intentado discriminar factores de mal y buen pronóstico en la evolución de los TCA. En este sentido, desde la década pasada (Jáuregui, 2009; Perpiñá, 2008; Vall y Wade, 2015; Wild et al., 2016) se han recogido algunos de los factores de mal pronóstico estudiados en la literatura, como el mínimo peso alcanzado, edad de inicio o tiempo de tratamiento entre otros factores. También, se ha estudiado aspectos de corte psicológico como la insatisfacción corporal (Schlegl et al., 2016), baja autoestima (Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993) y perfeccionismo (Mas et al., 2011), relaciones parentales (Castaldi, 2008; Dada, Feixas, Compañ, y Montesano, 2012; Dada et al., 2017), trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias y conductas purgativas (Franko et al., 2018), así como la rigidez cognitiva (Chenevard, Mella y Feixas, 2012).

Si bien la literatura puede parecer abundante en cuanto a los factores predictivos, lo cierto es que se encuentran menos investigaciones que pongan en relación estos factores. Por ejemplo, cabría preguntarse qué relación tiene la baja autoestima o el perfeccionismo con las relaciones parentales y con el menor peso alcanzado. También es posible preguntarse por la adecuación de algunas medidas, tales como la medición de las relaciones parentales, las relaciones interpersonales, la rigidez cognitiva o la autoestima.

En este sentido, algunos autores critican los autoinformes tan a menudo empleados en las investigaciones. Concretamente, estas medidas contienen enunciados que presentan dificultades en la precisión e interpretación, por ejemplo, es difícil cuantificar la frecuencia con la que un paciente se puede sentir “gordo” o “ha estado preocupado por el peso”. Asimismo, la cuantificación de la autoestima en base a cuestionarios auto informados de tipo unidimensional, según Collin et al. (2016)

parece no correlacionarse con la mejoría sintomatológica y destaca la necesidad de buscar nuevas herramientas multidimensionales. Por estos motivos, desde hace décadas existe un acuerdo en la literatura de la conveniencia de establecer el diagnóstico de TCA mediante entrevistas “cara-a-cara” (Fairburn y Beglin, 1990; Steinhausen, Winkler y Meier, 1997).

En este marco, algunos autores (Chenevard et al., 2012; Dada et al., 2017; Escandón-Nagel, Peró, Grau, Soriano y Feixas, 2018; Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007) proponen la exploración de las relaciones interpersonales y algunos factores cognitivos mediante la Técnica de la Rejilla Interpersonal (TRI), instrumento aplicado desde la Teoría de los Constructos Personales de George Kelly (Kelly, 1955). La TRI se ubica en este contexto como una herramienta de exploración, con un formato de entrevista semiestructurada capaz de explorar los constructos de la autoestima, la autodefinición, las relaciones interpersonales (incluyendo las parentales), la estructura cognitiva y los conflictos cognitivos. Estos constructos se exploran en los términos de los pacientes, atendiendo por tanto al proceso de construcción subjetivo de los mismos.

Esta herramienta parte de la concepción constructivista de Kelly, que entiende la actividad humana como un continuo proceso global de construcción de significado, incluyendo al sí mismo, los otros y el sufrimiento/síntomas. Plantea que las personas actúan como un científico lego que construye teorías para explicar sus experiencias y dichas teorías se ponen a prueba a cada momento para validar/invalidar los resultados que predicen. En caso de entrar en contradicción con la hipótesis que sostenía, se producirán cambios o nuevos aprendizajes. De este modo, la persona va construyendo su propia red de significados o constructos y en base a ellos genera una visión sobre los demás y sobre sí mismo (Feixas y Compañ, 2015). Es necesario aclarar que, los constructos son entendidos como los conceptos con dos polaridades (dicotómicos) que utilizamos para categorizar los sucesos, que se ordenan en redes complejas y jerárquicamente ordenadas. Por lo tanto, una de las implicaciones que se deriva de cambiar algún constructo es que puede afectar a otros relacionados y esto constituirá una vivencia amenazante para el individuo. Asimismo, resultan particularmente interesantes, por su relación con el desarrollo de sintomatología, dos conceptos: los dilemas implicativos y los constructos dilemáticos. Los constructos dilemáticos, son aquellos que no ofrecen un claro curso de acción, es decir, ambos polos son deseables e indeseables a la vez, y a menudo provocan bloqueos en la capacidad de actuación. Por ejemplo, cuando un paciente ubica su yo ideal en un punto intermedio en el constructo “trabajador-familiar”, de manera que tanto ser una cosa como la otra ofrece simultáneamente implicaciones positivas y negativas, bloqueándose posibles conductas en cualquier sentido. Por otro lado, los dilemas implicativos constituyen un conflicto cognitivo en el que el síntoma se asocia a dimensiones positivas para la construcción del sí mismo. Por lo tanto, el cambio deseado en un determinado constructo implicaría para esa persona un cambio no deseado en otro constructo asociado a características positivas de la

propia identidad (ver Figura 1) (Feixas et al., 2007).

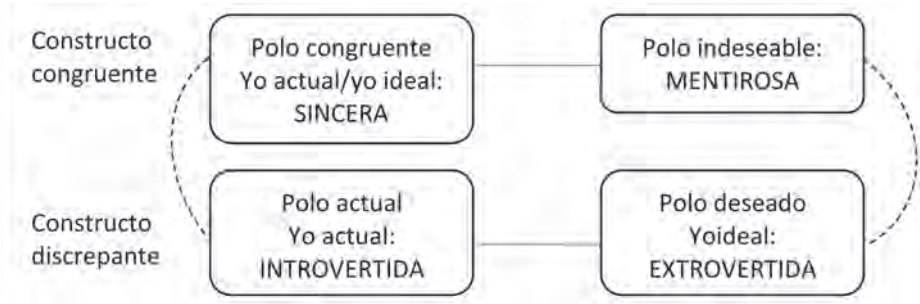


Figura 1. Ejemplo de Dilema Implicativo.

Teniendo en cuenta la literatura previa, el presente artículo tiene como primer objetivo explorar la autoestima, la autodefinición, estructura cognitiva, relaciones interpersonales (incluyendo las parentales) y la presencia de conflictos cognitivos en una muestra de 20 pacientes con TCA. En segundo lugar, se pretende observar las correlaciones entre estos factores y aspectos relacionados con el mal pronóstico como el IMC (al inicio del tratamiento y el menor alcanzado), tiempo total de tratamiento, edad de inicio de los síntomas, número de ingresos y duración media de los ingresos. Este artículo tiene como pretensión última divulgar una forma de evaluación distinta, que facilite un juicio más comprensivo del mundo subjetivo de los pacientes, permitiendo formas de intervención más personalizadas.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 20 mujeres entre 18 y 47 años ($M = 27$, $DT = 9.13$), siendo el 70% de pequeñas localidades de la provincia de Alicante y el 30% de la ciudad de Alicante. En el momento del reclutamiento el 60% de las pacientes estaban ingresadas en Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario San Juan de Alicante (San Juan, Alicante) y el 40% en seguimiento ambulatorio por parte de la misma unidad.

Se utilizó un muestro accidental, informando a todas las pacientes que ingresaron en la Unidad y revisando el registro de seguimientos ambulatorios de la misma, entre las fechas del 1 de septiembre de 2018 y del 30 de septiembre de 2019. Para ser incluidas en el estudio debían ser mayores de edad, estar en seguimiento o llevar menos de un mes de ingreso hospitalario y tener un TCA. Se consideró el tiempo límite de 1 mes de ingreso porque este intervalo permitía a las pacientes tener un nivel cognitivo suficiente para el pase de la TRI, mientras que únicamente se había iniciado el tratamiento conductual (rehabilitación nutricional) y las intervenciones cognitivas no se habían iniciado, así que se consideró que había una mínima intervención sobre los conflictos cognitivos. Se valoraron estas condiciones como

óptimas para el pase de la TRI.

Todas las pacientes fueron informadas, mediante Hoja de Información y aclarando verbalmente las dudas, de que el objetivo de la investigación era encontrar nuevas formas de evaluación del TCA y pudieron participar una vez firmado el Consentimiento Informado.

Instrumentos

En primer lugar, se tomaron datos sociodemográficos (población, teléfono de contacto, fecha de nacimiento y número de historia clínica). Después se registraron edad de inicio de los síntomas, tiempo entre inicio de los síntomas y el primer tratamiento, tiempo total de tratamiento en meses, duración de los ingresos hospitalarios en meses, IMC menor alcanzado, IMC al inicio de su primer tratamiento e IMC al inicio del actual tratamiento.

Posteriormente las pacientes realizaban los siguientes cuestionarios:

- *Cuestionario de Actitudes Alimentarias*, EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Este cuestionario de screening consta de 26 ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert de 6 puntos de anclaje. La validación española (Rivas, Bersabé, Jiménez y Berrocal, 2010) tiene un coeficiente de fiabilidad 0.93.
- *Inventario de Trastornos Alimentarios*, EDI-2 (Garner, 1998). Está compuesto de 11 subescalas: tendencia a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. La consistencia interna es 0.83 a 0.93 según cada escala (Garner, 1998) y su validación en España.
- *Técnica de la Rejilla Interpersonal* (TRI). En la administración de la TRI podemos identificar tres etapas sucesivas: la selección de los elementos (personas significativas), la elicitación de los constructos y la puntuación de los elementos en cada uno de los constructos. La obtención de elementos implica la selección de un conjunto de personas significativas del contexto relacional de la persona evaluada. En este caso se incluyeron 12 elementos, por este orden: yo actual, yo dentro de 2 años, padre, madre, 5 personas significativas, 2 personas *non gratas* y yo ideal. En cuanto a la elicitación de los constructos, el método aquí empleado se basa en la comparación entre diadas de elementos para facilitar la obtención de constructos. Se seleccionan diferentes parejas de elementos (e.g., “Yo actual” y “hermano”) y se le pedirá a la persona evaluada que explique las similitudes entre estas dos personas. De esta forma se obtiene uno de los dos polos del constructo (e.g., “ser leal”), el otro polo se obtiene preguntando por el opuesto. Para este estudio se ha realizado una elicitación en 14 constructos. Cabe señalar que la elicitación de 14 constructos y 12 elementos se prefijo en todas las pacientes, con el fin de mejorar la comparabilidad entre rejillas.

Una vez formada esta matriz de 12x14, la última fase de administración de la TRI corresponde a la puntuación de los elementos en cada uno de los constructos. Para ello se emplea una escala tipo Likert de 7 puntos en la que las puntuaciones 1 y 7 son las posiciones extremas del constructo. De esta forma, el 1 representa la puntuación extrema del polo del constructo situado a la izquierda en el protocolo de puntuaciones, y el 7 representa la posición extrema del polo del constructo situado a la derecha.

Procedimiento

Las pacientes que aceptaban participar en la investigación eran citadas en la Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria y el mismo investigador recogía los datos sociodemográficos y clínicos, así como administraba el protocolo de evaluación. Dicho protocolo se iniciaba con la explicación del procedimiento de la TRI y se administraba la misma, al finalizarla se aportaban los cuestionarios EDI-2 e EAT-26 para contestar en consulta. Cabe destacar que para facilitar la aplicación estandarizada de la TRI se redactó un protocolo para obtener los elementos y generar los constructos. Los diagnósticos de Trastorno de Conducta Alimentaria fueron realizados en la unidad mediante juicio clínico de psiquiatría y psicología, siguiendo los criterios del *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª Ed.; DSM- V; American Psychiatric Association [APA], 2013).

Todas las pacientes firmaron el Consentimiento Informado y el proyecto contó con la aceptación por parte del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario San Juan de Alicante, garantizando la completa confidencialidad y protección de los datos tal y como se contempla en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, así como el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo al tratamiento de datos personales, así como cualquier norma y/o legislación que le sea de aplicación.

Los datos de la TRI fueron analizados mediante el programa RECORD 5.0, incluyendo a las participantes con códigos, y los análisis estadísticos se realizaron mediante SPSS 25.

Resultados

Análisis descriptivo

Análisis datos clínicos y cuestionarios

Los resultados descriptivos a nivel clínico, así como de los instrumentos estandarizados EDI-2 e EAT-26 se encuentran en las tablas 1, 2 y 3. Como se puede observar, se traza un perfil mayoritario de una mujer mayor de edad, con diagnóstico de Anorexia Nerviosa que debuta en torno a los 18 años, tarda hasta 2 años en pedir ayuda por primera vez y lleva en tratamiento un promedio de 2 años. En cuanto a su Índice de Masa Corporal (IMC) en su primer tratamiento oscilaba en torno al 15.97 kg/m² y en el momento de la evaluación el IMC se encontraba en

torno a 17.13 kgr/m².

Son una muestra de pacientes que no han llegado a índices demasiado extremos en su mayoría y que durante la recogida de datos presentaban un IMC razonable para la evaluación cognitiva. En este sentido, el 60% de las pacientes fue evaluada antes del primer mes del ingreso y el 40% restante fue entrevistada durante tratamiento ambulatorio. En cuanto a la puntuación en los cuestionarios, el promedio de puntuaciones de EAT- 26 fue de 24.17 (punto de corte de 20) y el instrumento EDI-2 indicó las puntuaciones más elevadas para tendencia a la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia interpersonal y conciencia interoceptiva.

Tabla 1. *Análisis descriptivo de las variables clínicas.*

<i>Variables clínicas</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango</i>
Edad de inicio de los síntomas (años)	17.94	7.81	10-44
Tiempo entre inicio de los síntomas y primer tratamiento (meses)	28.77	34.02	2-120
Tiempo total de tratamientos (meses)	35.55	41.13	1-180
Duración media de los ingresos (meses)	2.33	2.51	0-11
Número de ingresos	2.77	2.98	0-11
IMC menor alcanzado	14.32	2.67	11-22.65
IMC al inicio del primer tratamiento	15.97	6.06	11-39.06
IMC tratamiento actual	17.13	5.37	12.47-32.06

Tabla 2. *Frecuencia de los diagnósticos de TCA en la muestra.*

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Anorexia Nerviosa	14	70%
Anorexia Purgativa	3	15%
Bulimia Nerviosa	2	10%
Trastorno por Atracón	1	5%

Tabla 3. *Análisis descriptivo de los datos EDI-2 y EAT-26.*

<i>Cuestionarios</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango</i>	
EDI-2	Tendencia a la delgadez	8.33	7.49	0-21
	Bulimia	3.72	5.99	0-18
	Insatisfacción corporal	11.61	9.06	0-27
	Ineficacia	11	7.73	0-27
	Perfeccionismo	6.66	3.81	0-16
	Desconfianza Interpersonal	5.27	4.75	0-14
	Conciencia Interoceptiva	9.11	7.87	0-23
	Miedo a la madurez	7.87	6.95	0-20
	Ascetismo	4.66	3.80	0-14
	Impulsividad	4.61	5.32	0-20
	Inseguridad Social	6.55	6.40	0-21
EAT-26	24.17	16.54	3-57	

Análisis descriptivo de los resultados de la Técnica de la Rejilla

El análisis de los resultados de la Técnica de la Rejilla se efectúa en primer lugar con los indicadores de la estructura cognitiva, después a nivel de contenido cognitivo, relaciones parentales y finalmente conflictos cognitivos (ver Tabla 4). El programa RECORD ofrece, mediante cálculo de correlaciones de Pearson y distancias euclidianas, todos los indicadores especificados en cada uno de los análisis. Sin ser objeto del presente estudio ofrecer una explicación exhaustiva del procedimiento matemático para la obtención de cada uno de ellos, se facilitará una explicación breve de los mismos para facilitar su comprensión.

Análisis de la estructura cognitiva

El grado de flexibilidad cognitiva se analiza mediante el indicador Porcentaje de Varianza Explicada por el primer factor (PVEPF) y la rigidez mediante el grado de polarización. En la muestra se obtuvo un PVEPF de 44.43 y un Índice de Polarización de 35.04. Según refiere (Chenevard et al., 2012), los resultados indican alta rigidez y escasa flexibilidad cognitiva. También se analizó el índice de indefinición, que mide el grado en que se ha puntuado con un 4 a los elementos e indica una dificultad operativa en el sistema de construcción, al no poder dar sentido a los elementos de una forma significativa. En la muestra se obtuvo un índice de indefinición de 1.41 ($DT = 2.06$), siguiendo la reciente tesis de Trujillo (2016) se trata de un índice muy bajo lo cual indica que las pacientes poseen en su conjunto sistemas de constructos operativos.

Análisis del contenido cognitivo

En primer lugar, se analizó la autodefinición de las pacientes en término de cuántos constructos en promedio utilizaban para definirse y en qué áreas solían definirse. Este análisis por áreas se efectuó en base al Sistema de Categorías para los Constructos Personales (SCCP, Feixas, Geldschläger, Carmona y Garzón, 2002), según el cual los constructos con los que se define una persona pueden ser clasificados en 6 categorías básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual/operacional y de valores/intereses. En la muestra analizada se observó que su autodefinición tiene un promedio de 7 constructos, y la mayoría se ubican en el área relacional ($M = 1.95$, $DT = 1.66$) y personal ($M = 2.74$, $DT = 1.55$), sin que quede ningún área vacía.

En segundo lugar, la autoestima se midió mediante las distancias euclidianas entre el Yo actual y el Yo ideal, siendo en la muestra esta distancia media ($M = 0.4$, $DT = 0.13$) y en base a literatura previa (Feixas y Compañ, 2015), esta cifra indicaría que la autoestima es moderada.

Relaciones interpersonales

Al igual que en la autoestima, la percepción de las relaciones interpersonales se mide mediante las distancias euclidianas o disimilaridades. En primer lugar,

se analizó la distancia que percibían las pacientes entre ellas mismas y los otros, siendo esto indicativo del aislamiento social percibido. En este caso, siguiendo nuevamente a Feixas y Compañ (2015) las distancias fueron altas ($M = 0.32$, $DT = 0.08$), mostrando alto aislamiento social percibido en las pacientes. Asimismo, también se interpretó la adecuación percibida de los otros, mediante la distancia entre los otros y el yo ideal, observándose muy baja adecuación percibida de los demás ($M = 0.28$, $DT = 0.09$).

Específicamente se analizaron las relaciones parentales, observando las disimilitudes entre yo actual y los padres, así como el yo ideal y ambos progenitores. La distancia entre el yo actual y los padres, fue ligeramente más estrecha con la madre ($M = 0.43$, $DT = 0.12$) que con el padre ($M = 0.47$, $DT = 0.1$), si bien estas diferencias son despreciables. Del mismo modo, la distancia entre el yo ideal y ambos progenitores es muy similar en promedio y variabilidad (distancia ideal-madre $M = 0.41$, $DT = 0.11$; distancia ideal-padre $M = 0.42$, $DT = 0.10$).

Análisis de conflictos cognitivos

En este apartado se analiza el porcentaje de dilemas implicativos y de constructos dilemáticos. Si bien en la introducción se ha esbozado ambos conceptos, es necesario aclarar la identificación matemática de ambos conceptos. En primer lugar, para la detección de los dilemas implicativos, se detectan los constructos congruentes, es decir, aquellos en los que existe una diferencia entre 0 y 1 punto entre el yo ideal y el yo actual; así como los constructos discrepantes, aquellos en los que el yo actual y el ideal difieren en 4 o más puntos. A continuación, se detecta el dilema cognitivo cuando aparece una correlación producto momento de Pearson igual o mayor a .35 entre el polo deseable de un constructo congruente y el polo indeseable de un constructo discrepante. En cuanto, al constructo dilemático, su detección es más sencilla, en tanto que consiste en localizar una puntuación de 4 en el elemento "yo ideal" (Feixas y Saúl, 2004).

Habitualmente, una intervención terapéutica centrada en dilemas analiza el o los dilemas detectados como elementos que están bloqueando el curso de acción del paciente. En esta investigación, se analizaron el porcentaje de dilemas implicativos (PDI) y la proporción de constructos dilemáticos (PCD), en tanto que la literatura previa (Benasayag et al., 2004; Feixas y Saúl, 2004; Feixas, Saul y Avila-Espada, 2009) ha evidenciado la importancia de los dilemas implicativos en los problemas de salud. Se pretende, observar si hay una relación directa entre el porcentaje de dilemas y otros factores analizados.

De este modo, en la muestra se observa un PDI en promedio de 7,10 aunque con gran variabilidad ($DT = 7.17$) y un PCD notablemente menor ($M = 1.47$, $DT = 4.96$).

Tabla 4. Resultados de la Técnica de la Rejilla.

	Indicador	Media	Desviación Típica
Flexibilidad cognitiva	PVEPF	44.43	9.33
Rigidez	Polarización	35.04	1506
Autodefinición	Número de constructos	7	2.52
	Área moral	.9	.71
	Área emocional	.45	.60
	Área relacional	1.95	1.66
	Área personal	2.74	1.55
	Área intelectual/operacional	.60	1.39
	Área valores/intereses	.45	.75
Indefinición	Índice de Indefinición	1.41	2.06
Autoestima	Disimilaridad yo actual-yo ideal	.4	.13
Relaciones interpersonales	Aislamiento Social (Disimilaridad yo actual-otros)	.32	.08
	Adecuación otros (Disimilaridad yo ideal-otros)	.28	.09
Relaciones parentales	Disimilaridad yo actual-madre	.43	.12
	Disimilaridad yo actual-padre	.47	.1
	Disimilaridad yo ideal-madre	.41	.11
	Disimilaridad yo ideal-padre	.42	.10
Conflictos cognitivos	PDI	7.10	7.17
	PCD	1.47	4.96

Análisis correlacional

Tras el análisis descriptivo se procedió a la exploración de las correlaciones de Pearson entre los factores estudiados, tanto los indicadores de la TRI como las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y los datos clínicos. Como se aprecia en la Tabla 5, existe una relación entre dos de los indicadores de la estructura cognitiva y el IMC: una relación directa entre polarización e IMC menor alcanzado, así como entre indefinición e IMC al inicio del actual tratamiento. Es decir, las pacientes con pensamiento más dicotómico del tipo “todo o nada”, no llegan a IMC tan extremos, sino que el IMC menor que alcanzan es de los más elevados en la muestra. En contraposición, pacientes con pensamiento menos polarizado, el IMC más bajo que han alcanzado es más extremo. Complementariamente, se observa que las pacientes que evitan decantarse por pensamientos polarizados (alta indefinición), presentan un IMC al inicio del tratamiento mayor. Esta relación se analizará con más detalle en las conclusiones.

En cuanto a los índices de contenido, se observa que tanto autoestima como autodefinición (nº de constructos con los que se definen) tienen una correlación

significativa con factores de EDI-2 como insatisfacción, ineficacia, conciencia, madurez y ascetismo, si bien dicha correlación es directa con la autoestima e inversa con la autodefinición. Además, la autodefinición mantiene una correlación inversa y significativa con la tendencia a la delgadez y la puntuación global del EAT. Cabe recordar que la autoestima se mide como la distancia entre yo actual y yo ideal, de manera que a mayor distancia entre ambos implica más baja autoestima y es el tamaño de esta distancia lo que se correlaciona con los otros factores. De manera que la lectura de esta correlación sería que a más distancia entre yo actual y yo ideal (menos autoestima), mayor insatisfacción, conciencia corporal, miedo a la madurez, ascetismo e ineficacia. Igualmente, una autodefinición formada por más constructos se correlaciona con menos insatisfacción, ineficacia, conciencia, miedo a la madurez, ascetismo y tendencia a la delgadez, así como menos puntuaciones en el cuestionario EAT.

En cuanto a las relaciones interpersonales, se aprecia una correlación directa y significativa entre la adecuación percibida de los otros y el tiempo total de tratamiento, así como entre el aislamiento social percibido y la ineficacia, el miedo a la madurez, conciencia corporal y ascetismo. Dado que, en la literatura la adecuación percibida de otros, el aislamiento social y la autoestima se relacionan en los Perfiles de Construcción del sí mismo, se decidió realizar una correlación parcial para controlar las relaciones halladas. De este modo se analizaron la correlación entre la adecuación percibida de otros y el tiempo de tratamiento, controlando el efecto del aislamiento social y de la autoestima por separado, obteniéndose correlaciones similares entre la adecuación y el tiempo de tratamiento a las inicialmente halladas en ambos casos. Por tanto, en la correlación entre adecuación percibida de otros y el tiempo total de tratamiento no cabe sospechar que influya el aislamiento social percibido y la autoestima. Lo mismo sucedió al eliminar la influencia de la adecuación de los otros, en la relación entre aislamiento social percibido e ineficacia, conciencia, miedo a la madurez y ascetismo. Sin embargo, cuando se controló el efecto de la autoestima en la relación entre aislamiento social percibido e ineficacia, conciencia corporal, miedo a la madurez y ascetismo, se observó que la relación entre aislamiento social y las variables mencionadas se anulaba por completo. Cabe sospechar que la autoestima pueda ejercer alguna interacción con el aislamiento social que influya sobre la ineficacia interpersonal, la conciencia corporal, el miedo a la madurez y el ascetismo observado en las pacientes.

Asimismo, en las relaciones parentales, se observan correlaciones directas y significativas entre distancia entre yo actual y madre con la edad de inicio de los síntomas. De manera que, a más distancia con la madre se relaciona con la aparición tardía del trastorno. Mientras que la distancia entre el yo actual y el padre implica una correlación significativa y directa entre con la ineficacia, tendencia a la delgadez, insatisfacción y confianza interpersonal. Finalmente, la distancia entre el yo ideal y el padre correlaciona de forma directa con el perfeccionismo. Parece que las relaciones actuales con el padre se relacionan con la ineficacia interperso-

nal, la tendencia a la delgadez, la insatisfacción y la desconfianza interpersonal, mientras que la diferencia entre el ideal de la paciente y su padre se relaciona con mayor perfeccionismo.

Tabla 5. *Correlaciones de Pearson significativas.*

<i>Indicador de TRI</i>	<i>Cuestionarios y datos clínicos</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Polarización	IMC menor alcanzado	.44	.04
Indefinición	IMC al inicio de tratamiento actual	.45	.04
Autoestima (Disimilaridad yo actual-yo ideal)	EDI- 2 Insatisfacción	.47	.04
	EDI- 2 Ineficacia	.71	.001
	EDI- 2 Conciencia	.55	.02
	EDI- 2 Miedo Madurez	.57	.01
	EDI- 2 Ascetismo	.53	.02
Autodefinición (Nº de constructos)	EDI- 2 Insatisfacción	-.57	.014
	EDI- 2 Ineficacia	-.61	.007
	EDI- 2 Conciencia	-.57	.014
	EDI- 2 Miedo Madurez	-.72	.001
	EDI- 2 Ascetismo	-.67	.003
	EDI-2 Tendencia a la delgadez	-.52	.02
	EAT	-.53	.02
Adecuación de los otros	Tiempo total de tratamiento	.71	.001
Aislamiento social	EDI- 2 Ineficacia	.55	.01
	EDI- 2 Conciencia	.47	.04
	EDI- 2 Miedo Madurez	.51	.04
	EDI- 2 Ascetismo	.48	.04
Disimilaridad yo actual-madre	Edad de inicio de los síntomas	.49	.02
Disimilaridad yo actual-padre	EDI-2 Tendencia a la delgadez	.54	.02
	EDI-2 Insatisfacción	.75	.00
	EDI-2 Ineficacia interpersonal	.54	.02
	EDI-2 Desconfianza	.59	.01
Disimilaridad yo ideal-padre	EDI-2 Perfeccionismo	.58	.01

Discusión

Estructura cognitiva y TCA

El primer objetivo del presente artículo implicaba la exploración de la autoestima, la autodefinición, estructura cognitiva, relaciones interpersonales y conflictos cognitivos. En este sentido, se han descrito los indicadores y procedimientos matemáticos para su obtención, observándose un perfil cognitivo en promedio de alta rigidez, escasa flexibilidad y baja indefinición. Estos resultados indican que las pacientes poseen una estructura cognitiva muy estructurada y claramente definida, lo cual es coherente con resultados previos en el ámbito de la TRI en TCA (Che-

nevard et al., 2012; Dada et al., 2017; Escandón-Nagel et al., 2018), así como se ha descrito en múltiples estudios la rigidez que acompaña a los TCA (Del Barrio, 2018; López y Treasure, 2011; Peinado, Quiles y Quiles, 2017; Perpiñá, 2008).

En este sentido, se pretende no solo la medición de estas facetas, sino que este estudio sirva para proporcionar una herramienta adicional de medida de la estructura cognitiva. Asimismo, se ha observado una relación fuerte entre la polarización y el IMC más bajo alcanzado, es decir, los pacientes que alcanzaron menor IMC en su historia clínica presentan también menor polarización cognitiva. Sobre esta relación no se han encontrado estudios previos, por lo que se debe tomar con cautela. De la misma forma, en cuanto a la indefinición o grado en que la paciente evita la decantación por un polo, se ha hallado que a mayor indefinición mayor IMC al inicio del tratamiento actual. Paradójicamente los resultados indican que la rigidez y la indefinición se correlacionan con más IMC, bien en el menor alcanzado como en la actualidad. Como se ha indicado anteriormente es necesario seguir estudiando esta correlación en futuras investigaciones, especialmente con muestras mayores y con más representación de diagnósticos, ya que parece contradictorio con la literatura previa.

Contenido cognitivo y TCA

Como se ha comentado en el apartado de los resultados, la autoestima fue media y la autodefinición estuvo compuesta de unos 7 constructos. Tradicionalmente cabría esperar una autoestima muy baja (Lampard, Tasca, Balfour, y Bissada, 2013; Lilienthal y Weatherly, 2013) si bien los resultados hallados son limítrofes. Por otra parte, sí que se ha asociado la cantidad de constructos que forman la autodefinición con mayor protección de la autoestima (Linville, 1987), de manera que es posible que en la muestra analizada la autoestima sea media porque la autodefinición está compuesta en promedio por bastantes constructos. También, cabe destacar que si bien hay muchos constructos que forman esta autodefinición, la categoría en la que menos se definen las pacientes es en el área intelectual, lo cual es coherente con los resultados previos de Chenevard et al. (2012), y tal y como indican otros estudios, es un indicador de mal pronóstico (Ruiz-Martínez et al., 2010).

Relaciones interpersonales y TCA

En primer lugar, se ha observado una relación entre la mayor adecuación percibida de otros y mayor tiempo de tratamiento. Esta correlación sería necesaria estudiarla en profundidad con una muestra más amplia. Se podría hipotetizar que la percepción de que los otros sean más adecuados que uno mismo favorece el aislamiento y podría conducir a mayor tiempo de tratamiento, aunque no parece que existan indicios por la correlación parcial efectuada. Asimismo, también se ha hallado una relación entre el mayor aislamiento percibido y mayor ineficacia interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo y conciencia corporal. Sin embargo, esta relación se anula cuando se controla el efecto de la variable autoestima, lo que

parece indicar que el aislamiento y la autoestima interactúan de alguna forma que se correlaciona con estas variables, si bien este efecto no se observa únicamente con la autoestima. En los siguientes estudios sería conveniente observar el grado de relación entre estas variables y con aquellas que se correlacionan, ya que podrían mantener relaciones mediadoras.

En cuanto a las relaciones parentales, la literatura de corte sistémico ha hallado relaciones entre las figuras parentales y el TCA (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008; Mar y Mart, 2013; Marmo, 2014; Ruiz-Martínez et al., 2010; Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006). En la presente investigación, se ha hallado que menor distanciamiento con la madre se relaciona con una aparición más temprana de los síntomas. Evidentemente no se puede asegurar una causalidad entre ambas variables, ya que podría ser la relación fusional el caldo de cultivo del trastorno o el trastorno lo que motivase el acercamiento. En el estudio de Chenevard et al. (2012) se aprecia que las diadas madre-hija comparten estructura cognitiva y similitudes a nivel de dilemas, por lo que es posible algún tipo de transferencia en una crianza más fusionada. Sin embargo, la relación distante con el padre parece que correlaciona con más factores de mal pronóstico como la ineficacia interpersonal, la tendencia a la delgadez, la insatisfacción o la confianza interpersonal. Además, a mayor distancia del padre con el ideal se observó mayor grado de perfeccionismo. A falta de estudios que exploren este tipo de distancias, la figura del padre parece jugar un papel en la separación de la fusión entre la madre y la hija, con que su ausencia podría influir en el mantenimiento de esta fusión (De Panfilis, Rabbaglio, Rossi, Zita y Maggini, 2003; Espina Eizaguirre, 2005).

Conflictos cognitivos y TCA

En la muestra se hallaron niveles importantes en el porcentaje de dilemas implicativos, si bien fueron escasas las pacientes con constructos dilemáticos. No existe literatura que correlacione en mayor medida un tipo de conflicto u otro con el TCA en concreto. Sin embargo, cabe destacar la escasa representación de los constructos dilemáticos y sería un punto a considerar en las siguientes investigaciones.

Por otra parte, pese a que la literatura previa ha mencionado la relación entre conflictos cognitivos y salud mental, en el presente estudio no se han hallado correlaciones significativas entre el porcentaje y proporción de los conflictos y ninguna de las variables estudiadas. Lo cual llama la atención, ya que el porcentaje de dilemas implicativos es notable. Sería necesario seguir estudiando estos dilemas, ya que a si bien a nivel estadístico no han sido significativos, los conflictos fueron transmitidos a las terapeutas de las pacientes y se consideró una aportación valiosa a nivel clínico.

Limitaciones, fortalezas y otras consideraciones

La principal limitación del estudio es su muestra, en tanto que es limitada, que está representada en su mayoría por diagnósticos de Anorexia Nerviosa y son

pacientes mayores de edad. Para que estos resultados fueran concluyentes habría que contrastar estos resultados con los obtenidos en población no clínica y sería necesario un tamaño muestral mayor y más variado.

Otra de las limitaciones se basa en la estandarización del protocolo de la rejilla. Cabe tener en cuenta que una medida adicional de complejidad cognitiva es el número de constructos que el paciente genera, y en este caso, con el fin de mejorar la comparabilidad entre rejillas, se mantuvo fijo el número de constructos. Por tanto, en el presente estudio no se observó la complejidad cognitiva en base a este parámetro.

Por otra parte, este estudio ofrece en primer lugar nuevas herramientas más personalizadas para la medición de diversos factores asociados a la evolución del TCA, que además pueden ser obtenidos en pocas entrevistas y que podrían servir en la monitorización de cambios intrapsíquicos (rigidez, visión de las relaciones interpersonales, autoestima, ...). No se pretende ofrecer la rejilla como una forma categorial de hallar indicadores de mal pronóstico, pero sí como una herramienta para discriminar entre los elementos subjetivos presentes en el trastorno y que generen una intervención más individualizada. En segundo lugar, este artículo esboza algunas relaciones que cabría explorar en futuras investigaciones y pone en relación múltiples factores.

Finalmente, cabe preguntarse no solo por las relaciones halladas, sino por las no halladas, como por ejemplo la ausencia de correlaciones significativas entre los conflictos cognitivos y el resto de las variables, lo cual es contradictorio con la literatura previa hallada en otras patologías.

Agradecimientos

Agradecer al Dr. Elvira, la Dra. Serralta y a Dña. Cristina Romero la colaboración prestada en el Hospital Universitario San Juan de Alicante; así como, al Dr. Luís Ángel Saúl su dedicación altruista en este proyecto.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L. y Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 105–119. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/54690>
- Castaldi, L. (2008). Trauma and eating disorders: Theoretical and therapeutical implications. *Psicoperspectivas*, 7(1), 12–31. Recuperado de: <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/53>
- Castellini, G., Sauro, C. L., Mannuci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C. y Ricca, V. (2011). Diagnostic Crossover and Outcome Predictors in Eating Disorders According to DSM-IV and DSM-V Proposed Criteria: A 6-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270–279. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>
- Chenevard, C. L., Mella, F. R. y Feixas, G. (2012). Aportaciones de la Técnica de Rejilla en la Comprensión de los Trastornos Alimentarios I. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 149–160. Recuperado de: https://www.revistaclinicapsicologica.com/download_file.php?id=25&hax=7F3VLWNMN4

- Collin, P., Karatzias, T., Power, K., Howard, R., Grierson, D. y Yellowlees, A. (2016). Multi-dimensional self-esteem and magnitude of change in the treatment of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 237, 175–181. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.046>
- Cruzat, C. V., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17(1), 81–90. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282008000100008>
- Dada, G., Feixas, G., Compañ, V. y Montesano, A. (2012). Self-Construction, Cognitive Conflicts, and Disordered Eating Attitudes in Young Women. *Journal of Constructivist Psychology*, 25(1), 70–89. <https://doi.org/10.1080/10720537.2012.629117>
- Dada, G., Izu, S., Montebruno, C., Grau, A. y Feixas, G. (2017). Content analysis of the construction of self and others in women with Bulimia Nervosa. *Frontiers in Psychology*, 8, 480. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00480>
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G. y Maggini, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology*, 36(5), 239–246. <https://doi.org/10.1159/000073449>
- Del Barrio, A. G. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 73–88. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.248>
- Escandón-Nagel, N., Peró, M., Grau, A., Soriano, J. y Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2017.09.003>
- Espina Eizaguirre, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35–48. Recuperado de: http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/69-Figura%20padre%20trastornos%20alimentarios.pdf
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, A. y Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696–698. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.696>
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401–408. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.4.401>
- Feixas, G. y Compañ, V. (2015). Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión [A manual for dilemma-focused therapy for depression]. Recuperado de: <https://www.edescler.com/img/cms/pdfs/9788433027832.pdf>
- Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M. y Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 337–348.
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69–78. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004765>
- Feixas, G., Saul, L. A. y Avila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 141–169. <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Feixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 197–203. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/62083>
- Franko, D. L., Tabri, N., Keshaviah, A., Murray, H. B., Herzog, D. B., Thomas, J. J., ... Eddy, K. T. (2018). Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.008>
- Garner, D. M. (1998). *Manual del EDI 2: inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, I. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Gómez-Candela, C., Milla, S. P., Miján-de-la-torre, A., Ortega, P. R. y Martín, P. M. (2018). Nutrición Hospitalaria Grupo de Trabajo SENPE. *Nutrición Hospitalaria*, 35, 489–494. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1561>
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R. y Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 232–237. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.089664>
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Jáuregui, I. L. (2009). Cronicidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1086–1100.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York, NY: Norton.

- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L. y Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99–107. <https://doi.org/10.1002/erv.2214>
- Lilienthal, K. R. y Weatherly, J. N. (2013). Understanding the relationships between body esteem, risk for anorexia nervosa, and domain-dependent decision-making impulsivity in a college sample. *Body Image*, 10(4), 558–565. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.05.003>
- Linville, P. W. (1987). Self-Complexity as a Cognitive Buffer Against Stress-Related Illness and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 663–676. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.663>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
- Mar, L. y Mart, R. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23(1), 15–24. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i1.511>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances En Psicología*, 22(2), 165–178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Mas, B., Navarro, A., Luisa, M., Jiménez, L., María, A., Pérez, T. y Pérez, M. (2011). Personality traits and eating disorders : Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 205–227.
- Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, L. M., Ventosa, A., Krebs, M. y Montesano, A. (2011). Conflictos Cognitivos (dilemas) en Pacientes Diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 20(1), 41–48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807003.pdf>
- Peinado, S., Quiles, Y. y Quiles, M. (2017). Aplicación de un programa de estimulación cognitiva en adolescentes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 25(1), 147–164.
- Perpiñá, C. (2008). Trastornos Alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 404–419). Madrid, España: McGraw-Hill .
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): Reliability and validity in spanish female samples. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044–1056. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002687>
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-blanco, A., Vaz-leal, F. y Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>
- Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L. y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447–456. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-2.firp>
- Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S. y Voderholzer, U. (2016). Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa : Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome, 24(3), 214–222. <https://doi.org/10.1002/erv.2416>
- Silva-Gutiérrez, C., y Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173–183. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649003.pdf>
- Steinhausen, H. C., Winkler, C. y Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 147–151. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2%3C147::AID-EAT5%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2%3C147::AID-EAT5%3E3.0.CO;2-F)
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Grange, D. Le, Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents, 68(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Trujillo, A. (2016). *Técnica de la rejilla interpersonal un estudio de validación en población comunitaria*. (Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona, Barcelona, España). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158549>
- Vall, E. y Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- Wild, B., Friederich, H., Zipfel, S., Resmark, G., Giel, K., Teufel, M., ... y Herzog, W. (2016). Predictors of outcomes in outpatients with anorexia nervosa – Results from the ANTOP study, 244, 45–47. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.002>

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL RADICALMENTE ABIERTA PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

RADICALLY OPEN -DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY FOR ANOREXIA NERVOSA

Irene de la Vega Rodríguez

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0066-1277>

Teresa Montalvo Calahorra

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-9233>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

de la Vega Rodríguez, I. y Montalvo Calahorra, T. (2020). Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 147-162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.314>

Resumen

La Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (TDC RA) es una terapia transdiagnóstica desarrollada para abordar el exceso de control (over-control) presente en trastornos graves como la Anorexia Nerviosa. El exceso de control es un modo afrontamiento desadaptativo que emerge de factores temperamentales y factores sociales y que se asocia con aislamiento social, déficit relacional, hiperperfeccionismo, rigidez, evitación del riesgo e inhibición emocional. La TDC RA tiene como objetivos la apertura a la experiencia y al feedback negativo como oportunidad de aprendizaje, la flexibilidad para adaptarse a un entorno en permanente cambio, y el establecimiento de vínculos sociales. En el tratamiento se prioriza el placer, la relajación y la unión, tomando como diana principal los déficit en señalización social que perpetúan el aislamiento. El objetivo de este trabajo es presentar una visión general de los principios teóricos y las estrategias terapéuticas de la TDC RA, haciendo hincapié en su aplicación y utilidad en la Anorexia Nerviosa.

Palabras Clave: Anorexia Nerviosa, Apertura Radical, Exceso de Control, Terapia Dialéctico Conductual.

Abstract

Radically Open-Dialectical Behavioral Therapy (RO-DBT) is a transdiagnostic therapy designed to address the over-control which is present in serious disorders such as Anorexia Nervosa. Over-control is a maladaptive coping mode that emerges from temperamental and social factors and has been linked to social isolation, relational deficits, hyper-perfectionism, cognitive rigidity, risk aversion and emotional inhibition. RO-DBT aims for open-experience and negative feedback as a learning chance, for the flexibility to adapt to a constantly changing environment, and for the formation of close social bonds. In this treatment pleasure, relaxation and bonding are prioritized, being the main target social-signaling deficits that perpetuate isolation. The aim of this paper is to provide an overview of the core theoretical principles and therapeutic strategies of RO-DBT and the application and usefulness in Anorexia Nervosa.

Keywords: Anorexia Nervosa, Radical Openness, Over-Control, Dialectical Behavioral Therapy.



Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno mental grave de curso crónico, que afecta principalmente a mujeres y está asociado a una importante mortalidad. Existen pocos tratamientos psicológicos específicos para la AN, ninguno ha mostrado una clara superioridad y la calidad y cantidad de la investigación al respecto es escasa. (Hay, Claudino, Touyz y Abd Elbaky, 2015; Byrne et al., 2017; Hartmann, Weber, Herpertz, Zeeck y German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa, 2011). Por otro lado, el porcentaje de pacientes que renuncian a seguir tratándose es alto, especialmente en aquellos abordajes que se centran en el síntoma principal: la ingesta. Así, los abandonos asociados al llamado “consejo dietético” son prácticamente el cien por cien (Dejong, Broadbent y Schmidt, 2012). Sabemos, por tanto, que es necesario un tratamiento psicológico para estas pacientes, y que debemos centrarnos en lo subyacente, probablemente transdiagnóstico, pero pese algunos acercamientos prometedores, los psicoterapeutas apenas tenemos herramientas útiles para la AN (Thibault et al., 2017). Esto es especialmente cierto en los casos severos: mujeres adultas con varios años de evolución y con historia de fracasos terapéuticos previos. En estos casos el margen de utilidad de los tratamientos psicológicos es muy limitado (Zeeck et al., 2018).

La terapia dialéctico conductual (TDC) (Linehan, 1993a, 1993b) es un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para tratar los aspectos nucleares de Trastorno Límite de Personalidad (TLP). El TLP, que también se consideró en su día un trastorno crónico e inasequible a la psicoterapia, cuenta en la actualidad con una considerable variedad de tratamientos psicológicos empíricamente validados (Font-Domènech, 2019). La TDC tiene el mérito de ser la primera psicoterapia en verter a la comunidad científica datos de eficacia para el TLP, reduciendo los gestos suicidas y parasuicidas, y mejorando la regulación emocional. Además en la actualidad su uso se ha extendido otras patologías (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013).

La Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (TDC RA, Radically Open Dialectical Behaviour Therapy en el original, Lynch, 2018a, 2018b) es una adaptación de la TDC para aquellos trastornos caracterizados por un exceso de control inhibitorio, frente al descontrol impulsivo y la desregulación emocional que es la principal diana terapéutica de la TDC estándar. Se concibe como una psicoterapia transdiagnóstica porque propone un factor común, el exceso de control (EC) (*overcontrol* en el original), que estaría presente en diversos trastornos psicopatológicos graves y de difícil remisión como la depresión crónica, el trastorno de personalidad obsesivo, el trastorno de personalidad por evitación, la AN, los trastornos del espectro autista o la ansiedad refractaria al tratamiento.

Según el autor (Lynch, 2018a) el EC se caracteriza por cuatro déficit principales:

- 1. Poca apertura y receptividad a la novedad:** menor tolerancia al feedback novedoso, inesperado o desconcertante, evitación de la incertidumbre y el riesgo, suspicacia, vigilancia extrema de posibles amenazas, y tendencia a

desestimar la retroalimentación crítica.

2. **Escasa flexibilidad:** necesidades compulsivas de estructura, planificación y cumplimiento de las obligaciones, perfeccionismo, compulsiones de orden y repetición, normas de conducta rigurosas y rigidez moral.
3. **Inhibición y pobre conciencia emocional:** supresión no adecuada al contexto de la expresión emocional, expresiones emocionales poco auténticas o incongruentes, déficit de comunicación del malestar y poca conciencia de las sensaciones corporales.
4. **Déficit de intimidad y relaciones:** aislamiento, sensación de ser diferente a los demás, frecuentes comparaciones, envidia, rencor y poca empatía.

La AN restrictiva es el subtipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) más relacionado con el control en su extremo desadaptativo, con su característico estilo obsesivo, controlador, evitativo, rígido, perfeccionista y su tendencia al aislamiento. La teoría de la AN como un trastorno por EC encaja con las teorías del déficit de coherencia central (Hamatani et al., 2018), con aquellas que relacionan AN y autismo (Westwood y Tchanturia, 2017), con los estudios sobre la expresión emocional (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner y Flett, 2000), y con trabajos sobre personalidad y TCA (Cassin y Vonranson, 2005), entre otros hallazgos bien establecidos. Las personas con AN pueden manifestar varios o todos los aspectos patológicos relacionados con este control desadaptativo. La restricción alimentaria sería, de hecho, una forma de afrontamiento relacionada con este estilo, consecuencia a su vez del EC. El control restrictivo de la ingesta sirve a las pacientes para disminuir la culpa y aumentar la sensación de logro (Haynos et al., 2017).

La TDC RA toma como objetivo terapéutico disminuir el EC de la AN y el aislamiento emocional consecuente, y trata de cambiarlo incidiendo en la señalización social y la activación del sistema neurobiológico de seguridad interpersonal. El modelo neurobiosocial en el que se apoya, la filosofía, el estilo terapéutico, y las dianas del tratamiento son los aspectos novedosos y diferenciales.

Fundamentos de la TDC RA

Principios y filosofía

La TDC RA tiene influencias múltiples y una aspiración integradora. Se apoya en aspectos teóricos de psicología básica sobre las emociones, la personalidad y la evolución, así como en la neurociencia y en la filosofía dialéctica. En cuanto a técnicas, combina elementos de mindfulness, terapia Gestalt, TDC, terapia cognitivo conductual, y espiritualidad sufista Malamati (Lynch, 2018a).

La TDC RA entiende que las diferencias fenotípicas y genotípicas entre grupos de trastornos requieren de abordajes específicos, por lo que centra sus esfuerzos en el aislamiento emocional (*emotional loneliness*) de los pacientes con EC, que

no se benefician de las estrategias de tolerancia y autocontrol de la TDC estándar. En la TCD RA el foco de la intervención no es la experiencia interna del paciente, sino cómo esta experiencia se comunica, y este es un aspecto diferencial de esta psicoterapia. Se entiende que el aislamiento y la soledad son consecuencia del déficit en la emisión de señales sociales genuinas, por lo que la TDC RA incide en ello por medio de estrategias conductuales y dialécticas que pondrán énfasis en la apertura, la flexibilidad, la señalización social, la micro mímica y la modificación de arousal neuropsicológico.

El principio filosófico fundamental del tratamiento es la **apertura radical**, que además constituye la habilidad principal que se desarrolla durante una terapia exitosa. La apertura radical supone la confluencia de tres factores que se postulan necesarios para el bienestar psicológico: apertura (receptividad), flexibilidad y vinculación social. Como forma de pensamiento, supone la voluntad de renunciar a ideas preconcebidas sobre cómo debe ser el mundo, para adaptarse a un entorno cambiante. En el extremo, supone buscar lo que se está evitando, para aprender de ello. Mas que aceptar la realidad, como en la TDC estándar, aquí se trata (y este es el aspecto sufista) de buscar el fallo en uno mismo y cuestionar nuestros deseos de poder, reconocimiento o grandiosidad (Lynch, Hempel y Dunkley, 2015). La TDC RA asume que no vemos las cosas tal como son, sino como somos, desafiando nuestra percepción de la realidad, e invitando al paciente a aprender de la novedad, el desafío y el feedback desconfirmatorio.

Por ello, el **autocuestionamiento** (self-enquiry) es la herramienta principal. Implica la voluntad de desafiar nuestras creencias nucleares y cultivar la duda saludable para aprender y orientarse a valores. En resumen, cuestionarse, más que defenderse, afrontar en lugar de evitar. Es especialmente útil en los momentos de malestar, en los que se instruye al paciente a preguntarse “¿*Qué puedo aprender de esto?*” en lugar de asumir la postura personal como correcta o tratar de regular la emoción evitando. Esto no implica rumiar, porque el objetivo no es tanto encontrar una respuesta o la solución, o reducir el malestar, sino, en palabras del autor, “encontrar una buena pregunta”. Por último, se invita a revelar los descubrimientos a alguien, y así se enlaza con otro aspecto filosófico fundamental de la TDC RA: **la creencia en nuestra naturaleza tribal**. El terapeuta se concibe como un embajador, que ayuda a los pacientes a (re)unirse con la tribu. Solo por medio de la conexión social podemos sentirnos a salvo y sobrevivir. El objetivo final del tratamiento es: *construir una vida que merezca la pena compartir* (Lynch, 2018a, 2018b).

Teoría neurobiosocial del exceso de control

La TDC RA presenta un modelo de vulnerabilidad-estrés para explicar el desarrollo y mantenimiento del EC, y su impacto en las relaciones sociales, que se apoya en parte en los hallazgos de la teoría polivagal (Porges, 2009; Porges, 1995). Los interesados pueden leer una descripción somera en el artículo original (Lynch et al., 2015) y profundizar en las bases en el texto de referencia (Lynch, 2018a).

Se resumen a continuación los aspectos principales.

La etiopatogenia propuesta para el EC se basa en tres factores interrelacionados:

- a. Predisposición genética y biotemperamental (el componente “herencia”).
- b. Las influencias ambientales y familiares (el componente “crianza”).
- c. La tendencia al autocontrol (el componente “enfrentamiento”).

Las predisposiciones biotemperamentales se manifiestan como una mayor sensibilidad a la amenaza, mayor insensibilidad a la recompensa, alta capacidad de control inhibitorio y procesamiento atencional centrado en los detalles. Diferencias temperamentales respecto al autocontrol y la inhibición se observan en niños desde la primera infancia (Kochanska, Murray y Harlan, 2000). Estas predisposiciones se insertan en un ambiente familiar, social y cultural que promueve valores de perfeccionismo e invulnerabilidad. Como resultado, tenemos un individuo con un estilo de afrontamiento excesivamente autocontrolador, tendente a enmascarar las expresiones emocionales, a evitar los riesgos y a mantener las distancias, lo que limita la oportunidad de establecer nuevos aprendizajes y de vincularse de forma íntima y significativa (Lynch et al., 2015).

Un aspecto central de la teoría es que estos individuos, de forma no intencional, se sienten y comportan de tal forma que promueven su aislamiento social. La alta sensibilidad a la amenaza dificulta la activación del sistema de seguridad interpersonal. Cuando una persona no se siente a salvo, el sistema nervioso autónomo se activa en modo de arousal defensivo (sistema de lucha/huida). Las expresiones emocionales se paralizan y perdemos la capacidad de adaptarnos flexiblemente a las interacciones con otros (Porges, 2003). Las personas con EC muestran a menudo este arousal defensivo: expresiones “congeladas”, planas (“flat face”) o bien gestos prosociales estereotipados y no sinceros (por ejemplo, sonrisa permanente, poco auténtica o inadecuada). Su modo de interacción es el control y la evitación del riesgo. Desafortunadamente, muchas veces generan rechazo social debido a que los demás los perciben como poco sinceros, constreñidos, y restringidos. La inexpresividad facial dificulta los procesos sociales de cooperación y confianza (Boone y Buck, 2003). En consecuencia, las personas con EC sienten y sufren aislamiento creciente.

La teoría que sustenta la TDC RA da mucha importancia a los vínculos sociales y a sus déficits. Las emociones sirven, según el autor (Lynch, 2018a) no sólo para motivar acciones y comunicarse con otros, sino para facilitar la formación de relaciones sociales necesarias para la supervivencia de la especie. Esta vinculación social se consigue a través de la capacidad humana, evolutivamente conservada, de usar el feedback propioceptivo y la micro mímica facial referente a estados emocionales para favorecer la conexión social. Las micro expresiones faciales comunican y facilitan la sensibilidad necesaria para relacionarnos de forma eficaz (Schneider, Hempel y Lynch, 2013). Las personas con EC tendrían importantes déficits de lo que los autores denominan “*señalización social*”, mostrando una inhibición emocional extrema, o bien expresiones emocionales incongruentes, y dificultades

para comunicar apertura, cooperación, calidez y vulnerabilidad. Además, evitan el feedback desagradable y toda posible retroalimentación social correctiva, cerrando así la comunicación de forma bidireccional.

Teoría neurobiosocial de la AN

Se hipotetiza que el EC presente en pacientes con AN se debería, por tanto, a una alta sensibilidad al castigo, de origen neurobiológico, que hace que estas pacientes movilizan con mucha dificultad su sensación de seguridad interpersonal. Sentirse a salvo activa parte del sistema nervioso parasimpático, algo que se experimenta como satisfacción, cordialidad y compromiso social. El sistema vagal ventral modula así el tono de voz, la expresión facial, y el contacto ocular. Cuando nos sentimos a salvo, experimentamos el deseo de unirnos, afiliarnos, cooperar (Porges, 2009). Pero estas pacientes tienen muchas dificultades para sentirse de esa forma, se sienten rechazadas, solas, aisladas, que “no encajan”, con un miedo intenso al castigo. Activan su sistema de lucha y huida con facilidad y tienen a enmascarar las emociones como una respuesta al de afrontamiento sobreaprendida (Lynch et al., 2013).

La restricción alimentaria y los rituales de alimentación se conciben como una forma de control inhibitorio desadaptativo más, que ha sido reforzado de forma intermitente. Tras un periodo de intensa restricción, el sistema metabólico se agota, lo que es considerado como amenazante por el sistema de neuroregulación corporal. En respuesta a esto, el sistema nervioso parasimpático se activa, y el complejo dorsovagal inhibe el agotamiento. El resultado es una disminución de la sensibilidad al dolor y el embotamiento afectivo. Así, los ayunos y la restricción se ven reforzados porque reducen el arousal defensivo, es decir, la activación ansiosa, por medio de la enervación del sistema dorsovagal. La expresión facial plana que frecuentemente se observa en la AN refleja, por tanto, una respuesta condicionada al ayuno prolongado. Esto interfiere de forma notable en la señalización social e incrementa el aislamiento, contribuyendo a cronificar el problema (Lynch, 2018a; Lynch et al., 2013).

Tratamiento

La terapia se concibe como un tratamiento ambulatorio intensivo de unas 30 semanas de duración que incluye terapias semanales individuales y grupales. Como la TDC estándar, la TDC RA se estructura en un entrenamiento en habilidades semanal, psicoterapia individual semanal, consulta telefónica y supervisión para los profesionales. Se describen a continuación breves pinceladas sobre la terapia individual y el entrenamiento en habilidades, que se consideran los ejes principales de la intervención. El tratamiento detallado puede consultarse en los manuales de referencia (Lynch, 2018a, 2018b).

Terapia individual: fase de orientación y compromiso

La primera fase del tratamiento consiste en cuatro sesiones individuales centradas en la psicoeducación y el establecimiento de la alianza. En ellas, se reformula el problema del paciente como un problema de EC. El terapeuta explica la teoría neurobiosocial del EC, y el principal mecanismo de cambio: la apertura expresiva, el aumento de confianza y la conexión social. El terapeuta trata en esta fase de obtener el compromiso del paciente de comunicar en persona los deseos de abandonar el tratamiento, algo que se hipotetiza que sucederá en algún momento a lo largo de la terapia. Estos deseos de abandono son una ruptura terapéutica que se trabaja como una forma más de mejorar la expresión y la conexión social del paciente. El tratamiento se individualiza identificando los valores del paciente, y sus objetivos, y fomentando la toma de conciencia de cómo sus conductas desadaptativas de control le impiden vivir una vida satisfactoria.

En el caso de la AN, es especialmente relevante encontrar valores y objetivos que no tengan que ver con la comida, el peso, el cuerpo, el aspecto o la salud. Los terapeutas redirigen amable e indirectamente la búsqueda de objetivos y valores, sin confrontar de forma directa, solo “plantando semillas”, cultivando la idea de que la persona es mucho más que un trastorno de alimentación. Algunos valores no relacionados con los que se puede trabajar son: formar una familia, obtener un empleo satisfactorio, ser más autoconsciente, establecer una relación amorosa, mejorar en los estudios o tener más amigos (Lynch et al., 2013).

Terapia individual: objetivos, intervención y rupturas de la alianza

Las dianas de la terapia individual se organizan jerárquicamente en tres categorías generales:

1. Conductas que amenazan a vida de forma severa e inminente.
2. Rupturas de la alianza.
3. Señalización social no adaptativa, relacionada con patrones comunes de EC.

La **señalización social** se refiere a “cualquier acción, independientemente de la forma, intención, o conciencia, que ocurre en presencia de otras personas” (Lynch, 2018a, p. 234). Desde esta perspectiva, un bostezo o un sobresalto se consideran y trabajan como señales sociales. Así, en lugar de centrarse en variables intrapsíquicas (como por ejemplo la metacognición) la TDC RA incide en *lo que la persona comunica*. El tratamiento se basa en el análisis, modificación y moldeamiento de estas señales sociales para mejorar la vinculación, y paliar el sentimiento de soledad y el aislamiento. Siendo las señales sociales tan amplias (a veces incluso micro mímicas) el terapeuta elegirá para trabajar aquellas que más obstaculicen las relaciones sociales del paciente, las que impidan vivir acorde a sus valores, y las que el paciente considere relevantes.

Para trabajar con las señales sociales, el terapeuta las identifica, describe y muestra (modela) devolviéndoselo a paciente de forma marcada, en una suerte de

role playing. Se lleva a cabo un análisis funcional (“*chain analysis*”) para entender la función y facilitar el cambio. Además, para identificar y focalizarse en las señales sociales relevantes, y otras conductas objetivo, estas se agrupan en cinco amplios temas que el terapeuta va presentando paulatinamente a medida que avanza el tratamiento. Estos temas actúan como marco para facilitar la selección de dianas terapéuticas relevantes. Los temas y algunos ejemplos de conductas diana pueden consultarse en la Tabla 1.

Tabla 1. *Temas relacionados con el EC y señales sociales asociadas.*

Tema	Ejemplos de señales sociales asociadas
Inhibición de la expresión emocional.	<i>Decir “estoy bien” para encubrir un malestar, sonreír cuando se está enfadado.</i>
Conducta excesivamente precavida e hipervigilante.	<i>Planificar compulsivamente cada evento, ensayar obsesivamente que decir.</i>
Reglas rígidas de comportamiento.	<i>Disculparse en exceso siguiendo la norma “hay que ser siempre educado”. Decir a los demás como hacer las cosas siguiendo a regla “hay que ser perfecto”.</i>
Aislamiento y relaciones distantes.	<i>No revelar información personal ni debilidad a otros, abandonar relaciones cuando hay conflicto.</i>
Envidia y amargura.	<i>Criticar a otros, compararse frecuentemente.</i>

El paciente y el terapeuta trabajan para identificar cómo un tema particular afecta a un paciente, cómo se relaciona con sus valores, que tipo de señalización social se asocia, y los pensamientos y emociones generados. Para cada tema, se ofrecen estrategias concretas en forma de habilidades que se basan en el moldeamiento, la psicoeducación, la exposición, lo experiencial, y el mindfulness. Estas habilidades individuales complementan aquellas trabajadas en el grupo de entrenamiento en habilidades. El terapeuta instruye sobre qué habilidades se pueden poner en marcha con una diana relevante para cada paciente particular.

El paciente debe reflejar la presencia, intensidad y frecuencia de las conductas que se estén trabajando en unas **hojas de registro diario**, que se revisaran al inicio de cada sesión de psicoterapia individual. Las hojas de registro diario se consideran fundamentales. En ellas también se da cuenta del uso de estrategias y el resultado de las mismas, como una forma de monitorizar el avance.

Idealmente, la señalización social ocupará la mayor parte del tiempo de la sesión, si no se detectan o aparecen ideas de suicidio inminente, autolesión grave o rupturas de la alianza. Las conductas que ponen en riesgo la vida del paciente pasan a ser prioritarias en la agenda solo cuando son inminentes y severas.

Las **rupturas de la alianza** se consideran prioritarias: una oportunidad para practicar y aprender cómo los conflictos pueden mejorar la intimidad. Las rupturas de alianza en TDC RA se dan cuando el paciente se siente incomprendido o cuando siente que el tratamiento no es relevante para su problema. El paciente rara

vez comunicará este tipo de experiencia interna de forma directa, pero se infiere de algunos comportamientos tales como:

1. **Señales indirectas de desacuerdo:** ser poco específico (“supongo... podría ser”), negar el malestar (“estoy bien”), capitular de forma no sincera (“si tú crees...”) o corregir repetidamente al terapeuta (“no es así, estás equivocado”).
2. **Respuestas defensivas “pushback”:** contestar con otra pregunta (“¿por qué me preguntas eso?”), emitir comentarios sarcásticos (“claro que es mi culpa”) o atacar (“quizás tú deberías usar estas habilidades”).
3. **Respuestas de evitación del daño “dont hurt me”:** utilizar emociones dolorosas para evitar la responsabilidad (“es demasiado doloroso”) o echar la culpa fuera (“no es justo, si hago lo que dices me voy a hundir”).
4. **Respuestas enigmáticas:** Respuestas vagas (“no sé... depende...”), desacuerdo indirecto (“lo voy a intentar, pero...”) u orgullo secreto (“yo no soy como los demás”).

Existe un *protocolo terapéutico* diseñado para cuando se detectan rupturas en la alianza. El terapeuta deja de lado la agenda y el tema que se esté trabajando. Tras esto, para y aparta brevemente la mirada para dejar un espacio al paciente. Después, emite señales de cooperación, por ejemplo, por medio de una sonrisa cerrada acompañada de una inclinación hacia delante. Mostrando y señalando afecto, el terapeuta verbaliza la ruptura con una fórmula tipo: “*He notado que ha pasado algo*”. La conversación se pausa, el ritmo se aminora, y se permite al paciente responder. Se refuerza cualquier revelación de confianza, y se vuelve a la agenda cuando se comprueba que el paciente ha reenganchado, tratando de evitar largas conversaciones al respecto. Las rupturas se consideran una parte necesaria del proceso, buenos indicadores de la intimidad de la relación, se hacen explícitas y se continúa avanzando hacia los objetivos. Esta forma de afrontar los desacuerdos supone una potente fuente de aprendizaje y modelado.

La TDC RA prescinde de abordar de forma directa los síntomas alimentarios y la ganancia de peso. El infrapeso severo, las purgas y los ayunos, se entienden como parte del afrontamiento disfuncional propio del EC. Solo cuando el clínico detecta que el riesgo vital es apremiante se consideran tales síntomas como amenazas para la vida, y se priorizan en la agenda. Es más: los terapeutas deberían evitar en lo posible expresiones de inquietud acerca del riesgo médico del bajo peso o de las conductas restrictivas. Este tipo de comunicación de preocupación puede reforzar la conducta disfuncional de forma soterrada, otorgando al paciente un estatus especial que le excusa de las expectativas habituales y las responsabilidades (Lynch, et al., 2015). Los síntomas TCA ocupan muy poco tiempo en una sesión de terapia estándar, como mucho los últimos veinte minutos. Se transmite la idea dialéctica de que, aunque se esperan modificaciones del peso y la ingesta para la mejoría, estas no son el fin del tratamiento.

Entrenamiento en habilidades

El entrenamiento en habilidades se lleva en grupos de siete a nueve participantes, por medio de 30 sesiones semanales de dos horas y media de duración, aproximadamente (ver tabla 2). En ellas se explican y entrenan 20 nuevas habilidades, que se identifican con acrónimos para facilitar el aprendizaje. Dos terapeutas conducen las sesiones (Lynch, 2018b). El objetivo principal es transmitir nuevo conocimiento y motivar el auto descubrimiento. La metodología es la explicación, la experimentación experiencial, el uso de fichas y registros y las tareas para casa.

Una sesión estándar de entrenamiento en habilidades comienza puntualmente, con un breve ejercicio de mindfulness de menos de diez minutos, a ser posible relacionado con el tema a tratar. Durante los siguientes cuarenta minutos se revisan las tareas para casa. Tras una pausa, se ensayan las nuevas habilidades y se asignan los deberes para la semana. El terapeuta utiliza historias, ejemplos, material gráfico y metáforas para facilitar la exposición. Las sesiones grupales, al igual que las individuales, son altamente estructuradas. Esto pone a los terapeutas ante el desafío dialéctico de “modelar espontaneidad en sesiones de alta estructura y orden”.

La TDC RA implica los mismos grupos de habilidades que la TDC estándar, con diferentes objetivos y estrategias, y añade un componente más referido a las habilidades de apertura radical, específico de este tratamiento. A continuación, pueden consultarse los objetivos de cada grupo de habilidades tal como se detalla en los manuales de referencia (Lynch, 2018a, 2018b) y en Lynch et al. (2013).

En las **habilidades de apertura radical** el objetivo sintomático es la baja apertura, la evitación del riesgo y el feedback, la suspicacia, la poca empatía y validación y la deficiente capacidad de perdonar y mostrar compasión. Se psicoeduca sobre la apertura radical y se practica la toma de conciencia de estímulos desagradables, contrarios a nuestras creencias o inesperados. Se enseña a utilizar el autocuestionamiento en lugar de la evitación y a responder flexiblemente.

Las **habilidades de mindfulness** se dirigen a la adhesión rígida a normas, al imperativo de la corrección y a las compulsiones. Se practica el reconocimiento de los deseos sin juicio, la conciencia de las necesidades imperiosas de orden y control, y la observación de las mismas sin quedar atrapados. En las habilidades de mindfulness también se toma conciencia de los estados mentales para desarrollar la “mente flexible”. En AN, estas habilidades se pueden aplicar a la observación de las sensaciones rechazo a la comida sin pasar a la acción. Este es el único aspecto del entrenamiento en habilidades que se centra específicamente en la ingesta (Hempel, Vanderbleek y Lynch, 2018).

Las **habilidades de regulación emocional** se dirigen a la tendencia a enmascarar las emociones, y a la envidia y amargura provocada por las comparaciones sociales. Se enseña a identificar estas emociones, revelarlas y poner en marcha la acción opuesta para reducir la intensidad de las emociones desagradables a largo plazo.

Las **habilidades de tolerancia al malestar** apuntan al déficit de autocuidado y a las necesidades de estructura y orden. Las crisis de impulsividad potencialmente

dañinas son poco frecuentes en pacientes con EC, por lo que estas habilidades se reducen a breves habilidades para autocalmarse y técnicas de aceptación radical.

Las **habilidades de efectividad interpersonal** tienen como objetivo el aislamiento y el miedo a mostrar vulnerabilidad. Se instruye a identificar los deseos y objetivos, comunicarlos de forma adecuada, practicar la amabilidad, la empatía, la validación y la asertividad. Se pone un énfasis especial en la comunicación no verbal y en las respuestas de evitación social más comunes (“*dont hurt me*” y “*push back*”).

El entrenamiento en habilidades de la TDC RA está diseñado de tal forma que pueda adaptarse a un grupo abierto, es decir, los pacientes se pueden incorporar en cualquier momento del tratamiento, con lo que aumenta a flexibilidad del programa y las posibilidades de implantación en un contexto clínico.

Tabla 2. Sesiones del entrenamiento en habilidades TDC RA.

Sesión	Título de la sesión
1	Apertura Radical.
2	Entender las emociones.
3	Activar la seguridad interpersonal.
4	Mejorar la apertura y la conexión social por medio de amabilidad.
5	Comprometerse con comportamientos novedosos.
6	¿Cómo nos ayudan las emociones?
7	Entender el exceso de control.
8	Problemas con la tribu: entender el rechazo y las emociones sociales.
9	¡La señalización social importa!
10	Usar la señalización social para vivir acorde a valores.
11	Entrenamiento en Mindfulness: Estados de la mente.
12	Entrenamiento en Mindfulness parte 2: Habilidades “QUE”.
13	Entrenamiento en Mindfulness parte 3: La habilidad “CÓMO” principal: el autocuestionamiento.
14	Entrenamiento en Mindfulness parte 2: Habilidades “CÓMO”.
15	Integridad interpersonal: Expresar lo que queremos decir.
16	Integridad interpersonal, parte 2: La mente flexible revela.
17	Efectividad interpersonal: Amabilidad ante todo.
18	Siendo asertivo con una mente abierta.
19	Usar la validación para señalar inclusión social.
20	Mejorar la Conexión social, parte 1.
21	Mejorar la Conexión social, parte 2.
22	Aprender del feedback crítico.
23- 26	Repetición del entrenamiento en Mindfulness.

Sesión	Título de la sesión
27	Envidia y resentimiento.
28	Cinismo, amargura y resignación.
29	Aprender a perdonar.
30	Semana de integración.

Estilo Terapéutico

El terapeuta adquirirá un estilo que pueda modelar el comportamiento disfuncional de los pacientes, que tienden a la seriedad, la constricción, y a tomarse “la vida muy en serio”. Frente a esto, el terapeuta se mostrará bromista, cercano, relajado y flexible y “hará un poco el tonto” (Lynch, 2018a). El objetivo de este estilo es activar el sistema de seguridad interpersonal de los pacientes. Es el tipo de comunicación, informal y juguetona, que se adopta con los niños, con el objetivo inconsciente de que se sientan seguros y aprendan. Asimismo, se modelan la humildad, la amabilidad y el entusiasmo que se espera ver en ellos.

Los terapeutas también están muy atentos a cómo comunican, a sus propias señales sociales. Se potencian durante la terapia señales como el *levantamiento de cejas* para comunicar aceptación y apertura, y *sonrisas cooperativas*, con la boca cerrada y la expresión relajada, señal de conexión. La postura, el tono de voz y el contacto visual debe ser tranquilo, pero acompañado de una gesticulación suficientemente marcada. Las posturas de sumisión y no dominancia se utilizarán para hacer bromas o confrontaciones, especialmente al final del tratamiento.

En la TDC RA las estrategias conductuales (reforzamiento, moldeamiento, modelado, extinción...) se combinan con estrategias dialécticas, que suponen el equilibrio entre opuestos, la presencia simultánea de dos puntos de vista aparentemente enfrentados. El pensamiento dialéctico es útil en estos pacientes que tienden a la rigidez. La estrategia dialéctica principal es “*la irreverencia juguetona versus la seriedad compasiva*” y tiene que ver precisamente con el estilo. El terapeuta tendrá que acoger a sus pacientes, señalizando seriedad y compasión, pero también desafiarlos, con bromas y burlas cariñosas. El terapeuta hablará con su paciente sobre sus propias señales, estilo y comunicación, favoreciendo el autocuestionamiento con fórmulas tales como “¿*Por qué crees que he dicho eso?*”. Este tipo de comunicaciones y señales aumentan la intimidad y sirven al paciente para aprender formas de estar conectado y sentirse seguro en las relaciones. Un análisis detallado de las estrategias conductuales y dialécticas puede encontrarse en el texto de referencia (Lynch, 2018a). Los aspectos conductuales y dialécticos, además de formar parte del estilo, constituyen también pilares filosóficos del tratamiento, junto con la apertura radical y el autocuestionamiento. El terapeuta tendrá que implicarse y comprometerse a practicar él mismo aquello que instruye. No se puede aprender la apertura radical desde una posición meramente intelectual.

Estudios de Eficacia

La TDC RA cuenta con manuales detallados lo que está permitiendo la realización de estudios de eficacia en diversas poblaciones, sin embargo, la investigación en AN aún es escasa, con solo dos estudios al respecto publicados hasta la fecha.

El primero (Lynch et al., 2013) es un diseño pre-post en el contexto de hospitalización. Se aplicó TDC RA a 47 mujeres adultas (29 años de media) con AN Restrictiva y un índice de masa corporal (IMC) medio al ingreso de 14.43. La duración media del tratamiento fue de 21.7 semanas. Trece pacientes no finalizan el estudio. En los resultados, calculados por intención de tratar, se observa un aumento significativo en el IMC (media al alta 18.26) ($p < 0.001$). Se observa además mejoría en las puntuaciones globales del EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*, Fairburn y Beglin, 1994) ($p < 0.001$), el EDQoL (*Eating Disorder Quality of Life*, Engel et al., 2006) ($p = 0.004$), y el cuestionario CORE (*Clinical Outcome in Routine Evaluation*, Evans et al., 2002) ($p < 0.001$) si bien no todas las subescalas de dichos cuestionarios resultan en cambios significativos. Aunque los resultados son prometedores, entre las limitaciones destacan la falta de grupo control y de seguimiento al alta.

El segundo (Chen et al., 2015) es una serie de casos, con un diseño pre- post y seguimiento a los seis y doce meses. En un contexto ambulatorio, los autores añaden a la TDC individual, un módulo de entrenamiento en habilidades de Apertura Radical de ocho semanas de duración. Las participantes son nueve mujeres adultas, con diagnóstico de AN e IMC medio de 18.67, que obtienen mejorías significativas en todos los índices estudiados. Los autores aportan los resultados en cuanto a tamaño del efecto, encontrando, en la entrevista LIFE (*Longitudinal Interview Follow-up Evaluation-Psychiatric Status Rating*, Keller et al., 1987): d post = 0.89; d 6 meses = 0.82; d 12 meses = 0.84, en el IMC d post = -1.12; d 6 meses = -0.87; d 12 meses = -1.21, en el GAF (*Global Assessment of Functioning*, 5.ª Ed.; DSM- V; American Psychiatric Association [APA], 2013): d post = -0.69; d 6 meses = -0.77; d 12 meses = -0.77 y en el EDE (*Eating Disorder Examination*, Fairburn y Cooper, 1993): d post = 0.53; d 6 meses = 0.49; d 12 meses = 0.39. En las medidas ad hoc, además, las pacientes puntuaron la terapia como adecuada y recomendable. Este estudio tiene la limitación de la escasa muestra y la carencia de grupo control, pero apunta la posibilidad de que algún componente de la TDC RA pueda ser eficaz por separado y en combinación con otros abordajes.

Conclusiones y discusión

Como la TDC, la TDC RA puede considerarse una terapia de tercera generación, en la línea de la de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2016) y la Terapia Focalizada en la Compasión (Gilbert, 2010), con las que comparte aspectos, y que tiene algunos elementos diferenciales y característicos entre los que destacan el énfasis en la apertura y en la señalización social.

Si bien se trata de un acercamiento novedoso, la TDC RA, y por tanto este

trabajo, tiene algunas limitaciones que cabe señalar. En primer lugar, merece más estudio el factor EC como elemento subyacente de tipo transdiagnóstico. En este sentido, no se han realizado estudios en autismo, trastorno de personalidad evitativo u otras patologías en las que se supone presente. También la señalización social como agente de cambio psicoterapéutico necesita más desarrollo experimental. La investigación en AN es escasa, no se han realizado ensayos controlados aleatorizados y las publicaciones al respecto corresponden al grupo promotor. La TDC RA aún está, por tanto, en el campo de las ideas, es un desarrollo teórico, una hipótesis clínica. Asumiendo que la TDC RA no deja de ser una propuesta, y tendrá que hacerse su sitio entre la multitud de opciones psicoterapéuticas, son varios los motivos por los que, consideramos, puede ser una propuesta prometedora, especialmente para trabajar con mujeres adultas, con AN restrictiva grave, para las que contamos con tan pocos recursos.

En primer lugar, sitúa el foco en la señalización social dejando de lado los síntomas alimentarios y la ganancia de peso. Esto puede ser bien recibido por los pacientes con AN crónica, que tienen una larga historia de fracasos y muestran escasísima motivación al cambio de su conducta alimentaria, así como un disminuido sentido de autoeficacia.

Por otro lado, dedica mucho tiempo a la psicoeducación, tanto en individual, como en grupo, y esto dota al paciente y al terapeuta de un amplio, complejo y funcional lenguaje común, reforzado además por el uso de acrónimos, como una suerte de código secreto. Así se favorece la alianza, que emerge de un paciente y un terapeuta que conceptualizan igual los problemas y hablan de ellos de una forma similar. Además, el terapeuta constantemente muestra (señaliza) cooperación y no dominancia, confrontando suavemente por medio del humor, ayudando a crear una relación significativa y de confianza, que sea modelo de otras y favoreciendo la adherencia, siempre complicada con esta población grave. Por último, se trabaja con registros, fichas, tareas, deberes y objetivos, lo que encaja con el estilo habitual, orientado a la acción y al logro, de las pacientes con AN.

Aunque se trata de un tratamiento intensivo y complejo, que exige formación (y casi inmersión) por parte de los terapeutas, parece lo bastante flexible como para poder ser adaptado con éxito para su aplicación en la sanidad pública española (dónde se tratan posiblemente los casos más graves de AN) en contextos hospitalarios y en ambulatorios. Quizás, igual que en la TDC estándar (Soler, Elices y Carmona, 2016), los componentes de la TDC RA sean eficaces por separado, o en conjunción con otros abordajes, lo que permitiría coser un traje a medida a la complejidad sintomática de cada TCA. Futuros estudios de eficacia tendrán que probar estas intuiciones.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Boone, R. T. y Buck, R. (2003). Emotional Expressivity and Trustworthiness: The Role of Nonverbal Behavior in the Evolution of Cooperation. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(3), 163-182. <https://doi.org/10.1023/A:1025341931128>
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., ... Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823-2833. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001349>
- Cassin, S. y Vonnerson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Chen, E. Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan, M. M., ... Lynch, T. R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa-A pilot study: Adapting DBT For Outpatient Adult Anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123-132. <https://doi.org/10.1002/eat.22360>
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-55. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Dejong, H., Broadbent, H. y Schmidt, U. (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 635-647. <https://doi.org/10.1002/eat.20956>
- Engel, S. G., Wittrock, D. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E. y Kolotkin, R. L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 62-71. <https://doi.org/10.1002/eat.20200>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *The International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4%3C363::AID-EAT2260160405%3E3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4%3C363::AID-EAT2260160405%3E3.0.CO;2-%23)
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.) *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Font-Domènech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M. y Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200007\)28:1%3C8::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200007)28:1%3C8::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-U)
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Nueva York, NY: Routledge.
- Hamatani, S., Tomotake, M., Takeda, T., Kameoka, N., Kawabata, M., Kubo, H., ... Ohmori, T. (2018). Impaired central coherence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 259, 77-80. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.086>
- Hartmann, A., Weber, S., Herpertz, S., Zeeck, A. y German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa. (2011). Psychological treatment for anorexia nervosa: A meta-analysis of standardized mean change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 216-226. <https://doi.org/10.1159/000322360>
- Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S. y Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003909. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003909.pub2>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Haynos, A. F., Berg, K. C., Cao, L., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Utzinger, L. M., ... Crow, S. J. (2017). Trajectories of higher- and lower-order dimensions of negative and positive affect relative to restrictive eating in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 495-505. <https://doi.org/10.1037/abn0000202>
- Hempel, R., Vanderbleek, E. y Lynch, T. R. (2018). Radically open DBT: Targeting emotional loneliness in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 26(1), 92-104. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418268>

- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P. y Andreasen, N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 540-548. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180050009>
- Kochanska, G., Murray, K. T. y Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, 36(2), 220-232. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.220>
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Lynch, T. R. (2018a). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.
- Lynch, T. R. (2018b). *The skills training manual for Radically open dialectical behavior therapy: A clinician's guide for treating disorders of overcontrol*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y. y O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13(1), 293. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-293>
- Lynch, T. R., Hempel, R. J. y Dunkley, C. (2015). Radically Open-Dialectical Behavior Therapy for Disorders of Over-Control: Signaling Matters. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 141-162. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.141>
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, S. W. (2003). Social Engagement and Attachment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 31-47. <https://doi.org/10.1196/annals.1301.004>
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(Suppl_2), 86-90. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17>
- Schneider, K. G., Hempel, R. J. y Lynch, T. R. (2013). That "poker face" just might lose you the game! The impact of expressive suppression and mimicry on sensitivity to facial expressions of emotion. *Emotion*, 13(5), 852-866. <https://doi.org/10.1037/a0032847>
- Soler, J., Eliges, M. y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: Aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-66). <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, É., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J. y Gagnon-Girouard, M.-P. (2017). Identification of promising practices in the treatment of anorexia nervosa. *Sante Mentale Au Quebec*, 42(1), 379-390. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/28792578>
- Westwood, H. y Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H.-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., ... Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>

CONTRADICCIONES DE LA PSIQUIATRÍA MÉDICA

EN LA TEORÍA Y EN LA PRÁCTICA

CONTRADICTIONS OF MEDICAL PSYCHIATRY IN THEORY AND PRACTICE

Julio Company Ortega

Psiquiatra de la Seguridad Social, CSMA Maresme sud, Barcelona. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7729-7039>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Company Ortega, J. (2020). Contradicciones de la Psiquiatría Médica. En la teoría y en la práctica. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 163-179. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.329>

Resumen

Este texto no trata sobre una nueva psiquiatría o un manifiesto de ruptura con el abordaje actual de los trastornos mentales. Más bien trata de poner de relieve el alejamiento sistemático de lo genuino del individuo, por un proceder basto, impreciso, pero a la vez implacable, característico de la psiquiatría médica imperante. Me cuestiono si esta aproximación al padecimiento existencial no contribuye, por el contrario, a la cronificación de dicho sufrimiento al verse forzado el sujeto a identificarse, sin opción, a una posición pasiva que lo sitúa como enfermo mental. Desde la mirada de un psiquiatra al uso se resaltan contradicciones evidentes, tanto en la teoría como en la práctica, y se indaga sobre el núcleo del aferramiento, terco, a las mismas.

Palabras clave: Trastornos Mentales, Genuino, Psiquiatría Médica Imperante, Cronificación, Posición Pasiva, Enfermo Mental, Contradicciones.

Abstract

This text is not about a new psychiatry or a manifesto breaking with the current approach to mental disorders. Rather, it tries to highlight the systematic distancing of the genuine from the individual, by a coarse, imprecise, but at the same time implacable procedure, characteristic of the prevailing medical psychiatry. I wonder if this approach to existential suffering does not contribute, on the contrary, to the chronification of this suffering when the subject is forced to identify himself, without option, to a passive position that situates him as mentally ill. From a psychiatrist's point of view, evident contradictions are highlighted, both in theory and in practice, and the nucleus of the stubborn clinging to them is investigated.

Keywords: Mental Disorders, Genuine, Prevailing Medical Psychiatry, Chronification, Passive Position, Mental Illness, Contradictions.



Descompensación siempre por falta de medicación

Uno de los preceptos más habituales en la práctica diaria en psiquiatría, que se da en conversación con compañeros o en coordinaciones con otros dispositivos, es que, la descompensación de un trastorno mental, se explica siempre *por falta de medicación*. Pondré como ejemplo un caso que me hizo pensar, irrumpiéndome las cuestiones más ingenuas, pero que no he podido responder todavía. Se trataba de una coordinación con un servicio concreto con el que trabajamos y explicaban el caso de una mujer que había presentado una fase maníaca. Comentaban que era una paciente diagnosticada de trastorno bipolar tipo I, y que, en los últimos cuatro años no había tomado su medicación eutimizante. La conclusión fue, que la descompensación se debía al abandono de la misma.

La pregunta que se me presentó ineludible fue ¿qué la mantuvo estable durante tantos años? Si aplicamos la fórmula organicista, es decir, [lesión cerebral + medicación estabilizadora], la única explicación es que el psicofármaco haya tardado en metabolizarse cuatro años. ¿Sería este caso comparable a un cuadro de diabetes o de hipertensión? ¿Qué pensaríamos si durante cuatro años se abandona una medicación y no se presentan síntomas? En este punto se presentan otras contradicciones, como por ejemplo, personas asintomáticas con dosis teóricamente infraterapéuticas; personas que mejoran al establecer nuevos vínculos o cuando rompen con ellos (sean familiares, de pareja o incluso con el personal de la institución); otras que lo hacen cuando su situación social (por encontrar un trabajo, por incluirse en un grupo social, por mejorar su condición económica, etc.) conservando, sin embargo, la misma pauta de medicación con la que, hasta el momento, su *evolución* había sido tórpida. Cabe mencionar, contrariamente, personas, que, a pesar de una pauta invariable de medicación, se descompensan.

La cuestión es, que, si nuestro discurso se enfoca en describir *enfermedades mentales crónicas* equiparándolas con el resto de enfermedades somáticas, es decir, que requieren de una medicación continua y para toda la vida ¿cómo encajan las anteriores situaciones en esta ecuación? ¿Por qué en vez de obviar estos hechos, pensamos en qué factores permiten a la persona estar estable, más allá de la toma psicofármacos? Dicho de otro modo, ¿qué otras variables son las que hacen que una persona permanezca *compensada*? Son preguntas que caen por su propio peso, pues no son casos aislados, pero ¿por qué no nos lo paramos a pensar? Citaré algunos factores que pueden contribuir a ello:

- La carga asistencial: un psiquiatra al uso en régimen ambulatorio puede llegar a tener en su agenda de trescientos a seiscientos pacientes. Se trata de una carga asistencial enorme, pues no sólo incluye el aspecto clínico (visitas programadas, grupos de terapia, visitas o llamadas de urgencia), sino también el burocrático (derivaciones, informes asistenciales de diversa índole), el social-jurídico (peritaje en juicios), las coordinaciones con el propio equipo u otros dispositivos de la red de salud mental, reuniones de diversa índole y convenios de docencia. En mi opinión dicha carga

asistencial condiciona totalmente el caso que se está tratando, facilitando respuestas groseras, generalizadas, y apartándose de la singularidad de cada situación.

- La instrucción psiquiátrica oficial: la formación tradicional, sobre todo para el psiquiatra, y pese que en teoría se promulguen diferentes perspectivas como *lo comunitario*, *la rehabilitación* o *diferentes modelos de psicoterapia*, en la práctica, y, sobre todo, en el trato del llamado *trastorno mental grave*, hay una jerarquía evidente de lo biológico. Muy excepcionalmente se escucha que una psicoterapia le gane el terreno a una medicación; o que un abordaje personalizado de las necesidades de una persona desde el punto de vista comunitario (por ejemplo, encontrar un espacio concreto donde desplegar una actividad que actúe de suplencia, generar nuevos lazos sociales, actuar de acompañante como agente contrafóbico, etc.) reemplace programas de psicoeducación o permita la remisión progresiva de la pauta medicamentosa. Se pueden plantear espacios psicológicos o acompañamientos más personalizados, pero (casi) siempre como algo complementario y manteniendo incuestionable la pauta crónica de medicación. También se comprueba en la práctica diaria, que personal más disponible a pie de calle, como el *programa de seguimiento individualizado* o PSI, actúa, de nuevo, como repetidor del discurso médico o para instruir o supervisar que el usuario se adhiera a ese saber imperante, más que aprovechar la oportunidad de vincularse y conocer con más tiempo y espacio a aquel genuino sujeto, al margen de la sintomatología que padezca. Por suerte, debo decir, se encuentran excepciones que modifican la regla.

Aunque, sobre todo en el periodo formativo, se promueven enfoques diferentes, en la práctica diaria como adjunto, de forma más o menos alusiva, todo acercamiento se encauza hacia al paradigma biologicista, quedando, lo que quiera que signifique *lo psico-social*, relegado a un segundo plano.

- La comodidad o la evitación de más estrés: resulta mucho más llevadero asociar la descompensación a falta de medicación, pues sólo son necesarios unos minutos en instruir a una persona, que indagar en qué factor externo y o subjetivo ha sido el precipitante de la descompensación, lo cual, en cambio, puede acarrear varias visitas, es decir, meses, y eso en caso de que haya una disposición por parte del interlocutor. Instruir a una persona en neurotransmisores y un par de medicaciones con el precepto de que es para toda la vida se tarda muy poco tiempo. Explorar la dimensión personal, en cambio, es decir, su posición ante la vida, sus relaciones, sus fantasías, su angustia nuclear, sus defensas, sus suplencias, los significantes que lo designan, las coyunturas de desestabilización, etc., es decir, indagar en lo específico de la persona es algo complejísimo para lo que se requeriría, en cambio, años.

En esta misma línea, en la práctica diaria, si se produce una recuperación o

mejoría siempre se deberá a la medicación, tanto si el cambio se produce inmediatamente, como si lo hace a meses vista. Por ejemplo, durante la rotación en la unidad hospitalaria de agudos en mi época de residente, observaba, a veces, que la estabilización clínica se producía de forma repentina e ingenuamente preguntaba qué factores contribuían a que una persona se recuperara a los pocos días de estar ingresada, y en cambio otra tardara hasta cuatro semanas en hacerlo. La respuesta siempre era por la introducción de tal o cual pauta farmacológica. La contundencia que percibía de la respuesta era tal que no osaba cuestionarla. Quedaba en silencio, pero en mi fuero interno pensaba cómo dos aspectos contrarios podían tener la misma solución, sin introducir ninguna variable más.

Sobre la estabilidad psicopatológica, en general, ¿no es posible que se esté excluyendo el distanciamiento con ciertos factores desencadenantes que le posicionan a un de tal o cual manera, la narrativa de lo sucedido que la misma persona elabora con el tiempo, la adquisición o recuperación de suplencias o nuevas relaciones que permiten un posicionamiento subjetivo diferente? Todas estas variables, quizá menos palpables y difíciles de evaluar, y sin embargo determinantes, no se contemplan, o lo que es más grave, apenas se tiene noción de ellas.

Ocurre también que, después de años de medicación, la persona que la abandona se desestabiliza, con lo cual, se infiere, de nuevo, que se debe a la *falta de medicación*. Sin embargo, me asaltan otras hipótesis, como, por ejemplo, ¿no se modulará el cerebro, después de décadas de perpetua pauta farmacológica, de manera que se haga dependiente a la misma? ¿No es posible, también, que la persona tras años de constante psicoeducación y subyugada a coordenadas como *la medicación es para siempre, no dejes la medicación o empeorarás*, o de modo indirecto con continuas alusiones a la misma, esté representada por una serie de significantes, fuera de los cuales quede totalmente desprovista de identidad?

Me gustaría citar, ahora, algunos ejemplos de primeras descompensaciones extraídas tanto de la literatura psiquiátrica como de la práctica diaria y que, en este tenor, me hacen pensar qué se pone en juego más allá de un supuesto desequilibrio irreversible de neurotransmisores.

- La hermana de una paciente se casa; ésta última se va a vivir con ella; el marido de la hermana va a la mili; en este periodo de ausencia del marido, la hermana tiene un amante; la paciente, aunque en contradicción, facilita la relación; en un momento dado, ésta empieza a sentir que el nuevo amante de la hermana se siente atraído por ella (la paciente); ésta brota cuando ve a la hermana mayor y al amante besarse.
- Paul Schreber (2018), caso clásico de psicosis, presenta un cuadro psicótico cuando le nombran miembro del tribunal de Apelación de Dresde.
- Una madre, que siempre había soñado con serlo, entra en descompensación psicótica cuando el médico le da el niño tras el parto.
- Una mujer, que había sido sodomizada desde que era pequeña, en la adolescencia presenta incontinencia fecal. Inicia un cuadro alucinatorio

grave en el momento en que le reconstruyen el esfínter anal.

- Un investigador que lleva décadas trabajando en una investigación. Presenta un cuadro psicótico en el momento en que la pública.

¿Cómo se explican todos estos ejemplos desde un punto de vista biológico? ¿Se trata quizá de un estrés agudo que lleva a la desorganización de neurotransmisores? ¿Lo podría demostrar para poder afirmarlo de forma tan tajante? Por ejemplo, en cuanto a la primera suposición, seguramente la persona habrá soportado a lo largo de su vida situaciones de mayor carga emocional, así es que, ¿por qué ha sido en ese contexto concreto donde ha salido a escena la psicosis? ¿Por qué por un lado nos desentendemos de buscar la bisagra que torna hacia la locura, pero por el otro, damos una unívoca explicación biológica?

¿No funcionamos, quizá, a partir de unos parámetros que determinan la percepción tanto del mundo que nos rodea como de nuestra identidad, pudiendo acontecer situaciones que los hagan tambalearse?

Contraste de la psiquiatría con respecto del resto de especialidades médicas

Una de las cosas que se le exige a cualquier especialidad médica, más hoy en día, es la correlación anatomo-clínica. Es decir, la relación entre la clínica y el hallazgo lesivo causal y sus secuelas, no en uno, sino en diferentes planos: anatómico (macroscópico), anatomopatológico/histopatológico (microscópico) y actualmente, incluso, el genético y epigenético. Ésta es quizá una de las más evidentes contradicciones, ya que nunca se verá a un psiquiatra pedir una sola prueba diagnóstica, sino que, por el contrario, dirá que la pide para descartar organicidad, pero ¿no habíamos quedado que lo psiquiátrico es biológico, luego orgánico? Así pues, ¿asumimos que la psiquiatría se sostiene en la medicina sin poder explicar ninguna de sus *enfermedades* desde un punto de vista anatómico, fisiopatológico ni genético, es decir, sin un agente causal?

A lo largo del siglo XVII surge en Europa y América un movimiento filosófico que será conocido como la edad de la razón o la ilustración. Sus participantes querían iluminar el intelecto humano y la cultura después de la oscura Edad Media. El interés se desplazó hacia el hombre y concretamente en el alcance de la plenitud a través de la razón, lo cual se fue haciendo extensible al ámbito social, económico, político y científico. En este marco, los médicos impusieron la jerarquía del método por encima de las teorías generales y se empeñaron en hallar el agente causal último de las enfermedades del cuerpo. Sobre este eje, se buscaría identificar las enfermedades naturales del hombre, que debían cumplir ser numerables e irreducibles, con un proceso y pronóstico determinado y consecuentes a un agente causal concreto. Por ejemplo, una neumonía se debía diferenciar de una apendicitis y ésta de la gota, ya que las tres tendrían unos signos concretos en diferentes órdenes: el clínico, el anatómico y el anatomopatológico. Paralelamente, si se hallaba el agente causal de una patología, se definiría un tratamiento específico para aquél. Consecuencia de ello, se descartaron, por un lado, las teorías generales, y como

corolario se rechazaron también las panaceas, es decir, aquellos tratamientos que servían, en teoría, para cualquier tipo de padecimiento.

La psiquiatría, podría aspirar acercarse al resto de la medicina si se hallara, para cada supuesta enfermedad, un agente causal concreto, es decir, que para corroborar que una persona tuviera, supongamos, esquizofrenia, halláramos en sangre una sustancia única y común en todas las personas que hubiéramos diagnosticado de la misma. Podríamos llamar a esta sustancia, a modo de ejemplo, *esquizofreína*, y, si observáramos que a determinados valores por encima se iniciara la clínica que asociamos a esta psicosis, y a otros valores por debajo remitiera, estaríamos en condiciones de afirmar que su origen es biológico. Lo mismo para la melancolía-manía y para la paranoia. Dicho así parece absurdo, reduccionista y propio de la ciencia ficción, sin embargo, es lo que anhela la psiquiatría médica, es decir, un marcador biológico que delimite una enfermedad de otra. Si estamos lejos de alcanzar este punto, mucho más lo estamos de asignar una enfermedad mental a un determinado gen, lo cual, revelándose una hazaña imposible se ha optado por justificarse desde la *multicausalidad*, lo *multifactorial* o lo *biopsicosocial*, es decir, volver, en mi opinión, a constructos generales y teorías vagas que no apuntan a nada en concreto ¿no es otra contradicción?

Este aspecto queda más difuminado si cabe en el terreno de la neurosis, la cual queda enmascarada con términos tan comunes, y a la vez que inespecíficos, como son la *depresión*, la *distimia* o *trastorno de la personalidad*. Bajo estos constructos se puede encontrar, en muchas ocasiones, desde gente agotada y en condiciones externas muy diversas, personas en duelo por pérdidas de diferente índole, conflictos internos reactivos a diversos factores de estrés, hasta incluso, síntomas iniciales de un desencadenamiento psicótico posterior. Dado que hoy en día se ha perdido el valor de la causalidad psíquica y se ha promocionado el diagnóstico rápido equiparando el síntoma superficial con la estructura, ha tenido lugar la aparición de una cantidad ingente de diagnósticos superficiales de escaso valor pronóstico y mucho menos, que señalen un tratamiento preciso.

Por otra parte, el tratamiento en psiquiatría es lo más parecido a una panacea, es decir, a un remedio poco específico que sirve para muchas cosas, lo cual es debido a que no hay una sustancia natural sobre la que actuar. Por ejemplo, podríamos emplear un mismo tratamiento, pongamos un *antipsicótico*, para un caso en que se considere de impulsividad excesiva, para una situación de ansiedad generalizada suficientemente invalidante, para una ideación obsesiva, para sintomatología psicótica o para el insomnio pertinaz. También para alguien cuya extravagancia nos inquiete. Ante esto nos mostramos impasibles, pero ¿qué pensaríamos si para la hipertensión, nos pautaran un antidiabético o la hormona tiroidea? ¿no dudáramos de su precisión tanto diagnóstica como terapéutica?

También hay diferencia en el objetivo último que persiguen las especialidades médicas con respecto de la psiquiatría. La finalidad de las primeras es evitar la muerte del sujeto derivada de un proceso morboso natural y consecuencia directa

de una disfunción orgánica o aliviar el dolor somático. La psiquiatría, sin embargo, intenta controlar la sinrazón o el padecimiento existencial. Parecen, más bien, realidades diferentes, dado que la muerte es algo universal, mientras que el sentido de una conducta o el padecimiento existencial se asocian a una cultura determinada y un tiempo histórico particular.

Particularidades de nuestros diagnósticos

Se infiere de lo descrito anteriormente, que si no hay un agente causal nuestro diagnóstico tampoco apuntará a una lesión orgánica específica, como sí lo es, por ejemplo, un *infarto de miocardio con elevación del segmento ST*, el cual conllevará a una intervención determinada acorde con la lesión descrita. Conforme a esta particularidad, tanto el tratamiento como el pronóstico en psiquiatría se vuelven imprecisos. Como veremos más adelante los psicofármacos inhiben o atenúan la conducta por un efecto depresor del sistema nervioso, pero no porque estén subsanando una lesión. Así sucede, entonces, que bajo una misma etiqueta diagnóstica respiran individuos totalmente distintos con manifestaciones clínicas y conductuales tan dispares que nada tienen que ver con el diagnóstico al que quedan perpetuamente asociadas ¿Qué tendrá que ver una persona con una ideación delirante aguda que remitió y sigue con su vida en apariencia normal; con otro que decidió silenciarse para siempre; con otro cuya desorganización conductual es tal que no puede vivir más que en un centro cerrado; con otro que escucha voces comentadoras de vez en cuando y que lejos de asustarle le hacen compañía; con otro a quien le atemorizan de forma constante y vocifera para deshacerse de ellas? ¿Cómo es posible que una etiqueta diagnóstica suture toda esa discontinuidad?

Otra peculiaridad de nuestros diagnósticos se da, a veces, cuando advertimos estructuras que podemos considerar como psicóticas por los síntomas, por la manera de relacionarse, por el tipo de ansiedad, por funcionamiento general, por el peso de certeza de sus ideas, etc., pero decidimos diagnosticar de *trastornos* calificados como *leves* porque convenimos que la persona se maneja con suficiente normalidad como para no ser diagnosticada con tal losa, es decir, que en muchas ocasiones se tiene en cuenta el impacto estigmatizador e invalidante en muchos campos de su vida, que sobreviene al ser diagnosticado de una enfermedad mental ¿es este efecto estigmatizador, común al resto de especialidades médicas?

La psiquiatría debe de ser de las pocas especialidades médicas cuyo manual diagnóstico oficial cambia radicalmente sus criterios cada cierto tiempo sin que haya una causa natural o biológica que lo justifique. Sería como si de repente encontráramos en los manuales diagnósticos de cardiología que el corazón se sitúa a la derecha sin encontrar una explicación para ello. ¡Como si la naturaleza cambiara en función del consenso entre un puñado de expertos!

Sobre este manual se pueden decir muchas cosas. En primer lugar, se habla en estos textos de *trastornos mentales* y no de *enfermedades mentales*, lo cual parece ser un signo de que no hay consenso en la concreción de una lesión cerebral

que permita esculpir en piedra el segundo término. En esta misma dirección, no hablamos de *cerebral*, sino de *mental*. El primero remite a una etiología orgánica, material y palpable; mientras que el segundo, en cambio, es un término abstracto, intangible y más común en el terreno de la psicología, la antropología, la literatura u otras ciencias humanistas. Reconocido este hecho incluso por los manuales oficiales *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastorno Mentales* (5.^a Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association [APA], 2013) y *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2018), es llamativo, y a la vez contradictorio, lo habitual con lo que se habla de *enfermedad mental* en la práctica diaria, equiparándose al resto de enfermedades somáticas, y, en consecuencia, orientando su manejo de un modo generalista y sistematizado.

El *DSM* define el trastorno en términos de comportamiento, con lo cual se produce una diseminación de la patología. Por ejemplo, en vez de considerar la timidez y el nerviosismo como síntomas de una categoría clínica subyacente por descubrir, éstos se convierten en una categoría en sí misma, la *fobia social*. La idea de causalidad psíquica compleja o vida interior desaparece, para definirse como *acausal y ateorico*. Y ¿no vuelve a ser una contradicción permanecer en el terreno médico y erigirte sin causa biológica alguna para justificar un diagnóstico? Se desmorona la diferencia entre el síntoma y la estructura. Cualquiera puede tener un tic, una fobia, un desorden alimenticio, una obsesión, pero deberíamos estudiar qué lugar ocupa eso en la vida del individuo. Se da validez a la parte por el todo, por ejemplo, una conducta obsesiva te convierte en un neurótico obsesivo; una conducta histérica en un histérico. Se borra, en definitiva, la diferencia entre lo superficial y lo profundo, con lo que cada vez se generan más categorías clínicas facilitando que cada aspecto de la condición humana pueda convertirse en un trastorno. Parece que, cuanto más ligeros sean los criterios diagnósticos, mayor sector de la población abarcará y más fácil será diagnosticar y tratar una conducta.

Otra característica resaltable, es que a veces se fuerzan diagnósticos para diferentes finalidades, como por ejemplo para buscar recursos sociales, para introducir a la persona en protocolos que aseguren un mayor seguimiento y adherencia o para cumplir con programas específicos, pues si no se llega a un mínimo de determinadas etiquetas diagnósticas no se financia o se penaliza. Por ejemplo, en un determinado CSMA deben llegar a un 33% de diagnósticos TMS (trastorno mental severo) a final de cada año, o si no la administración sanciona con una multa económica. El usuario debe adaptarse al dispositivo y no al revés.

Operamos como si de leyes naturales se tratara y, sin embargo, en nuestra práctica clínica nunca solicitamos una sola prueba biológica diagnóstica. ¿No es eso algo cuestionable? Continuamente se gira en torno a esa postura, justificando así el tratamiento psicofarmacológico y el aferramiento al mismo de forma crónica, y, sin embargo, no podemos presentar ni una sola prueba al respecto. Jamás se basará en algo real que yo pueda mostrarle a esa persona, sino que, por lo contrario, se confeccionará un discurso sobre un imaginario que ambos deberemos aceptar.

De hecho, en el resto de las especialidades médicas, si, bajo un supuesto, se hace una prueba diagnóstica y finalmente no resulta confirmatoria, se sigue buscando la causa o finalmente se define la enfermedad como idiopática, pero no se afirma o se generaliza de continuo algo indemostrable.

La cuestión es, ¿nos son de utilidad los diagnósticos si no sirven para precisar, desde un punto de vista estrictamente biológico, una prueba diagnóstica, una lesión específica, un pronóstico o concretar un tratamiento específico? ¿Qué diferencia hay, desde el periscopio positivista, entre una paranoia, una reacción psicótica breve, una psicosis cíclica, un estado confusional o una psicosis tóxica? ¿Cómo se explica desde la teoría de los monoaminérgica tal diferencia? ¿Qué diferencia hay desde esta óptica entre una idea obsesiva, una ideación deliroide, una idea delirante transitoria, una creencia superficial, una convicción profunda, una rumiación o una preocupación? ¿No apunta esta imprecisión biológica a un intento forzado de delimitar lo que es subjetivo?

En relación a este apartado, hay un fenómeno muy difícil de sortear que resulta de diagnosticar una *enfermedad mental*. Desde ese momento, toda manifestación de malestar es sospechosa de principio de descompensación y, como reacción habitual del facultativo, reajustará la pauta farmacológica. Es como si se estableciera un sentido unívoco e incuestionable, que parte de una idea inamovible y que seguramente estará avivado por varios condicionantes, como, por ejemplo:

- El escaso tiempo. Sucede que para abordar una situación que quizá requeriría de días para poderse esclarecer y dar el margen necesario para que la persona pusiera palabras a su malestar, el facultativo, por el contrario, se ve impelido a dar respuesta en quince o treinta minutos cada tantos meses.
- El espacio. Tal situación se encara en un lugar que tiene la misma conformación que cualquier otra especialidad médica, es decir, que la persona queda posicionada como una enferma o pasiva ante su padecimiento. ¿Es similar el seguimiento de una anemia que el de un estado mental con todos sus condicionantes? ¿No nos obliga esta disposición a valorar el problema en términos absolutos, y, por lo tanto, en dar una respuesta generalizada, y no de forma relativa, es decir, teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrollan los acontecimientos?
- La presión. Ésta se ve facilitada al no poder supervisar la situación con más continuidad, lo cual está condicionado, a la vez, por la carga burocrática y clínica de los cientos de pacientes agendados. Lo peor de esto, no es la carga asistencial en sí, sino que mucha de ésta se aleja de lo que, supuestamente deberíamos hacernos cargo, es decir estados mentales *patológicos*, y se acaba acogiendo toda forma de malestar social, por ejemplo, gente desempleada, inmigrantes sin papeles que, por un lado, se les cobija, pero que a los dieciocho años se les echa a la calle sin muchas explicaciones, personas sin posibilidad de recursos sociales que se acogen a *la enfermedad mental* como última salida, etc. No es tanto el hecho de no querer dar

salida a toda esta mescolanza de malestar, que no se puede y que acaba por congestionar nuestras consultas volviéndolas inoperantes, sino que da la sensación que se enmascara la insuficiente respuesta social y política con la enfermedad mental. Por ejemplo, no es que no haya recursos para ayudar a una persona que debe ejercer de cuidadora principal de sus padres enfermos y dementes, que además mantiene con su único sueldo a su familia dado que a su marido le han echado de su empresa con cincuenta y un años y no encuentra trabajo a su edad, y esté lógicamente agotada, sino que tiene un *trastorno adaptativo mixto*. Es decir, que, dándole la vuelta a la tortilla, es la persona que, supuestamente, por sus debilidades biológicas o genéticas no da la respuesta suficiente, a una situación ya de por sí imposible, y no es capaz de adaptarse. ¿No seremos cómplices, con nuestro proceder, de una sociedad desequilibrada? ¿Sirve de algo ese diagnóstico para esa persona o para el psiquiatra que debe codificarla?

- El apremio ejercido por el entorno. Personas alrededor de la de quien ha sido diagnosticado de un trastorno mental, han sido, normalmente, psicoeducadas con la visión unívoca de la *enfermedad mental*, se alertan por una inminente descompensación cuando detectan determinados signos. Se da en ocasiones que una clínica determinada es tolerada tanto por el paciente como por el facultativo, sin embargo, la situación cambia cuando ésta entra en confrontación con más personas o en convivencia. Se puede dar el caso que, ante esa misma clínica, en un caso se pueda sobrellevar y en otro caso se deba proceder a un ingreso por la tensión que se va generando. Ocurre que este factor agravante, en la mayoría de casos, pasa desapercibido, y, sin embargo, en mi opinión, contribuye a fijar el síntoma y así favorecer la cronicidad.

Estos son sólo algunos de los factores condicionantes a los que el *profesional* en psiquiatría queda sometido, y, en consecuencia, empujado, más que a dar una respuesta meditada y particular, a descomprimir a ultranza esa tensión generada por factores que incluso no tienen que ver con esa situación de supuesta descompensación. En cualquier caso, la intervención pasará por medicar o derivar. ¿Este tipo de acciones, con el tiempo, no van silenciando al sujeto que padece esos síntomas? ¿No le va arrastrando inexorablemente a la posición de enfermo? ¿No se va cronificando también el facultativo? ¿No va éste abandonando, con el tiempo, otras maneras de pensar la situación y por lo tanto de ofrecer otro tipo de respuesta?

Da la sensación de no haber noción de que determinados padecimientos tienen un determinado ritmo, y requieren, quizá, de un acompañamiento solamente, pero que en ningún caso remiten a una *enfermedad* o supuesta descompensación de la misma. Dado que sólo hay un sentido al malestar, sólo puede haber una respuesta o solución al mismo, y, tanto el paciente como el facultativo, quedan entonces atrapados por el mismo axioma.

Me pregunto si el actual proceder de la psiquiatría médica, no hace más que

reforzar una y otra vez la *enfermedad*, dando un sentido patológico a procesos que, quizá con una relación de confianza y acompañamiento suficiente, se pueden ir atemperando. Me pregunto también, si este proceder desde el principio y durante años no coarta otras posibles salidas a ese padecimiento y se empobrece con el tiempo un *yo* con otras posibilidades de identificación. ¿No hay una parte del sujeto que se va ahogando y otra, por el contrario, se ve forzada a asirse al flotador único de la *enfermedad*? ¿No es posible que este proceder, con el tiempo suficiente, debilite a un individuo que debe resignarse a respuestas únicas e implacables?

Sobre nuestros tratamientos

Normalmente, en la medicina primero se hace una investigación exhaustiva, por ejemplo, se busca un marcador biológico, una proteína, una enzima, una molécula y luego se hace un fármaco a medida. Es decir, que se hace una llave para abrir una puerta determinada. En psiquiatría, por el contrario, se validó una llave en concreto y se hizo la puerta a medida.

En el caso de los fármacos *antipsicóticos* parece ser que fueron descubrimientos casuales y sin relación con alguna alteración fisiopatológica. Por ejemplo, la clorpromazina se utilizaba como tranquilizante en la anestesia; la reserpina para tratar la hipertensión; la iproniazida para tratar la tuberculosis; el urato de litio para sedar a cobayas antes de experimentar con ellas. Lo que sucedió es que las cualidades narcóticas de dichos fármacos se promocionaron y se equipararon a la retórica de *cura* y *tratamiento*. Pasaron de ser *sujeciones químicas*, equivalentes a las sujeciones mecánicas, a *curas de precisión*, por parte de campañas de *marketing* de determinadas corporaciones.

Los efectos que se apreciaron tras la toma de dichas sustancias sirvieron de acorde puente para reforzar la armadura médica. Uno de los efectos más comunes que producen es la *indiferencia* frente al entorno. Actuaban como *una camisa de fuerza química*, de hecho, no hay que olvidar que el término original que designaba a estas medicaciones era *neuroléptico*, el cual significa, literalmente, sustancia que ata o detiene al sistema nervioso. Se deduce pues, que dicha sustancia reducía la actividad cerebral en todas sus facetas, lo cual permitió que pasara de ser un tranquilizante o supresor del sistema nervioso a un *antipsicótico*, es decir a actuar en el proceso químico, supuesto, de la psicosis y revertirlo.

¿Significa que quien responde a dicha sustancia reduciendo, por ejemplo, la impulsividad, la ansiedad, o en el insomnio, es un psicótico? ¿Se trata entonces de un antipsicótico, o es más lógico definirlo como neuroléptico? Sirva como anécdota obtenida de la práctica diaria, que no se considera válido el resultado de un test de inteligencia de una persona que tome de forma crónica psicofármacos ya que se considera que dichas sustancias entorpecen el rendimiento psíquico general ¿No dibuja este ejemplo más a un neuroléptico que a un antipsicótico de precisión? Atribuir el papel de la conducta humana a los neurotransmisores sería como atribuir la existencia de la literatura a la tinta de la pluma o decir que hablamos gracias a la

boca, sin contemplar los eslabones que anteceden a la consecuencia final. Necesariamente se requiere de un soporte material o biológico, pero de este no se infiere la conducta manifiesta. Si se trata de enfermedades de causa biológica, y, por tanto, por la alteración rigurosa de una sustancia natural, ¿por qué no está presente en el resto de las especies animales, y sí en cambio el resto de enfermedades somáticas? ¿no tendrá que ver más bien con el lenguaje, el deseo, y en definitiva con el campo simbólico? ¿no estará este último particularmente desarrollado en la especie humana y por lo tanto estará regido por reglas *sui generis*?

Asimismo, los intentos de abordaje a partir de según qué modelos psicológicos pueden ser igualmente alienantes. Partiendo de que el diagnóstico en salud mental es un constructo teórico de valor parcial y no absoluto, es decir, que va variando según el momento histórico o el contexto médico en que se encuentra el sujeto, valga como ejemplo la homosexualidad, y no del hallazgo de una sustancia universal, se tratará un determinado padecimiento con ideas generales acorde a tal construcción, alejándose, consecuentemente, de lo genuino de la persona que lo sufre. Dichas intervenciones estarían en la misma línea que anteriormente comentábamos, que no sería otra que la de crear una potente matriz donde el paciente se vería impelido a identificarse.

La herencia de la *enfermedad mental*

Otro de los capítulos donde la psiquiatría médica se vuelve borrosa en su intento de aproximarse a la medicina, es sobre el tema de la *herencia genética* de la *enfermedad mental*. Parafraseando a M. Foucault (2005), la herencia [parece] es una manera determinada de dar cuerpo a la enfermedad en el momento mismo en que no se la puede situar en el plano del cuerpo individual.

Constantemente se escucha que hay un claro componente hereditario, pero no hay suficientes pruebas genéticas para confirmarlo o que hay un claro componente hereditario, pero también hay casos inaugurales de enfermedad. ¿No es eso último algo contradictorio, o que por lo menos, debería motivarnos a poner nuestra atención a esos últimos casos y no los primeros? ¿Cómo se puede explicar un mismo hecho desde dos puntos de partida contrarios y llamarlo evidencia? Los eslóganes en el ámbito de la psiquiatría suelen dibujar el trayecto de una estrella fugaz: con gran intensidad al principio, pero desvaneciéndose rápidamente. Se inicia un artículo hablando de una evidencia irrefutable y dos líneas después se rectifica. ¿Es equiparable la psiquiatría con la evidencia de una ciencia pura como la física o las matemáticas? ¿Se puede trasladar la subjetividad humana, con pruebas antropométricas, puesto que no disponemos de analíticas ni pruebas de imagen, a la ciencia? ¿No nos arriesgamos a caer en un reduccionismo extremo y alienante? Un aspecto que me llama la atención en este mismo capítulo es que siempre se habla de genes, que se activan y se desactivan, cual patrón *mendeliano*, siempre sin participación alguna del individuo, pero se obvia que el crecimiento psíquico y cerebral se construye por medio de su entorno, en las primeras etapas de la vida.

Aun centrándonos exclusivamente en el punto de vista biológico, parece que hay ciertas condiciones que facilitan la liberación de factores neurotróficos, así como la cantidad y calidad de conexiones neuronales en las primeras etapas de la vida y en cambio, otras situaciones que lo obstaculizan. En comparación con lo que sucede con los seres humanos, la conducta del resto de animales, en su hábitat natural, no requiere de ningún aprendizaje previo y está adherida filogenéticamente a los miembros de una especie, es decir, que se pone en marcha por instinto. Por ejemplo, nacen y nadie les enseña a caminar, comunicarse, a comer, a identificar a sus depredadores, etc., sino que es algo, que se despliega automáticamente en cada miembro de la especie, sin excepción. Es decir, estas conductas tienen su causa en la naturaleza misma, son *innatas*.

Este despliegue, en cambio, en el ser humano no es algo natural, sino fruto de la cultura, y, por lo tanto, serán conductas inherentes a un momento histórico, a una comunidad, a una unidad familiar con idiosincrasia propia, y, por consiguiente, *adquiridas*. ¿No resultarán las primeras etapas de la vida cruciales para la formación del campo simbólico, el lenguaje, y a consecuencia de éste advendremos disímiles con respecto de los demás miembros de nuestra especie?

En la práctica clínica, aunque no es algo que se pueda generalizar, parece más lógico entender el estado mental de una persona por su biografía o su explicación subjetiva de sus acontecimientos vitales, que, atribuyéndolo a una activación o desactivación caprichosa de una serie de genes, lo cual, en última instancia, será algo imaginario e inaccesible, tanto para el facultativo como para la persona que tenemos delante. ¿Es equivalente que en las primeras etapas de la vida haya un encuentro armónico con nuestros cuidadores, o como diría Winnicott (2013), *una madre suficientemente buena*, que una situación de abandono o de negligencia? ¿Qué entendemos por *predisposición genética* exactamente? Esto último, se predica constantemente como un mantra, pero resulta difícil de explicar de manera lógica y desgranando los acontecimientos desde el gen hasta una conducta determinada. ¿No serán las manifestaciones psiquiátricas consecuencia de las particularidades del desarrollo de nuestro campo simbólico en interacción con las circunstancias del entorno? ¿Igualmente, la *enfermedad mental* es algo aislado al entorno que la rodea o su curso puede verse modulado por la interacción con éste? ¿No deberíamos poner el énfasis en entender, además de a aquellas personas que padecen *enfermedad mental* y tienen antecedentes familiares diagnosticados, a las que, por lo contrario, no los tienen? ¿Por qué parece que desde el cientificismo hay cierta inclinación en anular una posición activa del sujeto frente a su padecimiento?

¿Crónicos o cronificados?

Cuando en nuestros dispositivos se habla de que alguien es *un crónico*, hay cierto remusgo de empobrecimiento o de deterioro a lo largo del tiempo. Desde la visión *neo-kraepeliana* actual, se podría entender tal proceso asumiendo que la propia *enfermedad* (precoz) conlleva un (supuesto) deterioro biológico y, por

tanto, un menoscabo de todas las facultades psíquicas. Sin embargo, me resulta inaceptable pasar por alto los aspectos comentados hasta el momento.

La teoría médica de la *enfermedad mental* se basa todavía en un supuesto, y no algo en lo que haya un consenso unánime, ya que, de ser así, hubiera sido transferida a los dominios de la neurología, lo cual, por otro lado, sí ha sucedido con la demencia senil o enfermedad de *Alzheimer*. Siendo esto todavía así, ¿cómo es posible que se transmita con tanta determinación esta concepción sin albergar, si quiera, alguna duda? Si los diagnósticos no nos sirven para señalar una lesión, un tratamiento ni un pronóstico concretos, ¿es lícito psico-educar a la persona proporcionando un sentido único a su padecer? ¿Le es útil a la persona o al facultativo? ¿Es posible que tenga una repercusión negativa a largo plazo o que esté coartando posibilidades de mejoría? ¿Y, es posible, además, que la misma medicación a largo plazo favorezca el deterioro cerebral?

Pese a la debilidad explicativa de la *enfermedad mental* desde la óptica médica, los dispositivos institucionales están dispuestos en función de estas premisas. Dando por válida esta perspectiva, ¿para qué se necesita ver al paciente? Seguido al diagnóstico, se despliega de forma automática un panóptico del que el usuario, en continua inspección, ya no puede escapar, éste queda marcado y su subjetividad invalidada en pro de un falso *self* generalizado fruto de la psicoeducación. Uno no es consciente de cuánto desconoce a la persona que tiene delante, hasta que hace números. Si la media de visitas en un centro de salud mental corriente es de una vez cada tres meses y cada visita, siendo generosos, es de treinta minutos (en algunos dispositivos puede ser incluso la mitad de tiempo), estaríamos asistiéndolo alrededor de dos horas al año. Repito, dos horas al año.

La pregunta inevitable es ¿[puedo ayudar a alguien] que ha caído por el agujero de la psicosis [dedicándole dos horas al año]? Suponiendo que en este centro se filtra los casos más complejos y graves en cuanto a salud mental se refiere, ¿es el tiempo adecuado que debo dedicar? ¿Puedo con este tiempo, mínimamente, conocer su realidad interna y externa? Desde cualquier otra óptica es un tiempo ridículo, sin hablar del condicionamiento que origina el espacio o las indumentarias semejantes a cuando nos tienen que valorar sacar unos puntos, sin embargo, desde la (im)postura oficial es tiempo más que suficiente. Desde este enfoque, los fármacos cobrarán un valor imprescindible, ya que la única manera de actuación sobre esa persona no es mediante la construcción de una relación transferencial particular, la reflexión conjunta, el cuestionamiento o el abordaje de unas necesidades concretas, sino mediante un sometimiento disciplinario del cuerpo y de sus emociones, con fármacos y psicoeducación. Como ya hemos explicado antes, debe tenerse en cuenta, además, que el facultativo ambulatorio tiene su agenda colapsada, con lo cual, la posibilidad de escapar de la fatiga y la tensión, es improbable, reduciéndose indefectiblemente la capacidad de reflexión, cuestionamiento o posibilidad de particularizar el caso. Así pues, la respuesta desde la institución, generalista, inflexible y defensiva, está, con mucha probabilidad, asegurada.

Otro punto interesante es el tema de los dispositivos supuestamente más horizontales, como son los *clubs sociales* o los *centros de día*. Siempre me ha llamado poderosamente la atención, que espacios cuya finalidad responde a la inserción social, la rehabilitación o la integración, reciban el mismo nombre que aquellos otros a los que nos destinan cuando somos improductivos socialmente, dementes o un estorbo. Por ejemplo, los centros de día de ancianos. Otra contradicción que me suscita es que la mayoría de veces, la persona se inicia en estos centros tras dos y tres décadas de institución médica y no, curiosamente, desde el principio. ¿No se infiere del nombre su verdadera finalidad? ¿Se busca realmente tras la derivación a estos dispositivos reorganizar el proyecto de vida de la persona y un cuestionamiento conjunto de su situación particular, así como un ánimo de prosperidad?

Después de subrayar estos puntos, ¿no es posible que participemos, de alguna manera, en este proceso degenerativo si desde el principio devolvemos como única imagen la de *enfermo mental* a la que empujamos a la persona a aferrarse? Si añadimos, además, que durante años la toma de medicación continua y, en algunos casos creciente, con el impacto físico implícito que conlleva, ¿no contribuirá a su empobrecimiento e inhibición progresivas?, es decir, ¿a la cronificación? ¿No se instauraría un proceso deletéreo semejante en una persona que se resigna a dar vueltas en círculo sin posibilidad de otros alicientes, expectativas o posibilidades de identificación? ¿No es inmanente en la *cronificación*, la resignación y la desesperanza? Si consideramos la psicosis como un desmoronamiento dramático de las identificaciones que hasta el momento sustentaban al individuo, ¿no sería más adecuado posibilitar cuantas más identificaciones y desde el principio, mejor, en vez de dedicarlo a protocolos, test y programas de psicoeducación? ¿No desalentamos, con nuestra manera de aproximarnos, al sujeto que existe detrás de los síntomas? La pregunta pues, sería ¿son *crónicos* o *cronificados*?

Avances en Psiquiatría

Bien pensado, ¿qué avances, en estos doscientos años de psiquiatría médica ha habido?

- En cuanto a hallazgos biológicos, me viene uno a la cabeza, la enfermedad de *Alzheimer*. Al haber consenso de una lesión cerebral objetiva ha pasado en el acto a ser tratada como una enfermedad cerebral, no una enfermedad mental y por lo tanto a ser catalogada dentro de los diagnósticos de neurología. Todo y eso, si seguimos rascando, vemos que hay casos de personas que, aun habiendo alteraciones cerebrales *post mortem* sugerentes de *Alzheimer* (cuerpos beta-amiloide), en vida nunca manifestaron la clínica. ¿No nos sugiere este ejemplo que hay algo que trasciende a la materia palpable? ¿Quizá nuestra dimensión simbólica? Siempre me he preguntado, lo cual también es muy visible en la práctica diaria, ¿por qué hay personas de cierta edad, que, *casualmente* se demencian cuando se quebranta el trayecto, hasta el momento constante, de su vida? Por ejemplo,

una jubilación. En estos casos, dado que no se contempla que personas de edad avanzada puedan debutar con cuadros psiquiátricos puros (¿puros quiere decir no biológicos? Pero ¿los trastornos mentales no son de causa biológica?), se suele hacer una prueba de imagen que se da como válida cuando el cerebro presenta signos de atrofia. Sin entrar en detalles, se trata de un proceder de nuevo impreciso, ya que la mayor parte de la población anciana puede presentar signos de atrofia en una neuroimagen y, sin embargo, no tener correlato, en absoluto, con su conducta. Una vez más, se sale del paso *con sordina*, obviando otras argumentaciones. Aceptando la premisa de la atrofia cerebral como origen de la conducta disfuncional en personas de edad avanzada, ¿por qué causalmente después de tal o cual desencadenante vital?

- En cuanto a los tratamientos farmacológicos, sí parecen, a corto plazo, ser menos dañinos, aunque a largo plazo y altas dosis, que es lo que muchas veces sucede en condiciones de cronicidad, no parece estar tan claro. Actualmente, se destila la forma *depot*, que es justificada como un tratamiento *más cómodo* para el paciente (y para el facultativo, sobre todo, que no debe preocuparse más por la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico). Sin embargo, en mi opinión va en detrimento de su autonomía y de su responsabilidad en cuanto a la toma de medicación y sus posibles consecuencias. En definitiva, le hace ser más pasivo. Contrariamente, seguimos administrando fármacos clásicos, algunos incluso con más de cincuenta años, ya que, con el tiempo, los fármacos de primera línea, o incluso las formas *depot*, pierden su efectividad y es necesario un mayor efecto neuroléptico. Otro aspecto sobre los tratamientos que me es llamativo es la intensa promoción de un procedimiento tan antiguo y controvertido como la terapia electro-convulsiva. Lo que me pregunto es, si en el resto de la medicina se siguen promoviendo las purgas o las sangrías. Este aparente estancamiento en el dominio terapéutico, con respecto al resto de especialidades médicas ¿no es un indicio de la obcecación en una diana que no existe? ¿No estaremos confundiendo las causas con las consecuencias? ¿No estaremos tratando de apagar las alarmas en vez de detener el fuego que las activa?
- Otro aparente avance podría ser el hecho de que actualmente no existan, por lo menos en nuestro ámbito territorial, los manicomios. No obstante, se sigue enviando a la gente, y a edades muy tempranas, tanto a centros residenciales, como a centros de larga estancia. También cabe mencionar la cantidad de personas que están tuteladas de forma crónica, sin que se vuelva a reevaluar la situación, perdiendo, en consecuencia, la mayoría de sus derechos civiles.

Parece claro que estamos tan lejos de una *cura* de la enfermedad mental, como al principio, pero ¿hemos mejorado, en ayudar a integrar al loco, en la sociedad?

¿No debería ser nuestra prioridad *des-alienar* más que *curar*?

Si ha habido mejoría en la evolución de las *enfermedades mentales*, no me parece que haya sido por el desarrollo de nuevos fármacos, o por el mayor conocimiento biológico de la *enfermedad mental*, sino, y a pesar del enfoque actual, porque en suma hay mayor asistencia, programas de rehabilitación, centros de día, clubes sociales, atención domiciliaria, grupos de terapia, etc., lo cual, es posible, que se traduzca en mayores oportunidades de deseo, mayor posibilidad en la satisfacción de las necesidades básicas, nuevos posicionamientos interpersonales o mayor presencia en momentos de soledad.

Tomando esta inferencia como válida y concluyendo ¿no sería más acertado dedicar el esfuerzo económico y humano, no tanto a la generación de nuevas medicaciones, o en ejercer como un dispensador, sino en crear dispositivos más horizontales, y desde un buen principio, personalizar cada situación al máximo, valorar las necesidades de la persona, así como poder abordar lo mejor posible las circunstancias familiares y sociales que la envuelven? ¿No deberíamos asumir nuestras contradicciones y debilidades para poder avanzar en una dirección más próxima a la realidad de cada individuo? ¿No apunta la psiquiatría estar más cerca de las disciplinas humanistas que de las médicas? ¿No refleja, esta terquedad actual, el miedo a enfrentar situaciones que desarmen nuestros sempiternos argumentos? o, más aún ¿no temeremos, en el fondo, poner en cuestión una posición de reconocimiento o poder? ¿Quizá de comodidad o de ignorancia?

¿Cómo se entendería, si no, aferrarse a argumentaciones, hasta la fecha, tan contradictorias?

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11)*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Schreber, P. (2018). *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*. Madrid, España: AEN.
- Winnicott, D. W. (2013). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.

TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

PREMATURE TERMINATION IN PSYCHOTHERAPY: A NARRATIVE REVIEW

Pablo Rafael Santangelo

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

Fundación Aiglé, Argentina

CAPsi, Centro de Asistencia Psicológica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5551-2923>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rafael Santangelo, P. (2020). Terminación Prematura en Psicoterapia: una revisión narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 181-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.316>

Resumen

La psicoterapia es una de las aplicaciones de la psicología clínica que ha demostrado ser un recurso efectivo y eficaz, pero no ha logrado los niveles esperables en todos los pacientes. Uno de los problemas clínicos con el que nos encontramos en este campo es la terminación prematura por parte del paciente sin acuerdo con el psicoterapeuta. El problema mencionado deriva en dos problemas, uno conceptual y otro operacional, existiendo distintas definiciones del término como así diferentes maneras de medirlo. El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión no sistemática sobre el tema, teniendo como ejes las distintas maneras en que se ha definido el concepto, las diversas formas de medirla, los resultados de meta-análisis realizados sobre la temática y las variables que pueden modularla.

Palabras claves: Terminación Prematura, Deserción, Psicoterapia, Abandono.

Abstract

As an application of clinical psychology, psychotherapy has proven its efficacy and effectiveness. But has been unable to reach the same levels of success in all patients. One clinical problem we encounter in the field is premature termination by the patient without the corresponding arrangement with the psychotherapist. This implies a conceptual and operational problem, as there are different ways to define said outcome, as well as different ways of assessing it. The objective of this work is to carry out a non-systematic review on the subject, taking as axis the different ways in which the concept has been defined, the different ways of assessing it, the results of meta-analysis carried out on the subject and the variables that can modulate it.

Keywords: Premature Termination, Dropout, Psychotherapy, Abandonment.



Introducción

Sabemos claramente que la psicoterapia es una intervención eficaz y efectiva para personas con problemas psicológicos, y que no funciona para todos (McAleavey et al., 2017). Uno de los impedimentos más importantes para la efectividad de la misma es el problema de la terminación prematura. Aunque se ha encontrado que las tasas de abandono en la psicoterapia son más bajas que las tasas de terminación prematura para intervenciones farmacológicas (Swift, Greenberg, Tompkins y Parkin, 2017), en psicoterapia aproximadamente uno de cada cinco pacientes elige terminar el tratamiento antes de la finalización programada (Swift y Greenberg, 2012).

Se han identificado distintos moderadores de la deserción como las expectativas (Aubuchon-Endsley y Callahan, 2009; Greenberg, Constantino y Bruce, 2006) y el efecto del terapeuta (Saxon, Barkham, Foster y Parry, 2017; Zimmermann, Rubel, Page y Lutz, 2017) entre otros. La deserción ocurre comúnmente en la psicoterapia afectando a todas las modalidades, métodos y modelos de administración de tratamientos, incluidas las psicoterapias más sólidas basadas en la evidencia como lo son para el estado de ánimo, la ansiedad y otros trastornos psicológicos (Nathan y Gorman, 2015). Esta tiende a ocurrir en las primeras sesiones, un patrón que se ha observado tanto en los ensayos controlados aleatorios (Gutner, Gallagher, Baker, Sloan y Resick, 2016) como en las clínicas ambulatorias (Kehle-Forbes, Meis, Spont y Polusny, 2016; Saxon et al., 2017). Por lo tanto, la deserción se constituye como uno de los elementos que interfiere en el logro de los objetivos propuestos para la intervención, y por ende para el éxito de esta. En este trabajo usaremos los conceptos de terminación temprana, deserción, desgaste, terminación prematura o abandono como sinónimos salvo que se aclare lo contrario.

Problema conceptual y operacional

En principio nos encontramos con un problema de definición conceptual y su correspondiente operacionalización. Las distintas investigaciones, ya sean trabajos empíricos o metaanálisis que abordan la temática, brindan distintas definiciones de la deserción. Esto hace que las comparaciones y los metaanálisis sean difíciles de realizar.

Las conceptualizaciones de abandono psicoterapéutico han variado a lo largo de la historia de la investigación, solo mencionaremos las más destacadas. Se lo ha definido como el hecho de no asistir a un cierto número de sesiones (Baekeland y Lundwall, 1975), es decir, pensar que se requiere de un número mínimo de ellas y no completarlas. Este método está sujeto a la interpretación respecto a la duración adecuada del tratamiento lo cual es una limitación. También tiene el potencial de clasificar erróneamente a los pacientes que se recuperan después de unas pocas sesiones y aquellos que no progresan, es decir, no los discriminaría.

No regresar después de la evaluación de admisión (Longo, Lent y Brown, 1992). Garfield (1994) señaló que los pacientes que abandonan después de una evaluación de admisión no han terminado prematuramente sino que no han podido comenzar

la terapia. Se podría argumentar que los pacientes que terminan la terapia después de una sola sesión de admisión probablemente hayan abandonado el tratamiento prematuramente. Sin embargo, para algunos pacientes, la terapia de una sola sesión puede resultar suficiente. Además, esta definición excluirá a muchos pacientes adicionales que también deberían clasificarse como terminadores prematuros.

No regresar al tratamiento después del receso de un semestre (Kane y Tryon, 1988). Esta es una definición sujeta a los contextos de investigación universitarios. La cual puede ser usada pero dejaría de lado muchos otros tipos de abandonos.

Terminación unilateral por parte del paciente sin la aprobación del terapeuta (Richmond, 1992). Brogan, Prochaska y Prochaska (1999) caracterizaron el abandono en las sesiones previas a las 10 sesiones en contra del criterio del terapeuta, mientras que la terminación de mutuo acuerdo antes de las 10 sesiones fue definida como una terminación apropiada.

Otros autores han conceptualizado el abandono según el criterio del terapeuta (Chisholm, Crowther y BenPorath, 1997). Este método depende del juicio clínico que puede ser parcial y defectuoso (Garb, 2005). El juicio del terapeuta puede no representar un índice válido de terminación prematura. Por ejemplo, la confianza exclusiva en el criterio del terapeuta ignora la perspectiva y el funcionamiento real de los pacientes involucrados.

No asistir a la última cita programada (Hatchett, Han y Cooker, 2002). La definición de última sesión perdida presenta a los investigadores un índice altamente confiable de terminación prematura (Pekarik, 1985). Además de una mayor confiabilidad, esta definición de deserción también posee cierta validez aparente.

Otro método para operacionalizar la deserción se basa en no terminar un protocolo de tratamiento. Este sistema se ajusta lógicamente a la definición de abandono antes de completar un curso completo de terapia (Maher et al., 2010; Swift y Greemberg, 2012). Esta definición alude al no cumplimiento de un mínimo de sesiones prefijadas antes del inicio del tratamiento, como a dejar el mismo sin alcanzar los objetivos acordados mutuamente.

Como resultado de estas conceptualizaciones heterogéneas, las tasas de deserción varían en función de la definición usada en los diferentes estudios y los hallazgos deben ser interpretados con cautela respecto a los criterios utilizados. Las propuestas más actuales, que se desarrollaran en el próximo apartado, son un intento de homogeneizar los datos a partir del consenso de una definición.

Propuestas recientes

Se han realizado varias propuestas para homogeneizar los resultados de las investigaciones. Hatchett y Park (2003) presentan un sistema de clasificación para medir la deserción basado en un cambio clínicamente significativo. De acuerdo con esta operacionalización, se determina que los pacientes son terminadores prematuros si interrumpen la terapia antes de evidenciar una mejora confiable y antes de obtener una puntuación dentro del rango normal en una medida de resultado,

como la que podría brindar el *The Outcome Questionnaire OQ-45.2* (Lambert et al., 1996). Este método encaja con la definición de abandono basada en la interrupción de la terapia antes de recuperarse de los problemas que llevaron a buscar tratamiento, pero tiene sus limitaciones, por ejemplo algunos pacientes severos no regresan a un rango de funcionamiento normal, evaluados según el OQ-45.2, es decir, no quedarían por debajo del puntaje de corte de dicho instrumento. Un porcentaje significativo de pacientes ambulatorios obtienen al inicio del tratamiento puntuaciones de referencia dentro del rango normal de funcionamiento, lo que impide el movimiento de la población clínica al rango normal (Lambert, Okiishi, Finch y Johnson, 1998). Incluso muchas de las medidas de resultados breves se centran en la angustia sintomática o en un área problemática única (por ejemplo, ansiedad). Es posible que estos inventarios no midan muchas de las condiciones para las cuales las personas buscan terapia, por ejemplo, problemas interpersonales / familiares. (Hatchett y Park, 2003). Aunque el método de cambio clínicamente significativo aún incorpora un grado de juicio clínico al definir el constructo, este método operacionaliza de manera más objetiva el abandono en comparación con los otros métodos.

Swif y Greember (2012) proponen tener en cuenta cuatro criterios, a saber, partir de los objetivos consensuados con el paciente, el terapeuta podría emitir un juicio después de considerar si se completó o no el protocolo de tratamiento (si lo había), si el paciente interrumpió el tratamiento o no de forma abrupta e inesperada, y si una medida de resultado objetiva indica o no que el paciente ha mejorado de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo.

Sin una definición compartida, es difícil comparar los resultados de un estudio a otro. Si se adoptara el método mencionado anteriormente que combina el criterio del terapeuta con las otras operacionalizaciones (falta de mejora completa y confiable o cambio clínicamente significativo), se necesitaría administrar escalas de resultados estandarizadas en cada sesión. La administración de medidas de resultado sesión por sesión tiene la ventaja de proporcionar datos de estado final de los pacientes que abandonan prematuramente. Los terapeutas podrían utilizar esta información del estado final para tomar una decisión sobre si cada uno de sus pacientes ha abandonado. Además, es importante que los resultados del tratamiento y los estudios de resultados del proceso no solo informen los datos sobre las tasas de interrupción prematura, sino que también se proporcione información demográfica para los grupos que abandonaron y completaron el proceso (Swift y Greemberg, 2012).

Cooper, Kline, Baier y Feeny (2018) en un marco unificador y transdiagnóstico proponen tener en cuenta: predictores de abandono fijos o relativamente inmutables como por ejemplo, características diagnósticas o demográficas; predictores modificables como la motivación y las expectativas; y finalmente, aquellas variables que pueden diferir con respecto a su posible papel mecanicista en la promoción o prevención del desgaste, como la sensibilidad a la recompensa.

En síntesis, la operacionalización basada en el tiempo implica una interpretación subjetiva de lo que debe durar el tratamiento. Esto puede ser claro en ensayos clínicos aleatorizados, donde la longitud del tratamiento se define generalmente dentro del protocolo de tratamiento pero es más difícil para las muestras naturalistas. En estudios de efectividad con diferentes límites de tiempo en los tratamientos, parece difícil predefinir un número mínimo de sesiones estándar, así los pacientes que responden temprano al tratamiento pueden clasificarse como abandonos. En contraste con la operacionalización basada en la duración, la definición de abandono basada en el juicio del terapeuta parece tener mayor validez ya que tiene en cuenta lo que evalúa el terapeuta en la sesión con sus pacientes. La definición de Swif y Greember (2012) basada en la propuesta de Hatchett y Park (2003) es una de las más viables y confiables. Esta implica acuerdo de objetivos, juicio del terapeuta respecto a si completó el tratamiento o lo interrumpió de manera abrupta e inesperada, y tener una medida de resultado objetiva que indique que el paciente ha mejorado, o no, de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo. Anteriormente se mencionó como una de las limitaciones de esta definición el uso de instrumentos de evaluación de resultados que solo miden síntomas, pero este no sería el caso de la escala que evalúa resultados de Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud (2003) la cual pondera a partir de cuatro preguntas malestar individual, interpersonal, social y general. A esta definición podríamos agregarle, en caso de ser posible, las razones que da el paciente para dejar el tratamiento.

Hipótesis sobre la deserción

Algunos resultados de investigación apoyan la hipótesis que sostiene que los pacientes abandonan un tratamiento porque no se están beneficiando del mismo. La falta de mejoría temprana predijo el abandono de la terapia de cognitiva comportamental (TCC) para el trastorno de pánico en un ensayo controlado aleatorio (Lutz et al., 2014) y en TCC para la depresión (Schindler, Hiller y Witthoft, 2013). Distinta es la hipótesis que enuncia que los pacientes abandonan el tratamiento porque se sintieron mejor y creen no necesitar más. Las primeras sesiones provocan alivio en los síntomas (Crits-Christoph et al., 2001; Schindler, Hiller y Witthoft, 2013). Bloom (2001) informó, basándose en una revisión de 40 artículos, que “entre un tercio y la mitad de los pacientes seleccionados al azar que asistieron a una sola sesión se vieron lo suficientemente ayudados por la sesión para que el proceso terapéutico pueda ser terminado” (p. 75). Szafranski, Smith, Gros y Resick (2017) encontraron que hasta el 55% de los pacientes que abandonaron el tratamiento para el trastorno por estrés postraumático mostraron cambios clínicamente significativos o se reunieron buenos criterios respecto de los síntomas. Por lo tanto, los pacientes pueden abandonar la psicoterapia porque han logrado satisfacer sus necesidades y no necesitan tratamiento adicional.

Parece que el abandono de la psicoterapia podría estar relacionado con un resultado pobre o con una mejoría rápida. Esta variabilidad en los resultados en

las investigaciones ha llevado a estudiar los moderadores del desgaste caracterizándose por un énfasis en las características de los pacientes, como la edad y el género, como así también en las características demográficas, como el nivel socioeconómico, la raza/etnia (grupos minoritarios) (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons y Thompson 2008; De Haan, Boon, Vermeiren, Hoeve y de Jong, 2015; Gonzalez, Weersing, Warnick, Scahill y Woolston, 2011), así como características de diagnóstico, como la severidad de los síntomas, la comorbilidad o la cronicidad (Szafranski et al., 2017). Otro de las variables a tener en cuenta en la terminación prematura son las características de los terapeutas.

Uno de los moderadores que se han estudiado son las expectativas. Se ha demostrado repetidamente que las expectativas de tratamiento de los pacientes están asociadas a la probabilidad de abandono (Aubuchon-Endsley y Callahan, 2009; Greenberg, Constantino y Bruce, 2006). También se ha estudiado el efecto del terapeuta en el abandono de los tratamientos. Zimmermann et al. (2017) en un estudio en la Universidad de Trier de Alemania donde se incluyeron 707 pacientes en psicoterapia ambulatoria tratados por 66 terapeutas encontraron que el 5.7% de la variación en la deserción se podría atribuir a los terapeutas. También reportaron otros predictores de terminación prematura como el deterioro inicial, ser hombre, el nivel de educación inferior, el estilo de personalidad más histriónico y menos compulsivo y las expectativas de tratamiento negativas. El estudio demuestra que hay diferencias sustanciales entre los terapeutas con respecto a sus tasas promedio de deserción. Los pacientes con más dificultades que asisten a la psicoterapia tenían menos probabilidades de abandonar el estudio. Los pacientes con más confianza en que la psicoterapia les ayudará con sus problemas mostraron una menor probabilidad de abandonar el tratamiento. En este estudio la edad no fue un predictor de abandono. En otro estudio los efectos del terapeuta representaron el 12.6% de la variación de deserción (Saxon, Barkham, Foster y Parry, 2017).

Primeras revisiones sistemáticas y metaanálisis en el área

Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis han evaluado el porcentaje de deserción de acuerdo a distintas definiciones de abandono y han intentado asociar ese índice a distintas variables del paciente, del contexto de investigación y demográficas. En una de las primeras revisiones Baekeland y Lundwall (1975) examinaron el fenómeno de la interrupción prematura y encontraron que en psicoterapia de adultos la tasa de deserción varía entre el 31% y el 79%. A partir de su revisión, llegaron a la conclusión que los pacientes eran más propensos a abandonar el tratamiento si eran más jóvenes, mujeres, con menos educación, si formaban parte de alguna minoría étnica y pertenecían a un nivel socioeconómico más bajo. Además informaron que los terapeutas hombres, los que tenían menos experiencia y los que eran más etnocéntricos tenían más probabilidades de que sus pacientes abandonaran el tratamiento.

En su metanálisis, Wierzbicki y Pekarik (1993) revisaron las tasas de abandono

de 125 estudios que datan de junio de 1990. Encontraron una tasa de abandono promedio de 46.86%. También encontraron que esta tasa general de deserción difería según la definición utilizada. Se reportaron tasas más bajas para los estudios que definieron el abandono basado en la falta de asistencia a una sesión programada, en comparación con los estudios que operacionalizaron el abandono basado en el criterio del terapeuta o en la asistencia a un número mínimo de sesiones. Sin embargo, las tasas de deserción no difirieron según el modo de tratamiento (individual o grupal), el entorno de tratamiento (universidad, clínica privada, clínica pública u otro), el tipo de paciente (adulto o niños) o el tipo de terapeuta (edad, etnia), tipo de titulación o los años de experiencia. Examinaron la relación entre seis variables demográficas de los pacientes y el abandono. Las tasas de abandono del estudio no se relacionaron con ninguna de las variables demográficas del paciente (sexo, etnia, edad, años promedio de educación, nivel socioeconómico, estado civil) cuando se evaluaron mediante correlaciones. Sin embargo, cuando se examinaron las diferencias de medias entre los abandonos y las personas que completaron el estudio encontraron tamaños de efectos significativos para el origen étnico (los que abandonaban tenían más probabilidades de pertenecer a un grupo minoritario), educación (en general, los que abandonaban tenían menos escolaridad) y el nivel socioeconómico, era más bajo en los pacientes que no concluían los tratamientos. No se encontraron efectos significativos para el sexo, la edad o el estado civil.

Garfield (1994) también realizó una revisión de la interrupción prematura de la psicoterapia. Sugirió que un abandono puede definirse cuando un paciente comienza terapia (tiene al menos una sesión) y luego la suspende por sí solo sin un acuerdo mutuo con el terapeuta. Luego, al analizar los hallazgos relacionados con el abandono de la terapia, Garfield concluyó que puede haber alguna relación entre la interrupción prematura y un nivel socioeconómico más bajo, un nivel de educación más bajo y ser de un grupo étnico minoritario, pero no encontró una clara relación con la edad, el sexo o el diagnóstico. Estos hallazgos estarían en la misma dirección que los reportados por Wierzbicki y Pekarik (1993). En esta misma línea la revisión de Reis y Brown (1999) demostró que el nivel socioeconómico bajo del paciente y ser de un grupo minoritario eran los únicos predictores demográficos consistentes de abandono de la terapia.

Los últimos tres trabajos mencionados comparten entre sus hallazgos que el nivel socioeconómico de los pacientes y el pertenecer a una minoría étnica son predictores de abandonos prematuros. Podemos suponer que estos resultados pueden estar modulados por la falta de capacidad de respuesta de los terapeutas, por la falta de adaptación de los tratamientos a las necesidades y características de los pacientes, entre otras razones.

Barrett et al. (2008) en una revisión sobre deserción indicaron que los pacientes más jóvenes, con menos nivel de instrucción y con un nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento. Sin embargo, los estudios de Reis y Barrett arrojaron conclusiones tentativas. Los resultados de todas

estas revisiones ilustran los hallazgos mixtos e inconsistentes con respecto a los factores predictivos de la interrupción prematura, en particular para las variables demográficas del paciente.

McMurran, Huband y Overton (2010) realizaron una revisión sistemática de la deserción en psicoterapia para pacientes con trastorno de la personalidad. En 25 estudios empíricos, encontraron una tasa media de no finalización del 37%. Además, encontraron evidencia de diferencias en las tasas de finalización en función de una serie de variables del paciente, como la edad, el nivel de educación, la situación laboral y la gravedad, así como la duración y el contexto del tratamiento.

En otro metaanálisis que incluyó 11 estudios sobre abandono de la psicoterapia, Sharf, Primavera y Diener (2010) encontraron una relación significativa entre la fuerza de la alianza terapéutica y la interrupción prematura; una alianza más débil se asoció con una mayor probabilidad de abandono.

Parece ser que algunos de los moderadores con más evidencia son el nivel socioeconómico, el nivel de instrucción y el pertenecer a un grupo minoritario. Sin embargo, como se mencionó anteriormente estos resultados son provisionarios y sujetos a las distintas definiciones de abandono.

Revisiones y metaanálisis de la última década

Swift y Greenberg (2012) realizaron un metanálisis sobre deserción en psicoterapia con un total de 669 estudios con un total de 83834 pacientes adultos. Encontraron que la tasa de deserción promedio ponderada era del 19.7%, que osciló entre los estudios de 0 a 74.2%. Si bien varias variables no estaban relacionadas con su estimación general de abandono (por ejemplo, el formato de tratamiento, la orientación teórica, la raza de la muestra, el empleo y grado de instrucción), encontraron que varias características de estudio y de pacientes eran predictivas de abandono. En particular, en las muestras que presentaron comorbilidades múltiples, en las que se utilizaron definiciones de abandono basadas en el criterio del terapeuta, los estudios de efectividad (a diferencia de los estudios de eficacia) y las muestras más jóvenes, se asociaron con tasas de deserción significativamente más altas. También se encontró diferencias significativas de acuerdo al tiempo del tratamiento, manualización o no del mismo y el contexto. Hubo tasas de abandono significativamente mayores en los tratamientos que no tenían un límite de tiempo predeterminado, en los tratamientos no manualizados, en las clínicas universitarias, incluidas las clínicas de capacitación de departamentos de psicología y los centros de asesoramiento universitario. En este trabajo también se evidenció que las tasas de abandono diferían según la definición de terminación prematura que se utilizó. Las tasas de deserción fueron más altas cuando se determinaron por el criterio del terapeuta (37.6%) y fueron más bajas cuando se determinaron al completar un número determinado de sesiones (18.3%) o un protocolo de tratamiento (18.4%). Se debe reconocer que los terapeutas informan que casi el 40% de sus clientes abandonan prematuramente. Ninguno de los otros datos demográficos del paciente predijo el

tipo de terminación. Los que abandonaron y completaron los tratamientos diferían en términos de educación, pero no de género, raza, estado civil o empleo. Las metarregresiones indicaron que el género y el estado civil predijeron el abandono de la terapia, pero la raza, el empleo y la educación no lo hicieron. Los terapeutas con más experiencia lograron tasas de deserción significativamente más bajas que los que se estaban capacitando (17.2% frente a 26.6%).

En otro metanálisis sobre los datos de abandono de 115 estudios empíricos primarios con 20995 participantes que recibieron TCC para una variedad de trastornos de salud mental se encontró que la tasa promedio de abandono en el pretratamiento (para los 36 estudios que incluyen dichos datos) fue de 15.9%, los IC del 95% [13.4%, 18.8%], y la tasa promedio de abandono durante el tratamiento (en todos los estudios de 115) fue del 26.2% IC del 95% [23.1%, 29.7%]. Evidentemente, el desgaste fue aproximadamente un 10% más alto una vez que comenzó el tratamiento. La tasa promedio de abandono total en las fases de pretratamiento y tratamiento fue de aproximadamente el 35%. Uno de los moderadores estudiados fue el diagnóstico, la depresión se asoció con la mayor tasa de abandono pretratamiento, así como durante el tratamiento: 21.6% y 36.4%, respectivamente (aunque los pacientes tratados por abuso de sustancias también tuvieron un 36.4% de abandono durante el tratamiento). De todos los grupos de diagnóstico considerados, el menor desgaste previo al tratamiento se asoció con trastornos psicóticos (5.6%) y trastorno de estrés postraumático (7.8%). De manera similar, la tasa más baja durante el tratamiento se asoció con trastornos de ansiedad (19.6%) y trastornos psicóticos (20.1%). Otro moderador analizado fue el formato de tratamiento, las tasas de abandono para el pretratamiento y el tratamiento fueron de aproximadamente 10 a 15 puntos porcentuales más altos para las terapias que no eran cara a cara (incluidos los tratamientos basados en Internet, teléfono y CD) que para la terapia grupal o individual. Aunque esta tendencia se mantuvo en ambas fases, la diferencia solo fue significativa en la fase de pretratamiento y no para aquellos que ya habían comenzado el tratamiento. La duración de la psicoterapia se asoció significativamente con el abandono de la misma, por cada sesión adicional que se incluyó en el tratamiento, hubo una disminución de .03 en la proporción de registro de pacientes que terminaron prematuramente. Específicamente, se encontró que cuanto mayor es el número de sesiones planeadas, menor es el desgaste de los sujetos a lo largo del tratamiento. La otra variable que tiene una correlación significativa con la deserción fue el ajuste o contexto del tratamiento. La configuración de pacientes hospitalizados tuvo una tasa significativamente más baja en el pretratamiento y en el tratamiento en comparación con ambulatorio u otros ajustes. El diseño del estudio, el tipo de paciente y el tipo de terapeuta no fueron moderadores significativos de la deserción (Fernandez, Salem, Swift y Ramtahal, 2015).

Cooper y Conklin (2015) realizaron un metanálisis con el objetivo de estimar la tasa promedio de abandono en estudios aleatorizados con psicoterapia individual ambulatoria para la depresión mayor. Incluyeron 54 estudios (N = 5852) entre los

cuales había 80 condiciones de psicoterapia con un total de 3394 pacientes. Se encontró una tasa de abandono ponderada promedio del 17.5% en las 80 condiciones de tratamiento, y 19.9% en los 54 estudios de los que se extrajeron. Los pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido predijo la deserción ($M = 33.6\%$, $DT = 20.5\%$; $k = 21$), como así también, pertenecer a una minoría étnica ($M = 19.8\%$, $DT = 20.4\%$; $k = 43$). Las terapias de mayor duración tuvieron una mayor deserción y los estudios que incluyeron una comparación entre psicoterapia y condición de control inactivo reportó mayores tasas de deserción. En relación de las variables de los pacientes como el sexo, edad, estado de convivencia y tratamiento para la depresión recurrente no se relacionaron significativamente con las estimaciones de abandono. Respecto a las variables relacionadas con la prestación no se encontró diferencias significativas en función de la orientación teórica (rango: 10.2% a 21.9%). Asimismo, la tasa de deserción no difirió entre las condiciones en las que se administró la psicoterapia como monoterapia o combinada con antidepresivos. Las credenciales del terapeuta, expresadas en términos de estado de capacitación o en años promedio experiencia, no predijo las tasas de deserción. Sin bien estos datos son contundentes hay que tener en cuenta que son sobre estudios randomizados.

Cuarenta y cinco estudios, con 2224 pacientes, fueron identificados para realizar un metanálisis sobre deserción de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. La tasa de deserción promedio fue de 16.99% (intervalo de confianza del 95%: 14.42% -19.91%). Las metarregresiones indicaron que no hubo un efecto estadísticamente significativo de la edad del paciente, el sexo, la gravedad de los síntomas, la comorbilidad, el tipo de tratamiento, el tipo de estudio (ensayo aleatorio o no), la calidad del estudio, el número de sesiones o la experiencia del terapeuta (Gersh et al., 2017).

En una reciente revisión de los resultados clínicos de más de 10000 pacientes que reciben servicios ambulatorios de salud mental en el Reino Unido, los clasificados como desertores (34%) típicamente asistieron a menos de tres sesiones y tuvieron peores resultados demostrablemente en comparación con los que completaron el tratamiento (Saxon, Firth y Barkham, 2017).

Otro metaanálisis sobre deserción en terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el cual se tuvo en cuenta 68 estudios con un total de 4729 pacientes se encontró que las tasas de abandono promedio ponderadas en las condiciones exclusivas de ACT y las condiciones inclusivas de ACT (es decir, aquellas que incluyeron una intervención de ACT) fueron del 15.8% (IC del 95%: 11.9%, 20.1%) y del 16% (IC del 95%: 12.5%, 19.8%), respectivamente. Las tasas de abandono de ACT no fueron significativamente diferentes de los tratamientos psicológicos establecidos. Además, las tasas de deserción no variaron según las características del paciente o la calidad metodológica del estudio. Sin embargo, los clínicos / terapeutas de nivel de maestría (media ponderada = 29.9%, IC: 17.6%, 43.8%) se asociaron con una mayor deserción que los psicólogos (media ponderada = 12.4%, IC 95%: 6.7%,

19.4%) (Ong, Lee y Twohig, 2018).

Linardon, Fitzsimmons-Craft, Brennan, Barillaro y Wilfley (2018) en un metaanálisis de setenta y dos ensayos aleatorizados de psicoterapia interpersonal (TIP) encontraron una tasa de abandono promedio del 20.6% (IC 95% = 17.4–24.2). Las tasas de deserción fueron similares para la depresión (20.9%; IC 95% = 17.2–25.2), ansiedad (16.1%; IC 95% = 11.1–22.9) y trastornos de la alimentación (18.7%; IC 95% = 11.6–28.8). La deserción fue más alta cuando se aplicaron definiciones más estrictas de deserción (por ejemplo, la falta de completar todo el protocolo TIP frente a la falla de completar al menos el 50% de las sesiones) y fue más baja cuando se tomaron muestras de pacientes adolescentes. Hubo algunas pruebas de que la TIP se asoció con tasas significativamente más bajas de abandono que la TCC y las terapias de apoyo no específicas.

En metaanálisis sobre deserción en psicoterapia para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, en el cual se incluyeron 131 estudios aleatorizados, se encontró que las definiciones de abandono variaron ampliamente entre los estudios. La estimación general de abandono fue de 24% (IC 95% = 22–27%). El tipo de diagnóstico, tipo de definición de abandono, la severidad de los síntomas basales, calidad del estudio o la edad de la muestra no moderaron el abandono. Este fue mayor entre los estudios que administraron Terapia Cognitivo Conductual por internet y fue más baja en los estudios que aplicaron Terapia Cognitiva Conductual transdiagnóstica. Hubo algo de evidencia que los protocolos de tratamiento más largos estuvieron asociados con menores abandonos. No hubo diferencias significativas en los rangos de abandono observados entre las intervenciones TCC y no TCC para todos los subtipos de TCA. Una de las conclusiones que llegan es que las estimaciones de abandono del estudio actual se ven obstaculizadas por el uso de definiciones dispares de abandono aplicadas (Linardon, Hindle y Brennan, 2018).

Zieve, Persons y Yu (2018) utilizaron en su metaanálisis tres definiciones de deserción: 1.- abandono temprano, es decir, asistir a tres sesiones o menos; 2.- abandono prematuro, terminar el tratamiento antes de la indicación del terapeuta (independientemente del número de sesiones completadas) y 3.- abandono no colaborativo como terminación en la cual el terapeuta califica que la finalización ocurrió sin que el paciente y el terapeuta discutan y / o acuerden la decisión de terminación. Las proporciones de pacientes que abandonaron el estudio en la tercera sesión o antes (38%) o sin colaboración (34%). Sin embargo, la tasa de abandono prematuro fue sustancialmente más alto que las otras tasas de deserción reportadas en la literatura. El sesenta por ciento de la muestra abandonó prematuramente, es decir, antes de que el terapeuta juzgara que la terapia había sido probada durante el tiempo suficiente para ayudar al paciente a lograr sus metas de tratamiento.

Conclusión

Pensar el ejercicio de la psicoterapia implica hablar de objetivos de trabajo y de un tiempo estimado para alcanzarlos. Objetivos consensuados con los pacientes

y un tiempo aceptado por estos. Distintas pueden ser las razones por las cuales los pacientes no sostienen los tratamientos, razones que implican al profesional, al paciente o a ambos.

Se han realizado numerosas revisiones metaanalíticas específicas sobre el abandono de la psicoterapia con estimaciones que van del 15.9 % al 60 % a través de varios tipos de tratamiento específicos como psicoterapia cognitiva conductual, intervenciones basadas en la aceptación y psicoterapia interpersonal entre otras (Linardon et al., 2018; Ong et al., 2018; Swift y Greenberg, 2012) y diagnósticos del paciente como trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad (Gersh et al., 2017; Linardon et al., 2018; McMurrin, Huband y Overton, 2010).

Los hallazgos de estas revisiones brindan información sobre las variables moderadoras y la evidencia sugiere que las tasas de abandono pueden verse afectadas por el modo de administración del tratamiento (tratamiento cara a cara y estudios de eficacia asociado con un menor abandono), se encontraron tasas de abandono más altas para tratamientos no manualizados y en clínicas universitarias, incluidas las clínicas de capacitación de departamentos de psicología y en centros de asesoramiento universitario (Fernandez, Salem, Swift y Ramtahal, 2015; Swift y Greenberg, 2012).

Respecto del tiempo del tratamiento y la experticia del terapeuta hay datos contradictorios (Gersh et al., 2017; Linardon et al., 2018; Ong et al., 2018). Las variables de los pacientes como el nivel de educación, la comorbilidad, los trastornos de la personalidad están asociadas a un mayor abandono (Cooper y Conklin, 2015; Gersh et al., 2017; Swift y Greenberg, 2012). Parece ser que las tasas de deserción son más altas cuando se determinaron por el criterio del terapeuta (Swift y Greenberg, 2012).

Aunque los avances recientes en el campo de la psicoterapia nos han permitido establecer pruebas y refinación de enfoques de tratamiento específicos, identificar principios de cambio basados en la evidencia y reconocer las variables del terapeuta y del paciente que modulan los resultados de los tratamientos, algunos pacientes todavía terminan la terapia prematuramente sin haber realizado mejoras o ganancias significativas. Quizás el mayor potencial para mejorar la efectividad de la psicoterapia reside en abordar el problema de la terminación prematura (Swift y Greenberg, 2015).

Nos encontramos con distintas definiciones de terminación prematura. Llegar a un consenso que nos permita definirla de una manera clara y precisa permitiría avances en el campo de la investigación en psicoterapia, ya sean estudios de eficacia o de efectividad. Permitiendo tener datos comparables entre los estudios.

En la práctica cotidiana de la psicoterapia, tener en claro por qué los pacientes abandonan los tratamientos, saber cuáles son las variables que modulan esta decisión, permitiría enfocarnos en estas variables para lograr que los pacientes puedan concluir sus procesos psicoterapéuticos.

Como mencionan distintos autores es necesario llegar a un consenso respecto de la definición de terminación prematura, se sugiere siguiendo la propuesta de Swif y Greember (2012) tener en cuenta el acuerdo de objetivos con el consultante, el juicio del terapeuta respecto de sí completo el tratamiento o lo interrumpió de manera abrupta e inesperada, tener una medida de resultado objetiva que indique que el paciente ha mejorado o no de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo y las razones por las cuales el paciente deja de asistir al tratamiento psicoterapéutico.

Referencias bibliográficas

- Aubuchon-Endsley, N. L. y Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 120-126. <https://doi.org/10.1037/a0014455>
- Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin*, 82(5), 738. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. y Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Bloom, B. L. (2001). Focused single-session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75-86. <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75>
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105-113. <https://doi.org/10.1037/h0087773>
- Chisholm, S. M., Crowther, J. H. y Ben-Porath, Y. S. (1997). Selected MMPI-2 scales ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 127-144. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901_7
- Cooper, A. A. y Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L. y Feeny, N. C. (2018). Rethinking Research on Prediction and Prevention of Psychotherapy Dropout: A Mechanism-Oriented Approach. *Behavior modification*. <https://doi.org/10.1177%2F0145445518792251>
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M. y Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 145-154. PMID:11402077
- De Haan, A. M., Boon, A. E., Vermeiren, R. R., Hoeve, M. y de Jong, J. T. (2015). Ethnic background, socioeconomic status, and problem severity as dropout risk factors in psychotherapy with youth. *Child & youth care forum*, 44(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9266-x>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. y Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108-1122.
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). Nueva York, NY: Wiley.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B. y McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 52, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>

- Gonzalez, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D. y Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 356-367. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0323-y>
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. y Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical psychology review*, 26(6), 657-678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M. y Resick, P. A. (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- Hatchett, G. T., Han, K. y Cooker, P. G. (2002). Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment*, 9(2), 156-163. <https://doi.org/10.1177%2F10791102009002006>
- Hatchett, G. T., y Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226-231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>
- Kane, A. S. y Tryon, G. S. (1988). Predictors of premature termination from counseling at semester recess. *Journal of College Student Development*, 29(6), 562-563.
- Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spont, M. R. y Polusny, M. A. (2016). Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 107-114. <https://doi.org/10.1037/tra0000065>
- Lambert M. J., Hansen N. B., Umpruss V., Lunnen K., Okiishi J. y Burlingame G.M. (1996). *Administration And Scoring Manual for the OQ45.2*. Nashville, TN: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E. y Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 63-70. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.63>
- Linardon, J., Brennan, L. y de la Piedad Garcia, X. (2016). Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 905-919. <https://doi.org/10.1002/eat.22595>
- Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E. E., Brennan, L., Barillaro, M., y Wilfley, D. E. (2018). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(7), 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>
- Linardon, J., Hindle, A. y Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Longo, D. A., Lent, R. W. y Brown, S. D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 447-452. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.4.447>
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M. y Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 287-297. <https://doi.org/10.1037/a0035535>
- Maher, M., Huppert, J. D., Chen, H., Duan, N., Foa, E. B., Liebowitz, M. R. y Simpson, H. B. (2010). Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 40(12), 2013-2023. <https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291710000620>
- McAleavey, A. A., Youn, S. J., Xiao, H., Castonguay, L. G., Hayes, J. A. y Locke, B. D. (2017). Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. *Psychotherapy Research*, 29(2), 139-156. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395921>
- McMurrin, M., Huband, N. y Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2015). *A guide to treatments that work* (4th ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Ong, C. W., Lee, E. B. y Twohig, M. P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour research and therapy*, 104, 14-33. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.004>
- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy*, 22(1), 86-91. <https://doi.org/10.1037/h0088531>

- Reis, B. F. y Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123-136. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Richmond, R. (1992). Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(2), 123-130. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.23.2.123>
- Sharf, J., Primavera, L. H. y Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. y Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(3), 575-588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Saxon, D., Firth, N. y Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 705-715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Schindler, A., Hiller, W. y Withoft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 365-370. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001063>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547-559. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washintong, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14469-000>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A. y Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000104>
- Szafranski, D. D., Smith, B. N., Gros, D. F. y Resick, P. A. (2017). High rates of PTSD treatment dropout: A possible red herring? *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.002>
- Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Zieve, G. G., Persons, J. B. y Yu, L. A. D. (2019). The Relationship Between Dropout and Outcome in Naturalistic Cognitive Behavior Therapy. *Behaviortherapy*, 50(1), 189-199. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.004>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C. y Lutz, W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>

VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA E INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA: LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FOCALIZADA EN EL TRAUMA

CHILD SEXUAL VICTIMIZATION AND EVIDENCE-BASED INTERVENTION: TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Bárbara Kanter

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA), Universitat de Barcelona, Psicòloga general sanitària e investigadora del Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente de la Universidad de Barcelona. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9689-3840>

Noemí Pereda

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA),
Universitat de Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5329-9323>
Scopus Author ID: 6603246572; Researcher ID: C-5980-2011

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Kanter, B. y Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>



Resumen

La victimización sexual infantil es un grave problema que afecta a uno de cada cinco niños y niñas de nuestro país y que requiere de una intervención temprana y eficaz, que permita superar las graves consecuencias que sus víctimas manifiestan. La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TF-CBT) es el modelo de intervención que reúne una mayor cantidad de evidencia en cuanto a su efectividad. Con un mínimo de 8 y un máximo de 25 sesiones de 50 minutos, en las que se trabaja con la víctima de entre 3 y 18 años y sus cuidadores, se ofrece psicoeducación sobre la experiencia de victimización, se tratan habilidades parentales que pueden haberse visto afectadas por la situación, técnicas de relajación que permitan reducir la hiperactivación del sistema de afrontamiento al estrés, identificación y expresión emocional, el triángulo entre pensamientos, emociones y conductas, la narrativa del trauma y el procesamiento cognitivo de los pensamientos distorsionados, la exposición a situaciones o lugares angustiantes, así como estrategias para mejorar la seguridad en el futuro. Es necesario que los profesionales de nuestro país se puedan formar en este modelo y confirmar sus positivos resultados en el tratamiento de víctimas de abuso y otras formas de victimización sexual infantil y adolescente en España.

Palabras clave: *Intervención Basada en la Evidencia, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia del Trauma, Victimización Sexual Infantil, Victimología del Desarrollo.*

Abstract

Child sexual victimization is a serious problem that affects one in five children in our country and requires an early and effective intervention, allowing to overcome the serious consequences that its victims manifest. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is the intervention model that gathers a greater amount of evidence regarding its effectiveness. With a minimum of 8 and a maximum of 25 sessions of 50 minutes, in which you work with the victim aged between 3 and 18 years and their caregivers, psychoeducation is offered on the experience of victimization, parental skills that may have been affected by the situation are treated, relaxation techniques that reduce the hyperactivation of the coping with stress system, identification of emotions and emotional expression, the triangle between thoughts, emotions and behaviors, the narrative of the trauma and the cognitive processing of distorted thoughts, exposure to distressing situations or places, as well as strategies to improve security in the future. It is necessary that professionals in our country can be trained in this model and confirm their positive results in the treatment of victims of child sexual victimization in Spain.

Keywords: *Evidence-Based Intervention, Cognitive-Behavioral Therapy, Trauma Therapy, Child Sexual Victimization, Developmental Victimology.*

La victimización sexual en la infancia es un problema de salud pública en el que niños, niñas y adolescentes son utilizados por otra persona como medio de obtener gratificación sexual, aprovechándose de su posición de autoridad para ello (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2011). Recientemente se ha abogado por el uso del término victimización sexual frente a otros más comúnmente utilizados (como, por ejemplo, abuso sexual) dado que la multiplicidad de conductas sexuales que se engloban bajo éstos, en muchas ocasiones, no están vinculadas a los términos jurídicos, generando confusión entre profesionales de distintas disciplinas (Pereda, Abad, Guilera y Arch, 2015). Estudios epidemiológicos internacionales, coincidentes con los trabajos llevados a cabo en España, muestran que entre el 10 y el 20% de la población reporta alguna forma de victimización sexual (ya sea ésta con o sin contacto físico), afectando, en gran parte de los casos, a uno de cada cinco niños, niñas y adolescentes en nuestro país (Pereda, 2016).

La victimización sexual en la infancia frecuentemente conlleva consecuencias psicológicas de índole diversa, como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, sexuales e ideación suicida, que pueden presentarse poco tiempo después tras esta experiencia o extenderse a lo largo de la vida de la víctima (Fergusson, McLeod y Horwood, 2013; Pereda, 2009, 2010; Steine et al., 2017).

Las consecuencias de la victimización sexual infantil y adolescente pueden ser analizadas desde la perspectiva traumatogénica, propuesta por Finkelhor y Browne (1985). Así, la victimización sexual comporta el desarrollo de (a) sexualización traumática, (b) sentimiento de traición, (c) impotencia, (d) y estigmatización (tabla 1).

Tabla 1. *Componentes de la perspectiva traumatogénica (Finkelhor y Browne, 1985).*

Componente	Definición
(a) Sexualización traumática	Se entiende como el proceso de distorsión de la sexualidad del niño, niña o adolescente, que pasa a ser disfuncional para el desarrollo personal e interpersonal. La sexualización traumática puede mostrarse como preocupaciones, obsesiones y compulsiones sexuales, generando alteraciones emocionales como malestar, ira o miedo que son plausibles de contaminar el desarrollo de la sexualidad adulta.
(b) Traición	Refiere al descubrimiento que alguien, de quien se dependía y del que se esperaba atención, afecto y cuidados, ha infligido daño, especialmente cuando la victimización sexual es perpetrada por miembros de la familia, o personas de confianza. El sentimiento de traición también puede ser experimentado en relación a aquellas personas cercanas, no abusadoras, teniendo en cuenta la respuesta que se reciba de estas tras la revelación y que, generalmente, no es la que la víctima requiere (Pereda y Sicilia, 2017).

Componente	Definición
(c) Impotencia	Se presenta cuando la voluntad, deseos y juicio eficaz se contravienen para el menor, agravándose cuando se practica sobre él coerción y/o manipulación. El sentimiento de impotencia se refuerza cuando se ven frustrados los intentos por detener la victimización, incrementándose cuando, pese al miedo, la víctima no es capaz de dar a conocer lo que ocurre o, cuando el grado de dependencia del abusador es tal que le impide finalizar la situación abusiva.
(d) Estigmatización	Tiene lugar dadas las connotaciones negativas que se comunican al niño o niña entorno a las experiencias vividas, las cuales se incorporan a la autoimagen de la víctima. Estas connotaciones negativas pueden provenir directamente del victimario, quien en muchos casos culpabiliza a la víctima, pero también pueden ser reforzadas por comentarios o actitudes que la víctima percibe o infiere de sus familiares y personas cercanas al revelar la experiencia de victimización. Por otro lado, el mantenimiento del secreto aumenta el sentimiento de estigmatización ya que refuerza en la víctima la creencia de ser diferente. La estigmatización puede desencadenar aislamiento y creencias de rechazo al sentirse diferente del resto, así como conducta suicida.

Pero los efectos que las experiencias de victimización sexual desencadenen dependen no sólo de las características de las mismas, sino también de las características de la propia víctima encontrándonos, en ocasiones, con víctimas que se muestran asintomáticas (Saywitz, Mannarino, Berliner y Cohen, 2000), si bien generalmente los efectos pueden presentarse años más tarde y afectar a todas las áreas de la vida (de Jong, Alink, Bijleveld, Finkenauer y Hendricks, 2015; Maniglio, 2009). Independientemente de la sintomatología observable que presente la persona, el malestar psicológico derivado de la experiencia de victimización sexual constituye un factor de riesgo para nuevas victimizaciones, instándose a los profesionales a realizar evaluaciones detalladas que permitan reducir la posibilidad de nuevas experiencias victimizantes desde la asistencia (Cuevas, Finkelhor, Clifford y Ormrod, 2010).

La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma

La American Psychological Association (APA, 2006) ha definido la práctica basada en la evidencia como “*la integración de la mejor investigación disponible, con la experiencia clínica, en el contexto de las características del paciente, su cultura y preferencias*”. Desde esta perspectiva, a día de hoy, la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT) es el modelo de intervención con mayor efectividad reconocida en el tratamiento de las consecuencias de la victimización infantil (Cohen, Mannarino, Perel y Staron, 2007) y, dentro de ésta, de la victimización sexual (Cohen, 2003;

Cohen, Deblinger, y Mannarino, 2004; Cohen, Deblinger, Mannarino, y Steer, 2004).

Sin negar la evidencia de otros programas de intervención, hasta el momento, el modelo TF-CBT es el que cuenta con un mayor número de estudios con resultados que apoyan su uso en niños, niñas y adolescentes de entre 3 y 18 años (Griffin y Wozniak, 2019). Esta intervención integra programas sensibles al trauma, principios cognitivo-conductuales, así como aspectos vinculares, neurobiología del desarrollo, familia, empoderamiento, y modelos teóricos humanistas para abordar las necesidades de los niños, niñas y adolescentes afectados por el trauma y sus familias (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017).

La aplicación de este tipo de intervención requiere de una evaluación exhaustiva del caso, en la que se identifique la historia de victimización, se valore la presencia de síntomas de TEPT, se establezca una línea base y se realice una observación clínica de la víctima y sus cuidadores principales. A su vez, mediante pruebas estandarizadas se valorará la presencia de problemas cognitivos, de relaciones interpersonales, afectivos, familiares, problemas de comportamiento secundarios al trauma y somatizaciones (Cohen et al., 2017). Para una correcta evaluación se proponen los instrumentos de exploración que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. *Instrumentos recomendados para la evaluación del niño, niña o adolescente.*

Instrumento	Edad aplicación	Objetivo de evaluación
Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach y Rescola, 2001)	Dependiendo del formato, de 1 ½ a 18 años	Metodología de informantes múltiples. Permite conocer la presencia de problemas relativos al estado de ánimo, síntomas somáticos, problemas sociales, de pensamiento, de atención, conducta de quebrantamiento de normas y conducta agresiva.
Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1981) Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996)	7 a 15 años A partir de los 13 años	Valoran la presencia de depresión y debe seleccionarse el que corresponda a la edad de la persona evaluada.
Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS; Mannarino, Cohen y Berman, 1994)	7 a 12 años	Realiza una evaluación de la estigmatización, confianza interpersonal, sentimiento de culpa ante eventos negativos, y credibilidad percibida.
Children Global Assessment Scale (CGAS; Shaffer et al., 1983)	7 a 17 años	Sirve para valorar el funcionamiento psicosocial en niños y adolescentes, basándose en las alteraciones que presenta el paciente en dominios doméstico, escolar y relaciones con pares.

Instrumento	Edad aplicación	Objetivo de evaluación
Child Sexual Behavior Inventory (CSBI; Friedrich et al., 1992)	2 a 12 años	Valora la presencia de comportamientos sexuales no apropiados para la edad correspondiente.
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime versión (K-SADS-PL, Kaufman et al., 1997)	6 a 17 años	Valora la presencia de síntomas psicopatológicos en niños, niñas y adolescentes, siguiendo los criterios de trastornos contemplados en el DSM-IV-R.
State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberg y Edwards, 1973) Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED, Birmaher et al., 1997)	9 a 15 años 8 a 18 años	Valoran la presencia de ansiedad. El STAIC hace la distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, mientras que el SCARED desglosa el tipo de ansiedad que experimenta la persona (generalizada, social, fóbica, etc.).

Este modelo de intervención se desarrolló con la finalidad de tratar los síntomas postraumáticos y del estado de ánimo, así como para trabajar las distorsiones subyacentes a los sentimientos de culpa, seguridad, confianza en los demás y en el mundo que suelen acompañar a la experiencia de victimización sexual (Cohen et al., 2004a). El modelo se ha expandido y en la actualidad sirve para tratar también otras situaciones traumáticas como son experiencias de maltrato físico y emocional, negligencia, exposición a violencia familiar y comunitaria, pérdidas traumáticas, conflictos bélicos, o desastres naturales (Cohen et al., 2017; de Arellano et al., 2014).

Si bien el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (en adelante, TEPT) es fundamental para trabajar desde este modelo (Cohen, Berliner y Manarino, 2010), en niños y niñas de 6 años o menos no es necesario llegar a este diagnóstico y es suficiente la presencia de sintomatología referida a los criterios diagnósticos presentes en los manuales para tal objetivo (Cohen et al., 2017). Cabe destacar que el modelo ha demostrado su efectividad incluso con niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores principales que se encuentran afrontando una experiencia traumática actual, que aún no ha finalizado (Cohen, Mannarino y Murray, 2011); así como con niños, niñas y adolescentes con experiencias traumáticas múltiples (Griffin y Wozniak, 2019). A su vez, además de tratar los síntomas de desajuste, el modelo ha demostrado incrementar la resiliencia personal de las víctimas que se someten al mismo (Deblinger, Pollio, Runyon y Steer, 2017).

Los únicos casos en los que se ha encontrado una efectividad limitada del

modelo son aquellos en los que la víctima se encuentra en un brote psicótico activo en la actualidad, y aquellos en los que la víctima presenta una conducta activamente suicida u homicida (de Arellano et al., 2014). Aquellos niños, niñas y adolescentes con una historia previa de síntomas psicóticos o con tendencias suicidas u homicidas pueden ser tratados mediante TF-CBT, aunque se debe monitorear su seguridad en todo momento.

Los valores centrales de este modelo de intervención se definen por el acrónimo CRAFTS (traducido al español como SEGUIR), el cual describe los principios básicos de las intervenciones basadas en la evidencia. Según estos valores, la práctica debe (a) estar basada en los componentes básicos; (b) entender y respetar los valores culturales tanto del paciente como de su familia; (c) ser adaptable y flexible, para adecuarse a las necesidades e idiosincrasias de quienes consultan; (d) estar focalizada en la familia, siendo las relaciones familiares uno de los componentes centrales de esta intervención; (e) valorar la importancia de la relación terapéutica, mejorándose los resultados cuando existe una buena alianza; y (f) enfatizar la autoeficacia, incluyendo la auto-regulación en diversos dominios, lo que garantiza los efectos a largo plazo.

Los componentes PRACTICE

El modelo recomienda seguir los componentes básicos sobre los que se trabaja, en el orden progresivo que se presentan, y se propone el acrónimo PRACTICE (traducido al español como PRACTICA) que muestra la Tabla 3.

Tabla 3. *Componentes del modelo TF-CBT.*

P	Psicoeducación – sobre el trauma y las reacciones al mismo.
P	Habilidades parentales – para el manejo de conductas problema.
R	Técnicas de relajación – gestión de reacciones fisiológicas.
A	Aprender a identificar, expresar y modular emociones.
C	Conectar pensamientos, emociones y comportamientos.
T	Narración y procesamiento del trauma – corrección de distorsiones cognitivas.
I	Dominio sobre recuerdos traumáticos – superación del miedo.
C	Sesiones conjuntas con la familia.
E	Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro.

Nota: P: Psychoeducation, P: Parenting skills, R: Relaxation skills, A: Affective modulation skills, C: Cognitive coping skills, T: Trauma narration and processing, I: In vivo mastering of trauma reminders, C: Conjoint child-parent sessions, E: Enhancing safety.

El primer componente (P – Psicoeducación) tiene lugar en el momento de hacer la devolución de resultados post-evaluación al niño, niña o adolescente y a su cuidador principal. Es uno de los componentes más importantes de este tipo de intervención, ya que no sólo sirve para introducirla, sino que se mantiene a lo largo del proceso. Una de las finalidades principales de este componente es la normalización de las respuestas que el niño, niña o adolescente dio a la situación

traumática, así como brindar información de diversa índole sobre la misma (e.g.: epidemiología, consecuencias, entre otros). Otra de las utilidades más importantes de este punto es ofrecer información sobre el modelo TF-CBT y su método, con la finalidad de garantizar el compromiso con el trabajo terapéutico y evitar el desistimiento prematuro posterior (Cohen et al., 2017).

Los restantes componentes se van incorporando al proceso terapéutico de manera progresiva, quedando divididos en tres fases de tratamiento (Cary y McMillen, 2012; Cohen, Mannarino, Kliethermes y Murray, 2012; Cohen et al., 2017).

Fase 1 – Estabilización y desarrollo de habilidades: contempla los siguientes cuatro puntos del acrónimo (PRAC), y en ella se trabaja sobre la mejora en la seguridad, habilidades de crianza, técnicas de regulación y modulación afectiva, habilidades de afrontamiento cognitivo, entre otros (véase la Tabla 4).

Tabla 4. *Componentes de la Fase 1 del modelo TF-CBT.*

P – Habilidades parentales	Es importante trabajar sobre este punto por las modificaciones en rutinas y habilidades parentales que la experiencia de victimización puede haber generado en la familia; pero también, sobre todo, cuando estas dificultades anteceden al trauma. Se trabaja desde los mecanismos utilizados en la familia para regular la conducta del niño o niña tanto antes del evento traumático, como posteriormente al mismo (Cohen et al., 2017). La implicación de los padres en el proceso terapéutico es un componente fundamental que contribuye al éxito del mismo. Estudios demuestran que el apoyo familiar adecuado reduce las posibilidades de sintomatología asociada en la edad adulta (Godbout, Briere, Sabourin y Lussier, 2014).
R – Técnicas de relajación	Ayudando a reducir las manifestaciones psicósomáticas del estrés y del TEPT, como la hipervigilancia, agitación, dificultades para dormir, irritabilidad y respuestas de ira. Todas estas reacciones, derivadas de una hiperactivación del sistema de afrontamiento al estrés, generan problemas en diversos ámbitos vitales de los niños y niñas afectados. Es de los primeros componentes que se incorporan a la terapia con la finalidad de ayudar a controlar los niveles de estrés durante la misma y entre las sesiones; siendo especialmente importante en casos que se requiere la exposición in vivo (Cohen et al., 2017).

A – Aprender a identificar, expresar y modular emociones:	<p>Desde la relación terapéutica y la psicoeducación sobre la necesidad de manifestar emociones “buenas” y “malas” se trabaja en la expresión de emociones y en la identificación de las mismas, especialmente en niños y niñas pequeños que no han adquirido el vocabulario necesario para realizar este tipo de tarea. Existen diversas maneras para trabajar sobre la identificación de las emociones, como cuentos infantiles, películas, listas con emociones, colores que las representen; que deben continuarse hasta que el niño o niña sea capaz de identificar y distinguir una amplia variedad de ellas. A medida que se logra una estabilidad, el terapeuta comienza a indagar sobre las emociones presentes en momentos de sintomatología o al recordar el evento traumático; siendo esta la parte fundamental del tratamiento. Este mismo proceso se lleva a cabo con los cuidadores principales, brindando un entorno seguro y cómodo para la expresión emocional. Para conseguir la modificación de las emociones displacenteras, se propone la interrupción de los pensamientos intrusivos, diálogo autodirigido positivo, mejorar la sensación de seguridad del niño o niña en el momento actual, así como habilidades sociales y para la resolución de problemas, preparando a los niños y niñas para el siguiente paso (Cohen et al., 2017).</p>
C – Conectar pensamientos, emociones y comportamientos:	<p>El trabajo con la triada cognitiva requiere, necesariamente, de un buen trabajo en el nivel anterior; esto permitirá que se haga una correcta distinción entre lo que son emociones y lo que es el pensamiento, favoreciendo el trabajo posterior de generar pensamientos alternativos para modificar, conjuntamente, los sentimientos que acompañan. Una vez que esto queda asentado, se trabaja sobre cómo ambos factores influyen en el comportamiento propio y las respuestas del resto. Es importante trabajar con los pensamientos de culpa que vayan surgiendo, así como con todos aquellos que sean inadecuados, ya que son la base fundamental para que surjan pensamientos más perturbadores y el paciente se sienta cómodo explicándolos. Para ello, se deben proponer intervenciones beneficiosas, como validar los sentimientos, o proponer ejercicios de relajación que permitan el paso a la siguiente fase de tratamiento (Cohen et al., 2017).</p>

Fase 2 – Narración del trauma y procesamiento: incluye sólo el quinto componente (T) y sirve para trabajar sobre la narración de los acontecimientos traumáticos y su procesamiento cognitivo (véase la Tabla 5).

Tabla 5. *Componentes de la Fase 2 del modelo TF-CBT.*

Narración del trauma:	<p>Es, posiblemente, la fase más intensa y extensa del modelo TF-CBT. El objetivo principal de este tipo de tarea es desvincular los pensamientos y recuerdos del evento traumático de las emociones negativas que acarrea como el terror, horror, desesperanza, ansiedad, o vergüenza. El niño, niña o adolescente debe ser capaz de explicar, paulatinamente, con mayor nivel de detalles todo lo acontecido antes, durante y después de la experiencia de victimización, así como las emociones que acompañaron cada momento. En ocasiones, suele ser necesario que el niño o niña realice, en una primera instancia, explicaciones desde la perspectiva actual, para luego adentrarse en la tarea de explicarlo como si volviera a ocurrir y lo detallase. Si existe más de un suceso dentro de las experiencias de victimización vividas, se tratará aquél que al niño o niña le genere más malestar, pudiéndose crear diversas narraciones del trauma si las experiencias son causadas por victimarios distintos. Al compartir los pensamientos y emociones, el terapeuta puede ayudar a recodificar la información desde la identificación y modificación de pensamientos distorsionados. La narración del trauma debe ser entendida como un proceso, más que como un producto (Cohen et al., 2017). Este componente ha sido señalado como muy importante en la efectividad de la terapia, reduciendo el miedo y ansiedad, y optimizando los resultados a largo plazo (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon y Steer, 2011).</p>
Procesamiento cognitivo:	<p>Una vez creada la narración del trauma, y hablado extensamente sobre la experiencia traumática, el terapeuta comienza a identificar, explicar y corregir, junto al niño, niña o adolescente, las cogniciones desadaptativas. Estas cogniciones o pensamientos pueden ser desadaptativas por ser absolutamente falsas o por realizar generalizaciones de situaciones que no necesariamente son así. En esta instancia, es necesario trasladar la idea que somos responsables de elegir si mantenemos las cogniciones que tenemos o si, por el contrario, las modificamos; siendo esto especialmente importante en casos resistentes. De manera paralela, se trabaja con las distorsiones cognitivas que puedan haberse creado los padres o cuidadores principales sobre su responsabilidad entorno al trauma del niño o niña. Asimismo, se trabaja sobre el registro emocional que estas cogniciones despiertan (Cohen et al., 2017).</p>

Fase 3 – Consolidación y cierre: es una fase de integración, que comprende los últimos tres componentes (ICA). En esta fase se realizan sesiones conjuntas con los cuidadores principales, se mejora la seguridad y el desarrollo normativo del niño, niña o adolescente (véase la Tabla 6).

Tabla 6. *Componentes de la Fase 3 del modelo TF-CBT.*

I – Dominio sobre los recuerdos traumáticos:	Este es el único componente de la TF-CBT que es opcional. Se utiliza en niños que evitan situaciones seguras, generándose interferencia en la capacidad de desarrollarse correctamente. La exposición in vivo es la técnica que se usa para disminuir el malestar que generan las situaciones temidas. El problema principal que entraña la evitación es lo poderosa que es, y la auto-retroalimentación que se genera al calmar las emociones negativas al evitar situaciones o lugares angustiantes; es por ello que debe proponerse la exposición, ya que esta es el arma más efectiva contra la evitación (Cohen et al., 2017).
C – Sesiones conjuntas con la familia:	Durante el desarrollo de la TF-CBT se realizan encuentros conjuntos para revisar información educacional, la práctica de algunas habilidades, compartir la narrativa del trauma que el niño o niña ha conseguido hacer, y comprometerse en una mayor apertura comunicativa. La finalidad de estos encuentros es proveer la oportunidad que padres e hijos practiquen las habilidades trabajadas de manera conjunta, comprometiéndolos en la relación familiar, con el fin que el niño o niña se sienta más cómodo de hablar sobre el trauma con sus cuidadores, así como de otras cuestiones que se considere oportunas trabajar. Estas sesiones deben estar bien estructuradas y no pueden tener lugar hasta que los padres no tengan suficiente autocontrol emocional (Cohen et al., 2017).
A – Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro:	Si bien se presenta como el componente final, podemos introducirlo y trabajarlo desde el inicio. Este componente busca realizar un entrenamiento en habilidades de seguridad personal, adquiriendo especial relevancia en experiencias de violencia interpersonal. La idea es crear un plan conjunto de acciones a llevar a cabo en circunstancias que son plausibles de generar inseguridad, incluyendo todas aquellas nuevas situaciones a las que deba enfrentarse el niño o niña (cambio de colegio o de ciudad). En la mejora de la sensación de seguridad, es importante el trabajo que se realice en las exposiciones in vivo anteriores (Cohen et al., 2017).

El modelo de intervención es aplicable desde los 3 años de edad, hasta los 18 años de la víctima. La duración aproximada de este tipo de intervención ronda las 12-18 sesiones de 50 minutos cada una, según el caso, pudiendo extenderse hasta 25 encuentros en casos de trauma complejo (Cohen et al., 2012) y encontrándose resultados efectivos con un mínimo de 8 sesiones (Griffin y Wozniak, 2019). La figura 1 muestra un resumen de los objetivos, temas a tratar y fases del modelo.



Figura 1. Resumen del modelo de intervención TF-CBT.

La aplicación de TF-CBT en casos de victimización sexual en la infancia y la adolescencia

El modelo de intervención TF-CBT está pensado para tratar todo tipo de traumas si bien el trabajo que se propone está muy focalizado en aquellas experiencias vinculadas a los traumas devenidos de experiencias de violencia interpersonal. Teniendo en cuenta los cuatro factores traumatogénicos propuestos por Finkelhor y Browne (1985) para la victimización sexual, se observa que el trabajo que se realiza desde el modelo TF-CBT apunta a combatir la presencia de los mismos, trabajando sobre las cogniciones erróneas y las emociones negativas. La utilización de esta técnica de intervención en casos de victimización sexual ha sido estudiada y ha mostrado ser efectiva, incluso en aquellos casos que presentaban complejidad sintomática (Cisler et al., 2015; Cohen et al., 2004a; Cohen et al., 2004b; Deblinger et al., 2011; Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon y Steer, 2012). Por ejemplo, se ha observado que en las víctimas de abuso sexual se muestra como una terapia eficaz sobre otras técnicas utilizadas (e.g., terapia centrada en el niño, la psicoterapia de padres y niños, o la psicoterapia estructurada para adolescentes en respuesta al estrés crónico) (Cohen et al., 2004b; Cohen et al., 2005; Weiner, Schneider y Lyons,

2009), mostrando el mantenimiento de la mejora alcanzada incluso 6 y 12 meses posteriores a la finalización de la misma (Deblinger et al., 2006).

Dada la importancia del apoyo familiar y, especialmente, del apoyo del cuidador no victimario, en la recuperación del niño, niña o adolescente (Wamser-Nanney, 2017), pero también dado el fuerte impacto que tiene la victimización en la salud de este cuidador (Cyr et al., 2018), los propios autores del modelo, en su manual *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (Cohen et al., 2017), proponen una guía psicoeducativa para trabajar con los padres y los niños referente al tipo de información que se les puede brindar sobre las experiencias de victimización sexual, las consecuencias, la prevalencia si el terapeuta lo considera oportuno, y otro tipo de dudas que la problemática puntual pueda suscitar. En cualquier caso, este trabajo no va dirigido al cuidador o familiar que haya intervenido de manera directa en el trauma.

Discusión

La victimización sexual infantil no sólo supone efectos para sus víctimas directas (Vizard, 2013), sino que extiende su influencia al núcleo más próximo. Por este motivo, las intervenciones que se propongan deben ser integrales e incluir a los cuidadores principales del niño o niña.

Es por esto, y por el abordaje integral que el modelo TF-CBT ofrece, que se presenta como la opción más efectiva para trabajar con niños, niñas y adolescentes que han vivido experiencias de victimización sexual en la infancia (Cisler et al., 2015; Cohen et al., 2004a; Cohen et al., 2004b; Deblinger et al., 2011; King et al., 2000; Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon, y Steer, 2012; Saywitz et al., 2000).

Mediante un modelo organizado en tres fases y 9 componentes, el programa de intervención TF-CBT no sólo reduce los síntomas negativos derivados de la experiencia de victimización sexual, sino que parece incrementar también la resiliencia personal de las víctimas (Deblinger et al., 2017).

Como profesionales, no se puede obviar la necesidad de trabajar desde la evidencia disponible en lo referente a la efectividad terapéutica atendiendo, al mismo tiempo, a la duración de los efectos conseguidos con la intervención (Cohen, Mannarino, y Knudsen, 2005). El modelo TF-CBT no sólo es aquél con un mayor número de estudios que avalan su efectividad, sino que dispone de una gran variedad de recursos para asistir a los clínicos que desean implementarlo. Así, se puede acceder a un completo manual teórico (Cohen et al., 2017), un manual de aplicaciones de casos (Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2012), una página web con recursos formativos gratuitos (www.musc.edu/tfcbt2) y un servicio de consultas a través de la Medical University of South Carolina, entre otros recursos adicionales disponibles a través de la National Child Traumatic Stress Network (www.nctsn.org).

Conclusión

El modelo TF-CBT ha demostrado ser la forma de intervención más efectiva hasta el momento para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia interpersonal, si bien sigue sin disponer de una amplia aceptación en nuestro país y la extensa mayoría de las publicaciones pertenecen a estudios realizados en los Estados Unidos de América, no existiendo parámetros comparativos en nuestro ámbito cultural cercano. Desde la aplicación del modelo clásico de Finkelhor y Browne (1985) a las consecuencias derivadas de la experiencia de victimización sexual, la revisión realizada demuestra que existe suficiente evidencia como para poder defender este modelo de intervención como el más adecuado para la recuperación de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Es por ello que urgen tanto la formación de profesionales en este modelo de intervención como el posterior estudio de la efectividad del mismo para la población hispanoparlante.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. y Rescola, L. A. (2001). *Manual of the Achenbach system of empirically based assessment school-age forms & profiles*. Burlington, VT: Aseba.
- American Psychological Association, Presidential Task Force On Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>
- Cary, C. E. y McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: a systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748-757. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.003>
- Cisler, J. M., Sigel, B. A., Kramer, T. L., Smitherman, K., Pemberton, J. y Kilts, C. D. (2015). Amygdala response predict trajectory of symptoms reduction during Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy among adolescent girls with PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, 71, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.011>
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Society of Biological Psychiatry*, 53(9), 827-833. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01868-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01868-1)
- Cohen, J. A., Berliner, L. y Mannarino, A. P. (2010). Trauma-Focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 215-224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003>
- Cohen, J. A., Deblinger, E. y Mannarino, A. P. (2004a). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for sexually abused children. *Psychiatric Times*, 21, 1-5.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. y Steer, R. A. (2004b). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (2nd ed)*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M. y Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*, 35(8), 637-646. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.002>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M. y Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined Trauma-Focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811-819. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180547105>
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C. y Ormrod, R. K. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.004>
- Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P. y Turcotte, M. E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of nonoffending parents: A longitudinal perspective. *Journal of Child Custody*, 15(2), 147-167. <https://doi.org/10.1080/15379418.2018.1460649>
- de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>
- de Jong, R., Alink, L., Bijleveld, C., Finkenaauer, C. y Hendriks, J. (2015). Transition to adulthood of child sexual abuse victims. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 175-187. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.04.012>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. y Steer, R. A. (2011). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67-75. <https://doi.org/10.1002/da.20744>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A. y Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb>
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K. y Steer, R. A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse & Neglect*, 65, 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.014>
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H. y Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., ... Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-331. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.303>
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S. y Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>
- Griffin, J. L. y Wozniak, J. (2019). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. En V. G. Carrión (Ed.), *Assessing and treating youth exposed to traumatic stress* (pp. 185-205). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., ... Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355. <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00008>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Nueva York, NY: Multi-Health System.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A. y Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 204-211. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2302_9
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K. y Steer, R. A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for children: Sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241. <https://doi.org/10.1177/1077559512451787>

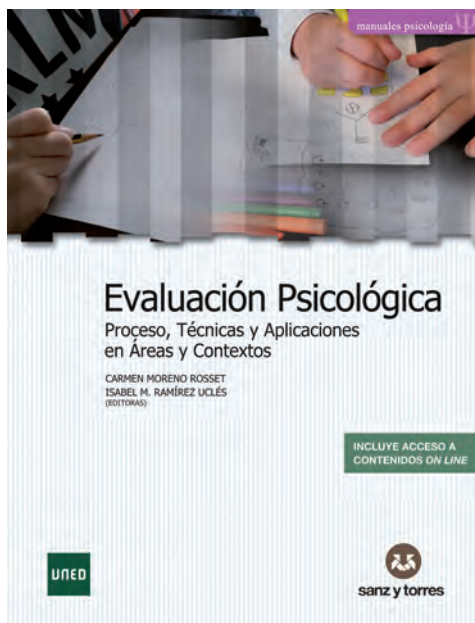
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 3-13. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1702.pdf>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 3-13. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2697.pdf>
- Pereda, N., Abad, J., Guilera, G. y Arch, M. (2015). Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 328-334. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.05.003>
- Pereda, N. y Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93. Recuperado de: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=English&id=371>
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. y Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. y Aluwahlia, S. (1983). A Children Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>
- Spielberger, C. D. y Edwards, C. D. (1973). *STAIC preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I feel questionnaire")*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steine, I. M., Winje, D., Christoffer Skogen, J., Krystal, J. H., Marita Milde, A., Bjorvatn, B., ... Pallesen, S. (2017). Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 67, 280-293. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.002>
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse-assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503-515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12047>
- Wamser-Nanney, R. (2017). Maternal support following childhood sexual abuse: Links to parent-reported children's outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 67, 44-53. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.023>
- Weiner, D. A., Scheinder, A. y Lyons, J. A. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>

RECENSIÓN DE LIBROS:

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos

Editoras: Carmen Moreno Rosset e Isabel María Ramírez Uclés (UNED)
Editorial Sanz y Torres, Madrid (2019).



Jesús García Martínez

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología,
Universidad de Sevilla. España
<http://orcid.org/0000-0002-2698-6758>

Palabras clave: *Evaluación Psicológica, Procesos de Evaluación, Educación, Entrenamiento de Profesionales.*
Keywords: *Psychological Assessment, Assessment Processes, Teaching, Professional Training.*

Un nuevo libro sobre evaluación psicológica, sí. Pero no es un libro más sobre evaluación psicológica, sino un manual que cubre un espacio común entre el mundo académico y el profesional, con una orientación eminentemente práctica. Esta destinado a perdurar, quizá no tanto por los contenidos –“*las ciencias adelantan que es una barbaridad*”, como ya decía Ricardo de la Vega (1894) en el librito de “*La verbena de la paloma*”–, sino por la forma en que estos se tratan y la orientación aplicada que recorre todo el texto.



La visión desde la que está construido no obedece solo a “enseñar” evaluación psicológica, es decir, a definir, demostrar e indicar cómo están construidas las pruebas y a cómo deben aplicarse e interpretarse, sino, además, a mostrar todo el proceso de evaluación psicológica y a ejemplificar cómo debe llevarse a cabo. La aplicabilidad, ante todo. No en vano, la utilidad, no es una de las características que definen a los “sistemas expertos”, como el que constituimos los profesionales de la psicología, en la sociedad contemporánea (Giddens, 1991).

Se trata de un trabajo que ha requerido varios niveles de coordinación e integración. Por un lado, las editoras han coordinado la totalidad del trabajo, pero hay también capítulos (como el 14 y último, “*El proceso de evaluación psicológica aplicado a diferentes contextos*”) que suponen un segundo nivel de coordinación (a cargo de la Dra. Rosario Antequera, de la Universidad de Sevilla). La mayoría de los capítulos, por otro lado, son de coautoría y no siempre de firmantes de la misma institución. En total, 26 profesionales e investigadores pertenecientes a 10 instituciones (universidades y otros centros de trabajo) distintas participan en esta obra.

El volumen avanza a lo largo de tres grandes bloques, uno de tipo básico y fundamental, otro dedicado a las diferentes técnicas usadas en la evaluación psicológica, y un tercero centrado en ámbitos de aplicación.

El primer bloque hace una introducción histórica, focalizada en gran medida en el ámbito español (a cargo de Isabel Calonge y Ana María Calles, de la Universidad Complutense) y después ahonda en algunos aspectos tremendamente necesarios y aplicados, el proceso de evaluación psicológica (capítulo que firma una de las coordinadoras del volumen, Carmen Moreno) y otro dedicado a la realización del informe psicológico (de Cristóbal Calvo, UNED, y José Manuel Rodríguez, Universidad de Sevilla). Carmen Moreno hace una propuesta novedosa, en cinco pasos, de cómo debe realizarse el proceso de evaluación psicológica, lo que hace de este capítulo una guía para la praxis clínica (o del trabajo en otros ámbitos de aplicación), que debe considerarse como un apartado básico de la evaluación, en tanto que se refiere a la organización y dación de datos ofrecida a la persona o institución para la que se realiza la evaluación.

El segundo bloque, sigue la propuesta ya clásica de L. A. Pervin (1979) de dividir las técnicas de evaluación entre proyectivas, subjetivas, psicométricas y objetivas (capítulos 6 a 11). Pero va más allá, mucho más allá de esto; se inicia con el capítulo 4 a cargo de las dos coordinadoras del volumen, donde se describen los criterios para elegir, aplicar y puntuar instrumentos y en el que se profundiza también en los criterios de calidad psicométrica; y continua con otro (capítulo 5) dedicado a la entrevista en el proceso de evaluación (firmado por Felix Guillén y Carmen Moreno, UNED). La entrevista, a pesar de ser el formato más usado en evaluación psicológica y, por supuesto, en psicoterapia, suele ser uno de los aspectos tratados con menos profundidad en los manuales de evaluación. En este caso, la pragmática vuelve a estar presente y se ofrece una guía de cómo llevar a cabo entrevista a lo largo de un proceso establecido en una fase preliminar y tres fases

de ejecución: entrevistas iniciales, post-iniciales, de comprobación de hipótesis y de devolución. Se cierra el capítulo de nuevo con un apartado sobre los criterios de calidad de las entrevistas de evaluación.

A diferencia de lo que suele ocurrir, de nuevo, los capítulos destinados a la descripción de las técnicas dedican más espacio a las de tipo objetivo (dos capítulos, sobre observación sistemática –a cargo de María Giovanna Caprara, UNED, y M^a Teresa Anguera –Universitat de Barcelona– y técnicas psicofisiológicas –que escriben Isabel M^a Ramírez, UNED, Inmaculada Fuentes, Universitat de València, José María Martínez y Juan Pedro Sánchez, de la Universidad de Murcia) y otros dos a técnicas subjetivas (procedimientos estructurados –a cargo de la editora Isabel M. Ramírez y Guillem Feixas, de la Universitat de Barcelona– como la técnicas de rejilla, el diferencial semántico, las listas de adjetivos y la técnica Q, por un lado, y, por otro, un capítulo dedicado en exclusiva a las estrategias de tipo narrativo (que firma quien esto escribe), frente a un solo capítulo que versa sobre las técnicas psicométricas –a cargo por Isabel M. Ramírez– y que profundiza en el modo de construir test y sus directrices de uso, y otro dedicado a las técnicas proyectivas (escrito por Montserrat Gómez de Terreros y María Valdés, de la Universidad de Sevilla), en el que se presentan algunas técnicas poco conocidas en España, como el test de la figura bajo la lluvia, además de las más conocidas, como el Rorschach, el TAT y otros test gráficos. Quizá la tensión entre la objetividad y la subjetividad que se usa para construir a aquella, proceso que parece atravesar toda la dinámica social en estos momentos, explique este énfasis diferencial en el espacio dedicado a los diferentes tipos de técnicas (Hanson, 1997; Herrick, 2004).

El tercer bloque se centra en distintos ámbitos de evaluación. Se centra en los que posiblemente son los dos campos más frecuentes, la inteligencia y el desarrollo, por un lado (Capítulo 12, a cargo de una de las editoras, Carmen Moreno) y la evaluación de la personalidad (Capítulo 13, de Cristóbal M. Calvo, UNED), por otro, para adentrarse, después, en un macro-capítulo final, en el que además de definir los diferentes campos de aplicación (clínico, jurídico, adicciones, interacción social, etc.), se describen siete casos (problemas de conductas, paciente oncológica, psicogerontología, adicciones, terapia familiar y forense), en los que se aplica el proceso de evaluación psicológica sugerido en el capítulo 5. Este cierre, en el que participan hasta 10 autores –y autoras– distintos, redundante de nuevo en la perspectiva pragmática de la obra, el foco de todo el volumen es claramente el para qué y el cómo.

Para rematar la faena de la practicidad, todos los capítulos están acompañados de un glosario y una serie de actividades prácticas, que permitirán al lector (o lectora) comprobar sus avances, casi como si estuviera en un entorno en línea.

La preocupación por la calidad es otra de las características de esta obra. Si la calidad debe ser el foco principal de la estrategia institucional para la formación (Gibbs, 2004), también debe reflejarse en los materiales que se usan para la enseñanza y el entrenamiento. Y esto queda claramente reflejado en esta obra, con su

énfasis en los procesos y procedimientos de “cómo hacer” y en la diversidad de las estrategias propuestas, así como en la ejemplificación (capítulo 14).

Además, la obra refleja claramente la transición entre el universo de la galaxia Gutenberg y el de las tecnologías de la comunicación. La obra física viene acompañada de una serie de enlaces a contenidos en internet, vídeos, ejercicios, demostraciones, etc., así como a los contenidos de la versión anterior del libro (Moreno Rosset, 2005). Si el medio es el mensaje (McLuhan, 1964/1996), el medio elegido para esta obra, que combina lo material y lo virtual, las versiones pasadas y las recientes y que se centra en los aspectos más pragmáticos de la evaluación psicológica, sin olvidar los conceptuales, ni teóricos, ni tampoco el aspecto formativo, es sin lugar a duda, el medio más adecuado.

¿Y por qué una recensión como esta en una revista como la *Revista de Psicoterapia*? Porque la evaluación es una parte inseparable del proceso terapéutico, del proceso de cambio, es preciso tener en cuenta cómo y a través de que procedimientos evaluar, para garantizar que el proceso de viaje conjunto que es la terapia (Neimeyer y Mahoney, 1998), lleve al mejor puerto posible a nuestro cliente. Y este libro –y sus adjuntos virtuales– contribuirán sin duda a ello.

Referencias bibliográficas

- De la Vega, R. (1894). *La verbena de la paloma* (sainete lírico). Madrid, España: Teatro Apolo.
- Gibbs, G. (2004). Mejorar la enseñanza y el aprendizaje universitario mediante estrategias institucionales. *Educar*, 33, 11-30. <https://doi.org/10.5565/rev/educar.259>
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Madrid, España: Península.
- Hanson, R. E. (1997). Objectivity and Narrative in Contemporary Reporting: A Formal Analysis. *Symbolic Interaction*, 20(4), 385-396. <https://doi.org/10.1525/si.1997.20.4.385>
- Herrick, C. N. (2004). Objectivity versus narrative coherence: science, environmental policy, and the US Data Quality Act. *Environmental Science & Policy*, 7(5), 419-433. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2004.06.003>
- McLuhan, M. (1996). *Comprender los medios de comunicación: las extensiones del ser humano*. Barcelona, España: Paidós. (Trabajo original publicado en 1964).
- Moreno Rosset, C. (2005). *Evaluación psicológica: Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Pervin, L. A. (1979). *Personalidad: teoría, diagnóstico e investigación*. Bilbao, España: DDB.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 31, Number 115, March, 2020 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich´s.
- OPAC´s: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

COMPLEJIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Complexity of Eating Disorders

Laura Hernangómez Criado
(Coordinadora)

EDITORIAL

COMPLEJIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Laura Hernangómez Criado

OBSTÁCULOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PROPUESTAS PARA SUPERARLOS

Diana Kirszman

IDENTIDAD Y PROCESO EMOCIONAL DE CAMBIO EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Luis Beato Fernández y Teresa Rodríguez Cano

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UNA REVISIÓN Y ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN

M^a Elena Gismero González

ACTUALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL CONTEXTO FAMILIAR EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: EL ROL DE LOS PADRES

Ana Rosa Sepúlveda, Alba Moreno y Lucía Beltrán

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN ANOREXIA NERVIOSA: INVISIBLES FRENTE AL ESPEJO

Gema García Marco

ALTAS CAPACIDADES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ¿VULNERABILIDAD O PROTECCIÓN?

Laura Hernangómez Criado

EFFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Sara Tabares Olmedilla

Artículos del monográfico (Acceso Abierto)

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Virginia María Peña Cortés

TÉCNICA DE LA REJILLA COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EXPLORACIÓN DE ESTRUCTURA COGNITIVA Y RELACIONES INTERPERSONALES EN UNA MUESTRA DE 20 PACIENTES

Estela M. Pardos-Gascón, Nicolás Gómez

Calmaestra y María Victoria Rodríguez Vacas

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL RADICALMENTE ABIERTA PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

Irene de la Vega Rodríguez y Teresa Montalvo

Calahorra

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

CONTRADICCIONES DE LA PSIQUIATRÍA MÉDICA. EN LA TEORÍA Y EN LA PRÁCTICA

Julio Company Ortega

TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Pablo Rafael Santangelo

VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA E INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA: LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FOCALIZADA EN EL TRAUMA

Bárbara Kanter y Noemí Pereda

Recensión de Libros

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA. PROCESO, TÉCNICAS Y APLICACIONES EN ÁREAS Y CONTEXTOS

Jesús García Martínez

