

**TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA: UNA  
EXPERIENCIA DE  
COLABORACION ENTRE UN HOSPITAL GENERAL Y  
UN CENTRO DE  
SALUD MENTAL DE AREA. FORMACION DE  
COTERAPEUTAS**

**J. Joaquín Martínez Sánchez  
Pilar Arribas Saíz**

PSICOLOGOS Centro de Salud Mental de Xàtiva (Valencia)

**RESUMEN**

*El presente trabajo describe el resultado de la colaboración entre un Hospital General, sin servicio de psiquiatría, y un Centro de Salud Mental de área (CSM), en el tratamiento conjunto, médico y psicológico, de pacientes anoréxicas. Se detallan todas las fases del mismo, desde la recepción del paciente, su evaluación, los criterios seguidos para la elección del ingreso hospitalario, y el protocolo terapéutico aplicado durante el mismo. Se comenta el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta a todo el personal de la planta (médicos, personal de enfermería y auxiliares), así como las funciones desempeñadas por los diferentes profesionales que participaron en el proceso terapéutico.*

**Palabras Clave:** *Anorexia nerviosa, terapia de conducta, formación de coterapeutas, tratamiento hospitalario, centro de salud mental, hospital general.*

## SUMMARY

*This paper shows the issues of the common work between a general hospital, without psychiatric service, and a mental health center, about the medical and psychological treatment of patients with anorexia nervosa. The evaluation, the criteria for admission and the principles of inpatient treatment are detailing. The training in techniques of behavior therapy to sanitary staff in this section and the functions developed by different professionals in the therapeutical process are comented too.*

**Key Words:** *Anorexia nervosa, behavior therapy, co-therapists training, mental health center, general hospital.*

## INTRODUCCION

Desde que en 1800 fuese descrita la anorexia nerviosa por Sir William Gull, muchos han sido los intentos de conceptualización de este trastorno que han dado lugar a múltiples explicaciones teóricas sobre su etiología de las que han derivado no menos modalidades terapéuticas. El interés por este trastorno ha sido mucho más acentuado en las últimas tres décadas (Perpiñá, 1989; Toro y Vilardel, 1987) en gran parte debido al espectacular aumento en su incidencia (se citan cifras que oscilan del 0'12 al 1% de jóvenes entre 12 y 18 años que padecen este trastorno) y por sus graves consecuencias, ya que se estima que de un 5 a un 18% pueden llegar a la muerte (American Psychiatric Association, 1980). Especialidades como la Endocrinología, Psiquiatría y Psicología, e incluso la Sociología, han puesto su interés en el estudio de este trastorno del que aún se desconocen muchas de sus particularidades y del que en este momento no se puede afirmar que exista una teoría que pueda explicar e integrar por sí sola todos los factores que intervienen en su génesis y mantenimiento.

Dada la complejidad de la sintomatología anoréxica, donde convergen factores psicológicos, endocrinológicos, genéticos, familiares y culturales, se puede entender la variedad de enfoques terapéuticos desde los que se ha abordado este trastorno. Los tratamientos exclusivamente médicos, cuyo único objetivo es incrementar y normalizar el peso de la paciente, se basan en la administración de sustancias que aumenten el apetito - antianoréxicos- así como en reponer las secuelas físicas que la inanición haya podido producir. Otras medidas mucho más agresivas, como el empleo de sondas nasogástricas o alimentación intravenosa, se han utilizado con cierta frecuencia para reponer el índice nutricional de la paciente. La administra-

ción de psicofármacos como neurolépticos (Dally y Sargent, 1966, Vandereycken, 1984) y antidepresivos (Lacey y Crips, 1980; Halmi y col., 1986) se ha justificado por los frecuentes síntomas ansioso-depresivos que acompañan a este trastorno.

Por su parte, las aportaciones desde la Psicología han sido dispares: tratamientos psicodinámicos (Bruch 1974, 1982; Selvini Palazzoli, 1985; Casper, 1982; Orbach, 1985) basados en un supuesto conflicto intrapsíquico a la base del trastorno; terapias familiares (Minuchin y cols., 1978; Lagos, 1981; Rogeberg, 1990; Sargent y col., 1985) que consideran a la familia como un elemento causal y mantenedor de la patología anoréxica; terapias conductuales (Agras, y cols., 1974; Eckert y cols, 1979; Halmi y cols., 1975; Schnurer y Rubin, 1973; Hallsten, 1965; Mavissakalian, 1982;) que conceptualizan a la anorexia como un conjunto de conductas desadaptadas producto de la historia de aprendizaje de la paciente; y los más recientes tratamientos cognitivos dirigidos a corregir las distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales que se suponen a la base de las conductas anoréxicas (Garner y Bernis, 1982, 1985; Fairburn y cols., 1986; Stoylen y Laberg, 1990; Edgette y Prout, 1989). En todos estos tratamientos, se persigue, además de la recuperación y estabilización del peso, un mejor ajuste personal y social de la paciente, para lo que se pone el interés en aquellos aspectos y dimensiones que, desde cada modelo teórico, se consideran responsables de la génesis de la anorexia nerviosa.

La propia condición del trastorno, sin embargo, impone la necesidad de acercamientos terapéuticos multidisciplinarios, donde tengan cabida las especialidades médicas y psicológicas, y, dentro de estas, cada vez son más los especialistas (Fundudis, 1986; Rivera y cols., 1985, Calvo, 1985; Garner y cols., 1982; Kalucy y col., 1985) que abogan por tratamientos multimodales dirigidos al abordaje específico de los variados síntomas que configuran este síndrome (técnicas de condicionamiento operante, desensibilización sistemática, terapia familiar, técnicas de reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, etc.).

El presente trabajo se enmarca en esta última línea, en el que se ejemplifica el abordaje conjunto, médico y psicológico, de pacientes anoréxicas en un marco hospitalario y en el que se han combinado varias técnicas (conductuales, cognitivas y terapia familiar) en el tratamiento psicológico de las pacientes.

Vamos a describir ahora el proceso de tratamiento seguido, detallando todas las fases del mismo, desde la recepción del paciente, su evaluación, los criterios seguidos para la elección del ingreso hospitalario, y el protocolo terapéutico seguido durante el ingreso, comentando las funciones desempeñadas por los diferentes profesionales que participaron en el proceso terapéutico.

## PROCEDIMIENTO

Antes de comenzar queremos indicar que este trabajo es el resultado de la colaboración entre el hospital general de área (Hospital Lluís Alcanyis), sin servicio de psiquiatría, y el Centro de Salud Mental (CSM) de Xativa (Valencia), en un periodo aproximado de dos años. Esta experiencia se ha llevado a cabo cuando aún no ha sido implantado el nuevo Plan de Salud Mental en la Comunidad Valenciana, en el que se establece la creación de camas psiquiátricas en los hospitales generales de área. La colaboración se realizó, pues, a partir de acuerdos entre los profesionales del hospital y los del CSM.

Este trabajo fue llevado a cabo en la planta de escolares de dicho hospital, que atiende a niños de 4 a 14 años. En él intervinieron todo el personal de la planta: jefe de servicio, equipo médico, personal de enfermería y auxiliar; y los psicólogos del CSM, autores de este trabajo.

Antes de iniciar los ingresos se realizaron una serie de reuniones entre psicólogos, jefe de servicio y coordinadora de enfermería en las que se establecieron las líneas básicas de funcionamiento (exploraciones a seguir, tanto médicas como psicológicas, criterios de ingreso, criterios de alta, características generales de los programas conductuales de tratamiento, esbozo de las funciones de cada profesional...etc). Los aspectos específicos del tratamiento eran abordados una vez las pacientes eran ingresadas, pues aunque había un programa marco de tratamiento, para cada una de las pacientes se introducían modificaciones específicas en el mismo.

### Recepción del paciente

El primer contacto con el paciente se establecía en el CSM, donde había sido remitido por su médico de cabecera o por la neuropsiquiatra del ambulatorio, o en el propio hospital, donde había sido atendida en el servicio de urgencias. En ambos casos se realizaba una exploración sobre el estado físico de la paciente, a cargo de los pediatras, y posteriormente se realizaba una exploración psicológica.

### Evaluación

La exploración psicológica se realizaba en base a una entrevista semi-estructurada, que a continuación detallamos, en la que participaban tanto la paciente como ambos padres de ésta (era condición indispensable que ambos padres acudieran a todas las sesiones). En la entrevista con la

paciente se exploraban las siguientes áreas:

a) Estado presente:

- Cronología de los síntomas anoréxicos.
- Factores precipitantes asociados con el comienzo del trastorno.
- Topografía de la conducta de comer (periodos de abstinencia, tipo de restricción alimentaria, aspectos temporales y situacionales de la ingesta, vómito, síntomas bulímicos...)
- Conductas "anoréxicas" asociadas: empleo de laxantes, diuréticos, actividad física excesiva, acumulación de comida, control de la comida de sus familiares...etc.
- Grado de preocupación acerca de la comida y las calorías.
- Actitudes hacia la imagen corporal, desarrollo físico, peso ideal, sexualidad..
- Síntomas psicopatológicos asociados: depresión, ideación suicida, ansiedad, irritabilidad, control de impulsos, conductas auto o heteroagresivas, síntomas obsesivo compulsivos, síntomas psicóticos..etc.
- Historia del peso de la paciente.
- Antecedentes familiares de trastornos de la alimentación y obesidad.

b) Anamnesis clínica:

Como en cualquier otro trastorno, se explora detalladamente el desarrollo psicobiográfico de la paciente. También se evalúan algunos otros aspectos relacionados con el trastorno:

- Rasgos de personalidad (p.e. timidez, dependencia, restricción emocional, esfuerzos perfeccionistas, compulsividad, patrones de socialización..).
- Relaciones sociales (número de amigos, calidad de las relaciones, frecuencia de contactos espontáneamente iniciados, relaciones con miembros de sexo opuesto..etc)
- Historia psicopatológica previa.
- Percepción de las relaciones familiares y de cada miembro de su familia.
- Aspiraciones futuras y metas. Intereses y *hobbis*.
- Motivación hacia la terapia.

Por su parte en la entrevista con los padres, se recogía información sobre los siguientes aspectos:

- Percepción de su hija (aspectos positivos, debilidades, conductas que admiran y las que encuentran molestas..).
- Aspiraciones que tienen sobre su hija.
- Su opinión sobre la adolescencia (independencia, sexualidad...).
- Clima afectivo familiar (relaciones de pareja, relaciones con los otros hijos...)

- Estructura de la familia (relaciones de poder y dependencia, alianzas, eficacia para solucionar problemas y capacidad de negociar, responsabilidad, grado de expresividad emocional..).
- Impacto de la enfermedad de la hija sobre el estilo de vida de la familia, las relaciones de la pareja y de los hermanos).

La información obtenida con las entrevistas se complementaba con la proporcionada por otros instrumentos diagnósticos seleccionados según las características de los pacientes.

Durante la primera semana, tanto la paciente como sus padres, debían realizar también registros independientes de los tipos y cantidad de alimentos que tomaba, tiempo empleado en comer, circunstancias ambientales en las que comía (sola o con la familia, con o sin TV,..) y tiempo transcurrido entre cada ingesta. Además, se pedía registro de otras conductas asociadas, tales como hacer gimnasia (tiempo empleado, tipo de ejercicio), existencia de vómitos, consumo de laxantes y/o diuréticos, hábitos defecatorios, número de veces que la paciente se pesaba..etc. Como se podrá suponer, la paciente no era conocedora de que sus padres llevaban un registro "paralelo" al suyo.

En esta primera semana se efectuaban también los exámenes médicos pertinentes, que eran realizados por los pediatras del hospital.

### **Criterios de tratamiento hospitalario**

Con todos estos datos, y una vez confirmado el diagnóstico de anorexia nerviosa, se establecía el plan terapéutico. El primer paso consistía en decidir si el tratamiento se iba a efectuar de forma ambulatoria o requería ingreso hospitalario. Esta decisión se tomaba en orden a los siguientes criterios:

- Estado de extrema desnutrición (peso inferior al 25-30% del peso ideal).
- Ideación suicida o depresión incapacitante.
- Trastornos severos de control de impulsos (abuso de laxantes episodios de "binge" seguidos de purgas, conducta autolesivas.. etc).
- Historia de fracasos anteriores de tratamientos ambulatorios.
- Relaciones familiares muy patológicas.
- Imposibilidad de que los padres se hicieran cargo de la supervisión

del tratamiento, bien por falta de colaboración, por no disponibilidad por problemas de horario o por incapacidad para manejar las conductas manipulativas de la paciente.

En algunos casos se llegó a iniciar tratamiento ambulatorio, siendo necesario posteriormente plantear el ingreso hospitalario. Esto sucedía cuando tras unas semanas iniciales no se conseguían los objetivos iniciales de tratamiento, fundamentalmente, el de la ganancia de peso. Todas las circuns-

tancias del proceso terapéutico eran explicadas detalladamente antes de iniciar el mismo, tanto a la paciente como a los padres, y se suscribía un contrato con ambos.

Un momento crítico en esta fase lo constituía el comunicar a los padres la necesidad de ingreso hospitalario. Ello crea en los mismos una elevada angustia, que unido al "despliegue" de todo tipo de estrategias por parte de la paciente para evitarlo (lloros, amenazas de suicidio, agresiones y comentarios de inculpación de los padres), hace que sea difícil que valoren la situación de una forma objetiva. Es importante el manejo de esta situación, pues un ingreso que se produce sin la total confianza por parte de los padres, puede dar lugar, posteriormente, a problemas que pueden perjudicar grandemente el proceso terapéutico. Es indispensable, por tanto, explicarles los riesgos que se corren si no se realiza el ingreso, sin ocultar el peligro de muerte por inanición, así como describirles, con todo detalle, las condiciones en las que se va a desarrollar el programa terapéutico, sobre todo lo que se refiere al tiempo durante el cual no podrán visitar a su hija, y a las condiciones en las que las visitas se podrán realizar. Conviene, así mismo, comentarles el tiempo aproximado que durará el tratamiento, y la evolución esperable basando las explicaciones en otros casos similares ya tratados.

### **Características del tratamiento hospitalario**

El día del ingreso los padres de la paciente acompañaban a ésta. Ya en planta el personal de enfermería se hacía cargo de la paciente: le proporcionaban un pijama, la pesaban y la conducían a una habitación que no iba a compartir con nadie; tenía prohibido cerrar la puerta de la habitación (generalmente se le destinaba a la habitación situada enfrente de la sala de enfermería para facilitar el control). En este momento el personal de enfermería revisaba la maleta de la paciente, retirando cualquier elemento que le pudiera servir de distracción (libros, radio, ..). Se les explicaban las normas generales de la planta y además, las específicas para ellas: cada vez que hacían de vientre u orinaban debían avisar a enfermería para que controlasen la cantidad de excrementos y número de veces que orinaban. Esta prohibición de tirar de la cadena además de satisfacer la anterior demanda permitía controlar si se producían vómitos o si tiraban comida.

Antes de iniciar el programa terapéutico se realizaba una línea base durante un período no superior a una semana. En la misma se registraban la cantidad y tipo de alimentos que la paciente tomaba, el tiempo empleado y los hábitos que mostraba durante la comida (si comía rápidamente o, por

el contrario, muy despacio, si tomaba gran cantidad en cada bocado, si masticaba en exceso, si manipulaba la comida, si se producían arcadas...). También se observaban otras conductas como hacer gimnasia, provocarse el vómito, esconder alimentos..etc. Durante este tiempo la paciente no recibía ningún tipo de instrucciones, ni tenía restricción alguna, salvo las de cumplir con las normas generales de la planta. Se le proporcionaba una dieta normal (no hipercalórica) y se le daba la posibilidad de que pidiera otros alimentos a cualquier hora. No era recriminada por ninguna conducta "anoréxica", ni tampoco instada a comer.

La única restricción que se imponía durante la primera fase, era la de recibir visitas o establecer contacto telefónico con familiares o amigos.

Tras esta fase de observación, se elaboraba el programa de tratamiento. Antes de ser explicado a la paciente, era discutido con el médico responsable y con la jefa de enfermería (quien se encargaba posteriormente de transmitirlo al resto de personal). Los tratamientos se basaban en la obtención de refuerzos contingentes a la ganancia de peso. Los refuerzos más habituales eran: posibilidad de recibir las visitas de sus padres y amigos, llamar por teléfono, obtener permisos de fin de semana, leer, oír música, ver la tv, participar en las actividades lúdicas que se realizaban en la planta, colaborar en algunas tareas (por ejemplo dar de comer a los más pequeños, decorar la sala..etc).

Los objetivos generales de tratamiento en todos los casos fueron:

- Normalización del peso.
- Normalización de los hábitos alimentarios.
- Estabilidad del peso posthospitalización (en caso de que tras el alta se produjese una pérdida de peso superior a ciertos márgenes previamente estipulados - el 15% del peso "normal"- y contratados con la paciente, se volvía a ingresar en el hospital).
- Reestructuración cognitiva de creencias irracionales en torno a la imagen corporal, peso, rendimiento escolar..etc.

Como explicábamos más arriba, el único contacto social que tenía la paciente al inicio de la terapia era con el personal técnico: psicólogos, enfermería, auxiliares y médicos. La pauta de comportamiento que debía seguir todo este personal era de trato correcto, dedicar el tiempo justo al motivo de visita a la habitación (control de temperatura, etc.), no discutir los programas con la paciente e improvisar lo menos posible y evitar cualquier trato paternalista; es decir, se procuró un trato lo más neutro posible, excepto cuando se consiguieran los objetivos terapéuticos asociados con la ingesta de comida y aumento de peso lo que daba lugar a la aplicación sistemática de refuerzo social por parte de todo el personal.

Durante todo el ingreso la paciente era pesada diariamente por la mañana,

en ayunas, con el pijama y después de haber ido al water. En la primera fase de tratamiento la paciente no recibía información sobre su peso. Posteriormente, una vez iniciado el programa, era instada a mirar la báscula mientras se la pesaba y ella misma debía registrar el peso en una gráfica que colgaba en la pared de su habitación.

El psicólogo encargado del caso acudía dos veces por semana al hospital. Durante las visitas por una parte se mantenían, reuniones con el personal sanitario para aclarar dudas, supervisar los registros, resolver posibles dificultades y programar la siguiente semana; y, por otra, realizar la sesión de terapia con la paciente.

Como durante el período de línea base, el personal de enfermería debía continuar con los registros de la cantidad de comida ingerida, el tipo de alimentos que apartaba del plato, anotar si hacía gimnasia o daba paseos rápidos por la habitación, la ingesta de agua, defecaciones, vómitos o si escondía comida.

Para eliminar al máximo las dudas en la aplicación del programa, éste se dejaba por escrito en el libro de anotaciones del personal de planta. En este libro, además, se anotaba cualquier incidencia u observación realizada por el médico, ATSs o el psicólogo, quien también dejaba constancia de la sesión mantenida con la paciente y de las modificaciones que semanalmente se iban introduciendo en el programa terapéutico.

El contacto telefónico con el personal del hospital para aclarar dudas fue intenso al comienzo de la colaboración, a pesar de que habíamos procurado hacer los programas lo más sencillos y claros posible. Ello, creemos que fué debido en gran parte a la elevada motivación que poco a poco se iba apoderando de gran parte del personal al aplicar algo para ellos tan novedoso como eran las técnicas psicológicas y su deseo de hacerlo lo más correctamente posible. Los problemas surgieron al principio, fundamentalmente por el carácter manipulativo de algunos pacientes, que aprovechaban la poca experiencia de este personal en aplicar dichos programas.

En esta fase una de las tareas más importantes, y difíciles de conseguir, fué que el personal sanitario modificara las habituales actitudes de sobreprotección hacia las pacientes (hay que pensar que están habituados a tratar con niños enfermos, separados de su entorno familiar, que requieren altas dosis de afecto y atención). Al comienzo veían con cierto recelo los procedimientos de extinción, refuerzo diferencial y la restricción del contacto social, procedimientos que les parecían excesivamente duros y de los que no acababan de entender el fundamento teórico.

Esto, afortunadamente, fué superado sobre la marcha, una vez pudieron comprobar los resultados positivos de tales procedimientos, y requirió, en no pocas ocasiones, una gran firmeza por parte de los

psicólogos para evitar distorsiones basadas en la "buena voluntad" en la aplicación de los programas y una continua actividad formativa, encaminada a un mayor conocimiento tanto de las características del trastorno como de las técnicas conductuales que fueron la base de los programas terapéuticos hospitalarios.

Aparte de los anteriores problemas, surgieron otros derivados de la propia evolución de los pacientes: tardanza en coger peso, poca colaboración, oscilaciones "inexplicables" en el peso, sensación de culpa en el personal sanitario cuando los pacientes tardaban en obtener los refuerzos, temor a la adquisición de traumas o suicidio en los pacientes, problemas de relación con los padres, aparición momentánea de algún "especialista" en psicología dentro del personal de enfermería. Otra fuente de problemas importante es la que derivaba de las expectativas que el propio personal tenía en cuanto a la rapidez con que esperaban que se produjera el aumento de peso; curiosamente, y aunque en diferentes sesiones les habíamos explicado la evolución de la enfermedad y su recuperación lenta y gradual, dicho personal estaba convencido de que en muy poco tiempo, una o dos semanas, este tipo de pacientes podrían solucionar su problema.

Todos los anteriores problemas se fueron solucionando conforme el proceso terapéutico continuaba y se iban obteniendo resultados positivos. De todos modos es importante señalar que en ocasiones fue necesario mostrar, mucha firmeza para que los programas continuaran y no fueran desvirtuados por soluciones improvisadas; esta firmeza por parte del psicólogo creemos que fue decisiva para que el personal de enfermería se sintiera más seguro en lo que estaban haciendo aunque a corto plazo no se obtuvieran los resultados inmediatos que ellos esperaban.

### **Atención a la familia durante el ingreso hospitalario:**

La relación con los padres de los pacientes suele ser complicada por la ansiedad que les produce el estado físico y psíquico de sus hijas. En la mayoría de ellos se observó una gran angustia y sentimientos de culpabilidad por el ingreso, sobre todo en las primeras fases de tratamiento, cuando aún no se había producido el aumento de peso o éste era todavía inestable. Ello les llevó, a algunos, a solicitar cambios en los programas y en las normas de visita.

Se realizaban sesiones semanales con los padres en el centro. Durante las mismas, además de explicarles la evolución de sus hijas (sobre todo en la primera fase, cuando aún no tenían contacto con ellas), se abordaban aquellos conflictos que durante la evaluación psicológica se detectaron como

factores relacionados con la aparición y/o mantenimiento del trastorno de sus hijas. A las sesiones de terapia familiar debían acudir obligatoriamente los dos padres, y en alguna ocasión, fué necesario introducir a algún otro miembro de la familia.

Es importante señalar que los padres en esta fase de ingreso se solían comportar de forma solidaria con sus hijas, como si las tuvieran que "defender" en cierta medida del personal sanitario. Las dudas que más frecuentemente planteaban giraban en torno a los posibles efectos nocivos de la terapia en el estado emocional de sus hijas: miedo a un trauma o una depresión, además de la sensación de culpa que tenían por haber aceptado el ingreso; estas angustias solían transmitírsela al personal de enfermería en los comienzos. Todo lo anterior se intentaba amortiguar explicando de nuevo las características del trastorno, y del proceso terapéutico, y planteando objetivamente el estado de sus hijas y los beneficios de estar ingresadas, reforzándoles su actitud de esfuerzo e interés por la salud de sus hijas.

### **Protocolo terapéutico**

El protocolo terapéutico seguido en el hospital comprendía:

- Programas de condicionamiento operante para la ganancia de peso, basados en los procedimientos de extinción, y refuerzo diferencial, (en los primeros casos se empleó el sistema de economía de fichas elaborado por los psicólogos y llevado a la práctica por el personal de enfermería).
- Sesiones individuales de terapia dentro del contexto hospitalario, encaminadas a reducir la distorsión de la imagen corporal, y preparación cognitiva ante su nueva situación, así como a proporcionar información acerca de las características psicológicas y fisiológicas del trastorno e información sobre la dieta.
- Información al personal de planta del contenido de los programas, aclaración de dudas, control de expectativas y solución de problemas surgidos de la relación con la paciente y sus familiares.

Las anteriores funciones eran desempeñadas por los psicólogos.

- Control y tratamiento del estado físico de la paciente por parte del personal de enfermería y pediatras:
- Estado físico (constantes vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura axilar o rectal, tensión arterial, peso diario, visión directa de diuresis, deposiciones y vómitos y así como sus características: cantidad, tamaño, color, consistencia y análisis de orina para prevenir cuerpos cetónicos).

- Nutricional: alimentación adecuada, aporte minerales y vitamínicos específicos.
- Control de variables específicas a cargo del personal de enfermería:
- Ayuda en el establecimiento de la línea base
- Aplicación del programa: control de la ingesta (detectando ocultación, desmenuzamiento, selección de alimentos y vómitos), administración de refuerzos de acuerdo con los objetivos del programa, extinción de conductas negativas, pesaje diario en ayunas con la misma ropa a la misma hora, fomento de reposo después de cada comida (30 minutos).
- Control de cumplimiento del programa por parte del resto de personal y la familia en ausencia de los miembros del CSM.
- Adoptar actitudes y estrategias para evitar conflictos y enfrentamientos con la paciente, manejar los cambios bruscos de humor y detectar posible riesgo físico.
- Adoptar medidas para prevenir manipulaciones por parte de la paciente referidas a la ingesta y aplicación de programas.

### **Programas terapéuticos.**

Como se ha apuntado más arriba, los objetivos terapéuticos durante la hospitalización fueron: a) restaurar la ingesta de alimentos, incrementar el peso y normalizar los hábitos de comida y b) reestructuración cognitiva de las creencias irracionales directamente implicadas en el trastorno (imagen corporal, peso, actitud hacia la comida. etc). Estos objetivos se consiguieron con un abordaje terapéutico múltiple (¿multidimensional?).

El primer objetivo se trabajó con la aplicación de programas de condicionamiento operante, en los que a través de los procedimientos de extinción y refuerzo diferencial se pretendía restaurar la ingesta de comida y reestablecer el peso. Se aplicaron dos modalidades: en la primera de ellas los refuerzos se obtenían en función de la cantidad de comida ingerida, independientemente del peso, a través de un sistema de economía de fichas.

Este sistema requirió un control exhaustivo por parte del personal de enfermería, que era el encargado de supervisar la cantidad de comida ingerida, y de comprobar que la paciente no había tirado o escondido alimentos (esta, sin embargo, permanecía sola mientras comía). Una vez concluido el tiempo que se le daba para comer (que era el mismo que tenía cualquier otro paciente de la sala, entre 30 y 40 minutos) era retirado el servicio, y en presencia de la paciente se valoraba la cantidad ingerida y se asignaban los puntos que le correspondían (generalmente, se valoraba si

el plato había sido consumido en su totalidad, si sólo había tomado la mitad o una pequeña cantidad del mismo). Los puntos eran canjeados cuando la paciente tenía los suficientes para conseguir algunos de los refuerzos ya negociados con la paciente antes de iniciar el programa: oír música, leer, poder salir de la habitación, recibir visitas, etc.

Este programa basado en la cantidad de comida ingerida trajo problemas a la hora de valorar las cantidades y ésto hizo que más de una paciente intentara manipular al personal de enfermería para obtener más puntos con lo cual hubieron roces y desconfianzas entre pacientes y personal de enfermería.

En el segundo tipo de programa los refuerzos se obtenían de forma contingente a la ganancia de peso. En este programa se establecían metas concretas de peso para obtener determinados privilegios. Estas metas de peso solían ser revisadas todas las semanas, exigiendo un incremento mínimo determinado para que la paciente mantuviera los privilegios obtenidos y/o recibiera otros nuevos que eran negociados al final de cada semana, que es cuando se proponía el programa para los próximos siete días.

Este segundo procedimiento se mostró más eficaz que el anterior por varias razones: recortó el tiempo de ingreso, se produjeron menos oscilaciones en el peso y, por tanto, se prestó a menos equívocos a la hora de administrar los refuerzos, lo que evitó conflictos con el paciente e hizo que el personal de enfermería se encontrara más seguro en sus funciones.

En cuanto a las creencias irracionales en torno a la imagen corporal, el peso, la sexualidad y otras ideas características de este trastorno, se trabajaron con técnicas cognitivas. En ocasiones, fué necesario abordar otros problemas con técnicas específicas (relajación, habilidades sociales, desensibilización sistemática...etc).

Independientemente del programa aplicado, una vez era alcanzado el peso "normal" estipulado al comienzo del tratamiento, no se daba el alta hospitalaria de forma inmediata, sino que la paciente debía permanecer ingresada durante un tiempo más (de 1 a 4 semanas) con el fin de conseguir una estabilización del peso, siempre y cuando no se produjera una pérdida significativa.

Durante esta última fase del tratamiento, la paciente podía disfrutar de permisos los fines de semana (esto era uno de los refuerzos más potentes) lo cual permitió, por una parte, controlar el proceso de generalización de las nuevas conductas adquiridas a su ambiente familiar, y por otra, intervenir en cualquiera de los frecuentes problemas con que los padres se encontraban en su nueva situación (como se puede suponer, tras una separación forzosa, y siempre traumática, el tratamiento de la familia hacia la paciente no es normal cuando ésta llega de nuevo a casa; suelen encontrarse muy inseguros respecto a cómo tratar a su hija, qué actitudes adoptar y cómo solucionar

problemas en torno a la alimentación). El apoyo a la familia en esta fase es crucial, y el no proporcionarles directrices claras en esta fase puede hacer fracasar la terapia.

Antes de dar el alta hospitalaria, se negociaba el reingreso de la paciente, que habitualmente estaba condicionado a una pérdida del 15% del peso.

Tras el alta hospitalaria, la terapia continuaba de forma ambulatoria en el CSM. Se realizaban sesiones de terapia semanales, tanto con los padres como con la paciente a solas. Las sesiones se fueron distanciando posteriormente en función de la evolución, y una vez dados de alta en el servicio, se realizaba seguimiento telefónico cada seis meses aproximadamente.

Las sesiones ambulatorias tenían como objetivo, por una parte, el controlar el proceso de generalización de los resultados del tratamiento hospitalario, asegurándose para ello de que se seguían las pautas en cuanto a hábitos alimenticios y conductuales y, por otra, en continuar con el tratamiento psicológico y asesoramiento familiar ya iniciado en el hospital.

Con los padres las sesiones se centraban en proporcionar nuevas estrategias de relación con las pacientes, nuevas formas de resolver problemas, y un adecuado control de las conductas manipulativas de las hijas, mediante el uso de contratos y refuerzos. Una parte importante del trabajo con la familia consistió en entrenarlos en el manejo de refuerzos y extinción. En algunos casos, fué necesario el realizar terapia de pareja entre los padres.

## DISCUSION

Se ha descrito el programa de tratamiento de pacientes anoréxicas llevado a cabo en la planta de pediatría de un hospital general. El tratamiento durante la hospitalización ha tenido como eje fundamental la aplicación de programas de tipo operante diseñados por psicólogos y administrados en su totalidad por el personal sanitario de la planta.

El éxito de los procedimientos conductuales en el tratamiento de la anorexia nerviosa ha sido puesto de manifiesto en múltiples trabajos, así como la mayor eficacia de acercamientos multimodales en el tratamiento de este complejo trastorno. Sin duda, el hecho de que el tratamiento sea llevado a cabo en un ambiente cerrado como es el hospital, facilita el control terapéutico; sin embargo, dado el gran número de profesionales con el que la paciente tiene contacto (medicos, ATSS, auxiliares, celadores, personal de limpieza..etc) existe el riesgo de que se diluyan las pautas terapéuticas a seguir. Para evitarlo, queremos resaltar aquí la importancia que tiene el que sean definidas las funciones de todos los profesionales que participan en el programa de cuidados de la paciente, y el que todos apliquen con rigor las

normas conductuales que forman parte de los tratamientos. En este sentido, creemos imprescindible para asegurar el éxito terapéutico que el personal sanitario sea entrenado en la aplicación de técnicas conductuales (observación, registro, administración de refuerzos, extinción...etc) y sea dotado de recursos suficientes para hacer frente a las numerosas dificultades que el trato con las pacientes anoréxicas y sus familias plantea durante el proceso terapéutico. Para ello, resulta imprescindible complementar las habituales tareas del psicólogo en el tratamiento de la anorexia nerviosa (evaluación, diseño de programas terapéuticos, terapias individuales y familiares) con una activa y continua labor docente, dirigida al personal sanitario -medicos y ATSS- cuyo objetivo sea proporcionar un amplio conocimiento de las características psicológicas y conductuales de este trastorno, así como el fundamento teórico y la forma de aplicación de las técnicas operantes. Asimismo, el psicólogo debe controlar las expectativas infundadas en torno al proceso terapéutico que sobre todo al principio, con personal inexperto en el trato con estas pacientes, surgen y que de no ser tenidas en cuenta, pueden llevarlos a estados de frustración y desmotivación hacia la terapia que redunden en el fracaso del programa.

## BIBLIOGRAFIA

- Agras, W.S., Barlow, D. H., Chapin, H.N.; Abel, G.G. y Leitenberg, H. (1974). Behavior Modification of Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, **30**, 279-286.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R). Washington. D.C.
- Bruch, H. (1974). Perils of Behavior Modification in Treatment of Anorexia Nervosa. *Journal of the American Medical Association*, **230**, 1419-1422.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: Therapy and Theory. *American Journal of Psychiatry*, **139**, 1531-1538.
- Calvo, R. (1985). La anorexia nerviosa. En "Análisis y Modificación de la Conducta", de J. A. Carrolles. UNED.
- Casper, R. C. (1982). Treatment Principles in Anorexia Nervosa. *Psychiatry*, **10**, 431-454.
- Crisp, A. H., Norton, K.R. S., Bowyer, C., & Dunean, S. (1985). A Treatment Approach to Anorexia Nervosa -25 years on. *Journal of Psychiatric Research*, **19**, 393-404.
- Dally, P. y Sargent, W. (1966). Treatment and Outcome of Anorexia Nervosa. *British Medical Journal*, **2**, 793-795.
- Eckert, E. D.; Goldber, S.C.; Halmi, K. A.; Casper, R.C.; Davis, J. M. (1979). Behavior Therapy in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, **134**, 55-59.
- Edgette, J. S. y Prout, M. F. (1989). Cognitive and Behavioral Approaches to the Treatment of Anorexia Nervosa. En Freeman, Simon y Bentler (Eds), *Comprehensive Handbook of*

**Cognitive Therapy.** New York: Plenum Press.

- Fundudis, T. (1986) Anorexia nervosa in Pre-Adolescent Girls: A Multimodal Behaviour Therapy Approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **27** (2): 261-273.
- Garner, D. M., y Bemis, K. M. (1982). A cognitive Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, **19**, 423-433.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1985). Cognitive Therapy for Anorexia Nervosa. En Garner y Garfinkel (Eds.) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press.
- Garner, D.M.; Garfinkel, P. E. y Bemis, K. M. (1982). A Multidimensional Psychotherapy for Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **1** (2), 3-46.
- Halmi, K. A., Eckert E.D., LaDu, T. J., y Cohen, J. (1986). Anorexia Nervosa: Treatment Efficacy of Cyproheptadine and Amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, **43**, 177-181.
- Halmi, K. A.; Powers, P.; y Cunningham S. (1975). Treatment of Anorexia Nervosa with Behavior Modification. *Archives of General Psychiatry*, **32**, 93-96.
- Hallsten. E. A. (1965). Adolescent Anorexia Nervosa Treated by Desensitization. *Behavioral Research and Therapy*, **3**, 87-91.
- Kalucy, R. S.; Gilchrist, P. N.; McFarlane, C. M.; y McFarlane, A. C. (1985). The Evolution of a Multitherapy Orientation. En *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press.
- Lagos, J. M. (1981). Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa: Theory and technique. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **11**, 291-302.
- Mavissakalian, M. (1982). Anorexia Nervosa Treated with Response Prevention and Prolonged Exposure. *Behaviour Research and Therapy*, **20**, 27-31.
- Minuchin, S; Rosman, B. L. y Baker, I. (1978). *Psycosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press.
- Orbach, S. (1985). Accepting the Symptom: a Feminist Psychoanalytic Treatment of Anorexia Nervosa. En Garner y Garfinkel (Eds.) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press.
- Perpiñá, C. (1989). *Trastornos Alimentarios: El Estado de la Cuestión*. Ed. Promolibro.
- Rivera, M. L.; Casas, M.; del Rio, C. y Giner, J. (1985). Tratamiento Conductual Multimodal en la Anorexia Nervosa. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, **12**, 2, 103-112.
- Rogeberg, K. (1990). Eating Disorders and the Family. Experiences Gathered in a Parent Support Group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **361** (82), 50-51.
- Sargent, J; Liebman, R.; y Silver, M. (1985). Family Therapy for Anorexia Nervosa. En Garner y Garfinkel (Eds.): *Handbook for Psychotherapy for Anorexia and Bulimia*. The Guilford Press.
- Schnurer, A. T. y Rubin, R. A. (1973). Systematic Desensitization of Anorexia Nervosa Seen as Weigh Phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **4**, 149-153.
- Selvini Palazzoli, M. (1985). Anorexia Nervosa; a Syndrome of the Affluent Society. *Transcultural Psychiatric Research Review*, **22**, 199-205.
- Stoylen, I. J. y Laberg, J. C. (1990). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Perspectives on Etiology and Cognitive Behavior Therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **361** (82), 52-58.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nervosa*. Ed. Martínez Roca.
- Vandereycken, W, (1984). Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa: A double-blind, placebo-controlled study with sulpiride. *British Journal of Psychiatry*, **144**, 288-292.
- Vigersky, R. A., & Loriaux, D. L. (1977). The effect of cyproheptadine in anorexia nervosa: A double blind trial. En R. A. Vigersky (Ed). *Anorexia nervosa*. New York, Raven Press.