

Programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria

Analia Veronica Losada²⁶ y Consuelo Zavalía

Pontificia Universidad Católica Argentina

Resumen

El presente trabajo busca describir los programas psicoeducativos con relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA); definir en qué consisten estos programas y los beneficios que otorgan al tratamiento de dicho trastorno. La psicoeducación es una intervención que proporciona una base teórica y práctica englobando los distintos factores implicados, tanto biológicos, psicológicos, socioculturales como familiares, ayudando así a los pacientes a comprender qué es lo que les pasa, de dónde viene y qué creencias, hábitos y costumbres mantienen su trastorno.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios, Psicoeducación, Prevención.

Abstract

The present work aims to describe the psychoeducational programs in relation to the Eating Disorders; define what these programs consist of and the benefits they provide to the treatment of this disorder. Psychoeducation is an intervention that provides a theoretical and practical base encompassing the different factors involved, such as biological, psychological, sociocultural and familial, helping patients to understand what is happen-

²⁶ Correo electrónico: analia_losada@yahoo.com.ar

ing to them, where it comes from and what beliefs, habits and customs sustain their disorder.

Keywords: Eating Disorders, Psychoeducation, Prevention.

Introducción

El presente trabajo busca describir los programas psicoeducativos con relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA); definir en qué consisten estos programas y los beneficios que otorgan al tratamiento de dicho trastorno.

La preocupación por la comida y el temor a ganar peso son elementos centrales de los trastornos alimenticios. Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (APA, 2014). Los Trastornos Alimentarios No Especificados fueron desarrollados por APA en 2014 en el DSM 5, manteniendo el criterio que describe que en la anorexia atípica se cumplen todos los criterios, excepto que, a pesar de una pérdida significativa del peso, la persona está dentro o por encima del peso normal (Losada y Marmo, 2014).

Los miembros de las familias están atrapados en una interacción familiar en la cual el miembro afectado favorece el equilibrio familiar (Bagattini,

1998). En el abordaje psicoeducativo la familia es un agente terapéutico activo. Este abordaje tiene el objetivo de orientar y ayudar a la familia a identificar el problema, las causas y el curso del trastorno, las manifestaciones y tratamientos posibles, y cómo se llevan a cabo, posibilitándolos así a participar en el proceso de mejora y curación. La psicoeducación influye positivamente en la alianza terapéutica y en la solicitud de ayuda, promueve una mayor adherencia al tratamiento, disminuye la frecuencia de recaídas y contribuye a la mejora del desempeño social (Builes Correal y Bedoya Hernández, 2006). El contexto por excelencia donde es utilizado este tipo de programa es dentro de los hospitales de día, en los cuales se trabaja con un abordaje multidisciplinario que incluye a la familia como un pilar del tratamiento. Esto no solamente para que brinde contención, sino también porque la familia es un instrumento valioso en lo relacionado a la reinserción social y laboral (McFarlane, 1997). La psicoeducación dentro del ámbito de la prevención primaria es aplicada en contextos tales como escuelas e instituciones de recreación para

jóvenes, y es dirigida para púberes y adolescentes con el fin de reducir el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación.

Según Salorio, Ruíz, Torres, Sanchis y Navarro (1999), un abordaje psicoeducativo puede incluir de cinco a ocho sesiones, cuyo contenido se basa en los trastornos alimenticios y sus características generales, nutrición y educación nutricional, en qué consiste la hospitalización, cuáles y cómo son los tratamientos aplicables, las áreas posiblemente afectadas por la enfermedad, y lo que la familia puede hacer y lo que no debe hacer. Las sesiones pueden ser semanales o quincenales, y la cantidad de participantes dependerá del tipo de programa ya sea multifamiliar o familiar individual. El programa no incluye terapia familiar, ni tiene como fin funcionar como grupo de apoyo entre los padres, en el caso de que sea multifamiliar. Igualmente, en los distintos encuentros las preguntas e ideas de los padres tiene un significativo lugar que enriquece las sesiones (Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005). Sin embargo, Davis, Olmsted, Rockert, Marques y Dolhanty (1997) evidencian la eficacia de un programa de psicoeducación como abordaje para padres al inicio del tratamiento de sus hijos con trastornos alimenticios. Los resultados presentados en estos estudios muestran de qué

forma los padres, una vez finalizado el programa, cambian de perspectiva frente al familiar afectado.

Este estudio no pretende promover la psicoeducación como única estrategia. La psicoeducación funciona como coadyuvante de otras estrategias terapéuticas, tales como la psicoterapia individual cognitiva conductual, el seguimiento nutricional y la terapia familiar (Builes Correan y Bedoya Hernández, 2006).

Objetivo

Señalar la importancia de la psicoeducación para como factor favorable en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo mediante los métodos de observación documental y una revisión crítica sistemática de literatura científica. La bibliografía utilizada para llevar a cabo el presente trabajo consistió en publicaciones en español y en inglés. Las fuentes de información primarias que se utilizaron son artículos científicos, libros y tesis, y como fuentes de información secundarias, bases de datos como Dialnet, EBSCO, Google Scholar y Scielo. Las palabras clave utilizadas para

la búsqueda en inglés fueron *psychoeducation, eating disorders, families, treatments*. Las palabras clave en español, a su vez, fueron *psicoeducación, trastornos alimenticios, tratamientos multidisciplinarios, familia*.

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de la alimentación exige una colaboración multidisciplinar para corresponder con esta patología biopsicosocial (Borrego Hernando, 2000). Es decir, dadas las complicaciones médicas y psicológicas de los TCA, se recomienda un abordaje terapéutico global. Sobre esta base, antes de elegir el tratamiento más adecuado para cada paciente es necesario seleccionar correctamente el lugar donde se llevará a cabo la intervención y, además, plantear objetivos claros en la misma. Garner, Vitousek y Pike (1997) y Kleifield, Wagner y Halmi (1996) han presentado protocolos de intervención cognitivo-conductuales para anorexia nerviosa, cuyo seguimiento facilitará el necesario apoyo empírico que necesita este campo (Gabbard, 2006). Finalmente, una parte importante de la evidencia proviene de la experiencia clínica, la cual sugiere que programas de tratamiento multidisciplinar bien dirigidos juegan un papel importante

en la disminución de los síntomas asociados a la AN, y en la prevención de la recaída (Villaseñor, 2010).

Según Borrego Hernando (2000) las terapias se centran en factores tales como el crecimiento, las disfunciones familiares previas al trastorno (o generadas como consecuencia del mismo), el desarrollo de habilidades sociales y el aprendizaje de nuevas estrategias para enfrentar el estrés. Los programas conductuales producen efectos positivos a corto plazo. Las estrategias que se emplean en la mayoría de los tratamientos son las siguientes: la limitación del ejercicio físico, la empatía, refuerzos positivos en función a la ganancia de peso y de la ejecución de conductas deseables (Borrego Hernando, 2000; Sánchez Podevano, et al., 2009).

Las psicoterapias de carácter más introspectivo suelen mostrar mayor eficacia una vez que los pacientes se encuentran más estabilizados, y los acompaña luego del alta hospitalario o de la restauración de su peso en programas ambulatorios (Sánchez Podevano, et al., 2009). Gabbard (2006) describe como útiles los principios siguientes: evitar los esfuerzos excesivos al tratar de cambiar la conducta alimentaria, puesto que el terapeuta debe apuntar a afianzar el vínculo con el paciente

y clarificar que el objetivo principal es comprender cómo se siente el paciente, no tanto por qué no come; sortear interpretaciones tempranas, ya que muchas veces los pacientes sienten que sus sentimientos y pensamientos no están siendo respetados, por lo que el terapeuta deberá tener un activo interés en la experiencia interna del paciente; monitorear cuidadosamente la contratransferencia, ya que los pacientes tienden a boicotear de manera constante el intento del terapeuta de ayudarles. En todo caso, el terapeuta mismo debe ser flexible, firme y persistente para combatir estos deseos.

En comparación con las personas que padecen de AN, las personas con bulimia nerviosa experimentan su descontrol con la comida de manera más egodistónica; es decir, que viven su falta de control como algo sumamente angustiante y desean que sus conductas cesen. Es por esto que suelen buscar ayuda y presentan resistencias menores al tratamiento (Rava, Silber, 2004; Ruíz Martínez, 2007). En la bulimia nerviosa se recurre a la hospitalización cuando: 1) un paciente está muy deprimido y presenta tendencias suicidas; 2) si se presentan alteraciones electrolíticas que ponen en riesgo la salud física; 3) con las pacientes mujeres pasando el primer cuatrimestre de embarazo, y 4) cuando los tratamientos ambulatorios

fracasaron. Se debe tener en cuenta, al momento de elegir y planificar un tratamiento, que la bulimia nerviosa tiene comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad (Ruíz Martínez, 2007).

La terapia cognitiva conductual se centra en los hábitos alimentarios inapropiados, como los atracones y las purgas, así como en actitudes y preocupaciones por la figura y el peso (Borrego Hernando, 2000). En cambio, la psicoterapia interpersonal se concentra en los problemas interpersonales que producen sentimientos de ansiedad y depresión que se manifiestan con los atracones y las purgas (Gabbard, 2006).

Los trastornos alimentarios no especificados no han sido tratados como tales sino hasta principios de la década de los 90. Anteriormente, se empleaban en los pacientes las mismas estrategias conductuales que se aplicaban al tratamiento de la obesidad, o bien, abordajes cognitivos-conductuales que se utilizaban para tratar la bulimia nerviosa (Ruíz Martínez, 2007). Se comenzó a aplicar la terapia interpersonal en grupo y la terapia farmacológica, así como medicación antidepresiva y/o supresora de apetito. Wilfley y Cohen (1997), resaltaron que la diferencia entre tratamientos corresponde a los objetivos de estos, ya que se

deben adaptan a las características del tipo de pacientes que se presentan. Es decir, en los trastornos de la alimentación en general, se busca el cambio de hábitos alimentarios; pero en pacientes que padecen de trastornos alimentarios no especificados también se debe considerar el requerimiento del paciente a perder peso. Para esto, se utilizan estrategias conductuales tales como la reducción calórica moderada y el incremento de actividad física, que ayudan, a su vez, a reducir los atracones y a mejorar el malestar psicológico de los sujetos.

Familia y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Es importante estudiar la interacción en las familias donde se presentan trastornos de la conducta alimentaria, teniendo como objetivo principal identificar aquellos factores específicos asociados a la génesis, desarrollo y mantenimiento de las conductas alteradas, así como su posible función estabilizadora u homeostática en el funcionamiento familiar (Ruíz Martínez, 2007). Salorio, et al. (1999) y Holtkamp, Herpertz Dahmann, Vloet y Hagenah (2005), descartan la idea de que la familia es únicamente fuente de enfermedad y fomentan el hecho de que la inclusión de las familias en el tratamiento favorece significa-

tivamente el resultado de este. Ciertos estudios también observaron que los factores familiares son clave para la recuperación de los pacientes, además de que las actitudes negativas, acompañadas de la crítica emocional y la intrusión, son factores que predicen las recaídas (Davis, et al., 1997). En cambio, las actitudes positivas, los comentarios cariñosos, la aceptación y el apoyo emocional por parte de los familiares llevan indudablemente a mejores resultados (McFarlane, 1997). Es desde esta idea que educar a las familias en el trastorno que uno de sus miembros padece, comenzó a ser una forma de incluir a las mismas en el tratamiento; aquellos familiares que entienden el trastorno como una condición médica logran obtener mayor paciencia y tolerancia, y además aprenden estrategias para colaborar activamente en el tratamiento.

Psicoeducación

La psicoeducación se basa esencialmente en el modelo médico biopsicosocial de los trastornos mentales; proporciona al paciente y/o a su familia una base teórica y práctica para la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad, y le permite colaborar de forma activa con el médico (Davis, et al., 1997). La psicoeducación pretende enseñar o transmitir información para

lograr en los sujetos una reflexión más profunda y adecuada acerca de la enfermedad (Builes Correan y Bedoya Hernández, 2006). De este modo, el proceso psicoeducativo busca que las familias de los pacientes adquieran habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, y de resolución de problemas, asertividad, manejo del estrés, ira, relajación y comunicación, con el objetivo de reducir factores de estrés psicosocial, mejorar la interacción familiar y crear sistemas auxiliares de apoyo (Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005).

Aunque las estrategias psicoeducativas han sido utilizadas por muchos clínicos durante décadas, los primeros estudios sobre su eficacia no aparecieron sino hasta hace pocos años (Salorio, et al., 1999). Además de incrementar el cumplimiento, la psicoeducación se centra en la detección precoz de los síntomas de recaída, lo que minimiza el riesgo de hospitalización mediante modificaciones del régimen terapéutico (McFarlane, 1997; Davis, et al., 1997). La psicoeducación nace, pues, a partir de la necesidad de dotar al paciente de herramientas consistentes que le permitan ser más activo y fuerte durante el tratamiento. La psicoeducación puede ser individual, grupal, familiar o incluir únicamente a los pacientes, y puede desarrollarse tanto en un

entorno clínico como en el propio hogar. El abordaje psicoeducativo implica intervenciones sistemáticas que son estructuradas inicialmente a partir de las necesidades, conocimientos previos y atribuciones en relación con la enfermedad, así como a partir de las expectativas del paciente o de la familia (Salorio, et al., 1999). El objetivo de indagar sobre estas cuestiones es conocer la información previa en el paciente y sus familiares acerca de la enfermedad, identificar las necesidades y así lograr delimitar los objetivos de la intervención psicoeducativa. Luego de recaudar la información inicial para el planeamiento del abordaje, comienza la etapa de educación y aprendizaje (Salorio, et al., 1999). Aquí se busca proporcionar información detallada y clara sobre el trastorno, el tratamiento, y las pautas a seguir para combatir con mayor eficacia las dificultades que presenta la enfermedad, modificando ideas y conceptos erróneos que se interponen y perjudican el tratamiento (McFarlane, 1997).

La psicoeducación muestra resultados favorables ya que promueve el conocimiento de la patología, la expresión de temores y ansiedades, cambios de actitud y de creencias que le permiten al paciente una mejor adaptación a la enfermedad (Davis, et al., 1997; Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo, 2010). Esto se da mediante cambios

en las ideas acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (McFarlane, 1997).

Existe una distinción entre los programas de psicoeducación informativa y los de la psicoeducación conductual. La primera, como su nombre lo indica, se centra en la transmisión de información de la enfermedad; suelen ser breves y tienen una eficacia limitada. En cuanto a la psicoeducación conductual, se caracteriza por ser más extensa y priorizar el entrenamiento del paciente en su autocuidado, cambio de actitud frente al trastorno, el control del estrés, la detección de síntomas de recaída, identificación de desencadenantes, entre otros. A nivel general, el abordaje psicoeducativo y sobre todo en el área clínica, comprende estos dos tipos de intervención y tiene como objetivo que las personas involucradas logren un aprendizaje y comprensión profunda del trastorno, así como mayor control y manejo del mismo. Busca la participación de los pacientes y mayor adherencia al tratamiento, logrando así una relación terapéutica positiva (Salorio, et al, 1999).

Desde hace ya varios años que la familia dejó de ser vista solamente como un factor causante y

mantenedor de los trastornos, y pasó a ser en potencia un factor positivo y esencial en el tratamiento (McFarlane, 1997). La psicoeducación se convirtió en un modo de incluir a las familias en el tratamiento. Las familias pueden producir un cambio significativo en el curso y desarrollo del tratamiento, pues la actitud de la misma hacia su familiar puede facilitar o impedir la recuperación (Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo, 2010). Es decir, gracias a la psicoeducación los familiares logran comprender al paciente y a su enfermedad de manera más instruida y reflexiva; logran desarrollar paciencia y tolerancia, reducir el estrés y aprenden habilidades y competencias para solucionar problemas o dificultades. Además, de esta forma se incluye a la familia como un coterapeuta y agentes rehabilitadores del proceso de intervención (Davis, et al 1997).

Los profesionales de la salud se encuentran frecuentemente con padres u otros familiares que sufren altos niveles de estrés asociados con el trastorno de uno de sus hijos; el desarrollo de una enfermedad suele traer reacciones emocionales muy fuertes dentro del ámbito familiar. Estas pueden incluir miedo, sentimientos de culpa, odio, vergüenza, resignación, entre otros (Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005). Un abordaje psicoeducativo disminuye la sobrecarga

y preocupación, y aumenta los sentimientos positivos y de apoyo del familiar y hacia el equipo de profesionales a cargo del tratamiento (McFarlane, 1997). Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo (2010), describen dos objetivos específicos de la psicoeducación familiar: información y apoyo. El primero está asociado a la toma de conciencia de la enfermedad y sus riesgos, así como al tratamiento y a la importancia del equipo multidisciplinario que pueda abordar el trastorno desde todos sus aspectos. El segundo objetivo pretende dar lugar a los sentimientos de ira, culpa y hostilidad que se presentan en las familias cuando comienza el tratamiento, así como ayudarles a afrontar la angustia y el sentimiento de impotencia que genera la enfermedad. Estos objetivos procuran mantener la cohesión familiar, proporcionar apoyo y, desde allí, brindar estrategias y habilidades de resolución de problemas, promover el trabajo en equipo y aligerar el clima familiar en general. Los padres y familiares son recursos valiosos en el tratamiento, por lo que deben ser instruidos de manera adecuada para lograr buenos resultados (Salorio, et al, 1999; Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005).

El abordaje psicoeducativo puede ser aplicado a una única familia o un grupo de familias. El hecho

de que el abordaje sea grupal o multifamiliar hace que los costos de la intervención sean menores y esto permite que más gente pueda acceder al mismo (McFarlane, 1997). La psicoeducación multifamiliar genera un espacio en donde los miembros de cada familia aprenden de los profesionales y, a su vez, adquieren nuevas formas de afrontar los obstáculos y estresores que se presentan en otras familias que viven situaciones similares (Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005). Del mismo modo, comparten sus experiencias y demuestran que no están solos; también se plantean objetivos y formas de alcanzarlos de manera grupal para cada paciente, fomentando así la reflexión, el intercambio de información, la creatividad y el apoyo mutuo (McFarlane, 1997; Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo, 2010). Se puede decir que la intervención grupal ayuda a reducir el sentimiento de aislamiento que padecen muchas familias. La psicoeducación multifamiliar provee herramientas para evitar recaídas, hace más sólida la relación de las familias con los profesionales y, en consecuencia, fomenta la adherencia al tratamiento, mejorando la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Finalmente, se debe prestar atención a las familias y requerir su activa participación en la

toma de decisiones terapéuticas. Debe valorarse el funcionamiento familiar y tratar con suma dedicación el fenómeno de negación del trastorno. La falta de conciencia de la enfermedad o la conciencia parcial no recae únicamente en el paciente. Los grupos psicoeducativos multifamiliares son siempre aconsejables, sobre todo si existe rivalidad entre algún progenitor o el cuidador principal del paciente y el terapeuta, o en el caso contrario, si existe una idealización del terapeuta por parte de familiares que cargan con sentimientos de culpa muy altos (Davis, et al, 1997).

El programa psicoeducativo comprende en general de cinco a ocho sesiones, en períodos de dos meses por dos años. Se da una sesión de 90 minutos por semana y los horarios, generalmente, son por la tarde, así los familiares no tienen problemas en asistir (Salorio, et al, 1999).

Los programas de duración breve son de eficacia limitada. Se cree que la duración óptima va desde los 9 meses a los dos años, seguidos de un seguimiento posterior que les permita a los padres tener la seguridad de buscar ayuda cuando sea necesario. Desde un comienzo, antes de que el proceso educativo inicie, es necesario aclarar que el grupo no constituirá un grupo de autoayuda ni de terapia (McFarlane, 1997). Las primeras dos

sesiones son las más estructuradas, el objetivo principal es brindar información, las preguntas de los participantes serán contestadas de forma breve y concisa sin dar lugar a discusiones grupales. Las sesiones siguientes están orientadas a las preguntas e inquietudes de cada participante (Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah, 2005). Durante la intervención, el terapeuta no debe adoptar un papel reparador de lo que la familia, por ejemplo, podría haber hecho mal; en cambio, el objetivo es ayudarlos sin buscar culpables y sin caer en un papel de pura autoridad. El terapeuta debe ser capaz de ganarse la confianza y cooperación de la familia. Por último, el abordaje psicoeducativo, en general, se concentra en la conducta del paciente o de la familia, enfatizando la responsabilidad del paciente en su propia curación; en dar a la familias pautas concretas para enfrentar las dificultades, reduciendo así la ansiedad y desesperanza en las relaciones con el paciente y en ayudar a evitar sentimientos de derrota (McFarlane, 1997; Davis, et al, 1997).

El abordaje psicoeducativo intenta aportar a las familias y al paciente un sistema teórico y práctico para poder comprender con más profundidad el trastorno, así como para poder afrontar las consecuencias de este y las dificultades que se presentan durante la recuperación. Asimismo,

intenta ayudar a adquirir una mayor conciencia de la enfermedad y una mayor adherencia al tratamiento, contribuyendo así a obtener resultados esperanzadores (Salorio, et al, 1999).

Programas de intervención psicoeducativa

Grupo de Psicoeducación destinado a padres de adolescentes con TCA

Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah (2005) llevaron a cabo un programa piloto de psicoeducación para padres de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. El programa consiste en cinco sesiones de 90 minutos y tiene como objetivo profundizar el entendimiento y comprensión de los padres sobre la enfermedad y sobre el tratamiento. Las sesiones están guiadas por un psiquiatra, un nutricionista y un terapeuta ocupacional especializado en los TCA.

Primera y segunda sesión

Temas a tratar: Descripción de la Anorexia Nerviosa y de la Bulimia Nerviosa. Explicación de la etiología de la AN partiendo de un modelo multidimensional, teniendo en cuenta los factores genéticos, socioculturales y familiares; análisis del simbolismo de la delgadez en nuestra sociedad;

consecuencias físicas y psicológicas de la inanición; descripción de los síntomas principales; promoción del entendimiento de que la AN es un trastorno en el cual hay un juego constante entre lo físico, psicológico y cognitivo; énfasis en la importancia de las comidas, su orden y horarios; información sobre la cantidad y el tipo de comida saludable; explicación del tratamiento y el tipo de intervenciones que se deben llevar a cabo, ya sean psicoterapia individual, diferentes formas de terapia grupal, terapia familiar, terapia farmacológica, psicoeducación nutricional y la rehabilitación física, y por último, explicación de la hospitalización y cuándo es necesaria. Además, se presentan testimonios de pacientes con TCA para que los padres puedan empatizar con los sentimientos de estrés y angustia por lo que sus propios hijos/as están pasando. Se busca que entiendan que los pensamientos distorsionados sobre el peso y sobre la forma de su cuerpo no pueden ser confrontados por argumentos racionales; que estos son parte misma del trastorno y que es inútil entrar en discusión con los pacientes acerca de los ellos; si inevitablemente sucede, se dan estrategias y alternativas de parar con los enfrentamientos que no cooperan a la mejoría. Final-

mente, se trata de dejar en claro lo valioso de su participación en el tratamiento como coterapeutas.

Tercera sesión: el especialista en nutrición presenta los principios básicos necesarios para lograr una dieta balanceada. Pone un gran énfasis en explicar la relación entre la nutrición y el crecimiento, sobre todo en pacientes adolescentes. Se muestran ejemplos del tipo de alimentación necesaria para pacientes hospitalizados y para aquellos que están en tratamiento ambulatorio, y se discuten los distintos problemas que pueden aparecer. Se aclara que en muchos casos es necesario que el aumento de alimentos nutritivos sea gradual para no producir alteraciones significativas físicas o psicológicas en los pacientes. Igualmente se promueven los distintos componentes de la rehabilitación nutricional, el planeamiento de comidas, las dietas especiales, cocinar y comer en grupos, organizar desayunos familiares para que los padres, a partir del conocimiento y comprensión de los mismos, puedan participar y colaborar de forma activa.

Cuarta sesión: Explicación detallada de las diferentes estrategias e intervenciones que se llevarán a cabo durante la hospitalización. Descripción de los aspectos centrales de la terapia cognitiva-

conductual, en qué consiste el arte terapia y otras terapias relacionadas con el cuerpo. Para un mejor entendimiento, se muestran ejemplos de los distintos ejercicios que se llevan a cabo. Por ejemplo, uno de ellos implica que las pacientes le escriban una carta a su enfermedad. Muchas de ellas simbolizan y describen al trastorno como algo que les da seguridad, poder y control. Esto muestra a los padres el porqué de la resistencia de sus hijos al tratamiento y a la recuperación. Estas cartas también muestran que las pacientes logran ser conscientes de las consecuencias negativas del trastorno, pero aun así no pueden manejar sus síntomas.

Quinta sesión: se enseñarán distintas estrategias para prevenir futuras recaídas, o en su defecto, para que los padres tengan herramientas y sepan qué hacer si esto sucede. Se enfatiza la necesidad de seguimiento una vez finalizado el tratamiento, y se les anticipa a los padres lo que puede suceder, como bajar de peso nuevamente, una vez que los pacientes estén nuevamente en sus casas. Discusión sobre el difícil balance que hay entre dejar que la paciente desarrolle su autonomía y la necesidad de intervenir cuando los síntomas vuelvan a agravarse. Generación de un espacio para que los padres manifiesten sus inquietudes y preguntas, y compartan sus

experiencias con el resto del grupo. Reducir la sensación de responsabilidad de los padres de haber causado la enfermedad del hijo/a y fomentar su rol como coterapeutas, así como afianzar la relación entre los familiares y los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento.

Todo esto da como resultado una mayor adherencia al tratamiento. Los familiares se sintieron satisfechos con las distintas sesiones, y con haber adquirido ciertas estrategias para enfrentar dificultades una vez fuera del tratamiento. En general todas las familias recomendarían este tipo de intervención a otras familias. Los contenidos de las sesiones fueron pensados desde lo que los profesionales creían importante. Es decir, no se realizó ningún cuestionario ni se investigó el tipo de conocimiento que tenía el grupo al que el abordaje se dirigía. Igualmente, el usar testimonios o mostrar trabajos que realizaron otras pacientes, para que los familiares puedan pensar y empatizar sobre los sentimientos de una persona con un TCA, es un método creativo, y por lo visto muy eficaz.

Psicoeducación Familiar en los Trastornos de la Alimentación

Salorio, et al (1999) propone un encuadre de grupo cerrado de 20 miembros máximo y ocho sesiones que se darán cada 15 días. En la primera sesión y en la última se administrarán dos cuestionarios: el *Cuestionario de Conocimientos acerca de los Trastornos de la Alimentación* y el *Cuestionario sobre Creencias y Atribuciones en relación con la Enfermedad*. Una vez terminado el programa, analizarán las respuestas en ambos cuestionarios e identificarán como vario o diverso el conocimiento de las familias sobre el Trastorno de la Alimentación. Los temas por desarrollar han sido los Trastornos de la Alimentación, Nutrición y Educación Nutricional, Hospitalización (especificando cuándo es necesaria), Tratamiento, Áreas Afectadas y Aportes Familiares. El hecho de que las sesiones sean dictadas cada 15 días, por un lado, ayuda a que los padres no se sientan agobiados por la intervención; pero por otro lado, sobre todo en caso de hospitalización, dilata la intervención, lo que podría producir abandonos o descompensaciones a nivel familiar que dificulten aún más el tratamiento del paciente. En cuanto a los contenidos, son dictados sin tecnicismos, lo que ayuda a una comprensión clara y concreta del trastorno.

Discusión

A lo largo de este trabajo se ha intentado transmitir al lector la importancia y eficacia de un abordaje psicoeducativo aplicado tanto en pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria, como a sus familiares. Se buscó identificar los cambios positivos que trae la intervención, no solo para enfrentar un tratamiento, sino también para el seguimiento del mismo.

La psicoeducación es una intervención que proporciona una base teórica y práctica englobando los distintos factores implicados, biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares, ayudando a los pacientes a comprender qué es lo que les pasa, de dónde viene y qué creencias, hábitos y costumbres mantienen su trastorno. Además, se trabaja sobre las consecuencias del trastorno y cuáles son las estrategias para afrontarlas, permitiéndoles así colaborar de forma activa junto con el médico en algunos aspectos de su tratamiento. Cuando la intervención psicoeducativa es grupal, los pacientes comparten sus experiencias entre sí y se dan cuenta de que no están solos, y así logran beneficiarse de factores psicológicos como instalación de esperanza y universalidad, que no están solos y no solo a ellos les pasa, el altruismo, la cohesión grupal y el aprendizaje interpersonal.

Es decir, no solo educa a los pacientes sobre la enfermedad, sino también otorga recursos y estrategias para enfrentar el trastorno y el tratamiento psicológico posterior (Davis, et al, 1997; Builes Correan y Bedoya Hernández, 2006).

Según, March, Sues, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza y Pallicer (2006) la demanda por parte de diferentes actores sociales implicados en el sistema sanitario público se focaliza en una mayor dotación de recursos humanos y educativos dentro del tratamiento de los trastornos alimenticios. La psicoeducación aplicada en las familias de los pacientes contribuye con esta demanda, ya que tiene como objetivo instruir a las familias para que tengan una participación en el tratamiento y para que, una vez finalizado el mismo, tengan las herramientas necesarias para un seguimiento efectivo (McFarlane, 1997). Además, hay un ahorro en el costo de los servicios debido a la inclusión de la intervención familiar en el sistema asistencial. Es así como la psicoeducación se convierte en un componente necesario para prevenir recaídas y mejorar la adherencia al tratamiento.

A pesar de la magnitud de investigaciones y publicaciones sobre su tratamiento, aún no se ha determinado cuál es el más óptimo, por lo que

debe considerarse a la psicoeducación como una herramienta esencial que en los últimos años ha demostrado su eficacia en los trastornos de la conducta alimentaria (Salorio, et al,1999). Investigar sobre abordajes que complementen y colaboren con las estrategias terapéuticas tradicionales es un deber de todo profesional de la salud mental. No se puede negar la necesidad de estar actualizado en lo que respecta a investigaciones sobre tratamientos y la modalidad de aplicación de estos, así como su eficacia frente al desafío de asistir a personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Bagattini, C.M. (1998). Trastornos severos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa & Bulimia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.
- Builes Correan, M.V. y Bedoya Hernández, M.H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, (4).
- Borrego Hernando, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24:44-50.
- Davis, R.; Olmsted, M.; Rockert, W.; Marques, T. y Dolhanty, J. (1997). Group Psychoeducational for Bulimia Nervosa with and without Additional Psychotherapy Process Sessions. *John Wiley & Sons, Inc.*
- Gabbard (2006), Trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. *Psiquiatría en la práctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Paramericana, tercera edición, (Cap.12).
- Holtkamp, K.; Herpertz Dahlmann, B.; Vloet T. y Hagenah, U. (2005). Group Psychoeducation for Parents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen, *Taylor and Francis Group, Eating Disorders*, 13:381-390.
- Losada, A. V. y Marmo, J. (2014). *Evaluación de Patologías Alimentarias a la luz del DSM 5. Revisión y sistematización de las Técnicas de evaluación psicológica y actualización del DSM 5 para los TCA*.

March, J.C; Suess, A.; Prieto, M.A.; Escudero, M.J., Nebot, M.; Cabeza, E. y Pallicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición hospitalaria*; 21,(1):4-12.

McFarlane, W.R. (1997) *Integrating Family Psychoeducation and Assertive Community Treatment*. Administration and Policy in Mental Health, 25,(2), 191-197.

Nicoletti Gonanza, A. P.; Ferreira Modesto, S.E. y Weisz Cobelo, A. (2010). Grupo psicoeducativo

multifamiliar no tratamiento dos trastornos alimentares na adolescencia. *Psicologia em Estudo*, 15,(10).

Salorio, P.; Ruíz, M.E.; Torres, A.; Sanchis, F. y Navarro, L. (1999). Psicoeducación familiar en grupos en los trastornos de la alimentación. La aplicación de un programa. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 3,(1).

Ruíz Martínez, A. (2007). *Detección de trastornos alimenticios y su relación con el funcionamiento familiar*. Universidad del Valle de México, *espisteme* 10, 3,(5).