

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster en Psicología General Sanitaria

CURSO ACADÉMICO 2023-2024

**Propuesta de Mejora de los Programas de Hospitalización Para
Jóvenes con Anorexia Nerviosa**

(Diseño de un programa de intervención)

PAULA DURÁN MALAGÓN

Oviedo, 11 de enero del 2024

Resumen

Antecedentes: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son prevalentes, especialmente entre población joven, y aunque los tratamientos de primera elección son los tratamientos ambulatorios, los programas de hospitalización son necesarios en muchos casos. Además, se ha visto que una gran parte de las personas con AN presentan características del trastorno del espectro autista (TEA), por lo que requieren de adaptaciones específicas. El objetivo del presente trabajo es presentar una propuesta de mejora de los programas de hospitalización pre-existentes para abordar la anorexia nerviosa (AN) en adolescentes teniendo en cuenta investigaciones recientes. **Método:** Se realizó una revisión de los protocolos de hospitalización existentes para TCA y, para personas con TCA y TEA. **Resultados:** Se diseñó el *Protocolo de Hospitalización para Anorexia Nerviosa* (PHAN), sustentado en las recientes investigaciones sobre la comorbilidad entre AN y TEA, así como en los últimos avances en intervención hospitalaria a nivel mundial. Se trata de un protocolo de hospitalización que promueve una intervención adaptada a las necesidades individuales de cada paciente teniendo en cuenta su sintomatología alimentaria, las características tipo TEA presentes, y se suplen, además, carencias identificadas en las intervenciones hospitalarias en uso. Se pretende una mejoría física y psicológica, la duración se ajusta de modo idiográfico y sigue un formato mixto con sesiones individuales y grupales. Además, se cuenta con la colaboración de los padres, ofreciéndoles apoyo y psicoeducación durante la hospitalización. **Discusión:** El empleo de protocolos de hospitalización adaptados a los rasgos tipo TEA que presentan las personas con AN y que incorporen nuevas facilidades para favorecer la estancia en la hospitalización podría resultar beneficioso tanto para las adolescentes como para familiares y para el propio personal del centro.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, protocolo de hospitalización, PEACE, autismo

Abstract

Background: Eating disorders (EDs) are prevalent, especially among young population and although the first-choice treatments are outpatient treatments, inpatient programs are necessary in many cases. In addition, it has been seen that a large proportion of people with AN present autistic traits, requiring specific adaptations. The aim of this paper is to present a proposal to improve pre-existing inpatient programs to address anorexia nervosa (AN) in adolescents, taking into account the most recent studies. **Methods:** A review of existing hospitalization protocols for ED and for people with ED and ASD was carried out. **Results:** The Hospitalization Protocol for Anorexia Nervosa (HPAN) was designed, based on recent research on comorbidity between AN and ASD, as well as on the latest advances in hospital intervention worldwide. It is a hospitalization protocol that promotes an intervention adapted to the individual needs of each patient, taking into account their eating symptomatology and their autistic characteristics, while making up for the shortcomings found in the interventions in use. The aim is to achieve physical and psychological improvement. The duration is adjusted ideographically and follows a mixed format with individual and group sessions. In addition, we count on the collaboration of the parents, offering them support and psychoeducation during hospitalization. **Discussion:** The use of hospitalization protocols adapted to the autistic traits presented by people with AN that incorporates new eases to support the hospitalization time could be beneficial both for the adolescents, for their families, and for the hospital's own staff.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, hospitalization protocol, PEACE, autism.

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno alimentario caracterizado por un miedo intenso al aumento de peso, un comportamiento persistente para restringir la ingesta de energía y una alteración en la forma o el peso corporal (American Psychiatric Association [APA], 2013). Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11.ª edición (CIE-11), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son definidos como una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial, los cuales no son explicados por una afección médica y son inapropiados para el nivel de desarrollo y cultural del individuo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Conforme a la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013), los TCA están conformados por: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, pica, trastorno de rumiación, otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

La AN se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, una conducta persistente para restringir la ingesta de energía y, una alteración del peso y la silueta corporal. Según el DSM-5 (APA, 2013) existen dos subtipos de AN en respuesta a su presentación clínica pudiendo ser de tipo restrictivo con bajo peso debido al empleo de restricción alimentaria y/o ejercicio físico excesivo. Sin presencia de atracones o episodios de purga. Y de tipo purgativo/ atracones con presencia de episodios de atracón seguidos por episodios de purga (ej. vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) o/y otro tipo de conductas compensatorias (ej. ejercicio excesivo). Siendo estos episodios de atracón de menor magnitud que aquellos experimentados en BN, sin embargo, son vividos con la misma intensidad de descontrol (APA, 2013).

La AN es más común en las mujeres, con una proporción hombre de 1:10, aunque los estudios epidemiológicos señalan proporciones 1: 3, lo que probablemente refleja la subdetección clínica en los hombres (Raevuori et al., 2014). Además, generalmente surge en la adolescencia, con una edad media de inicio entre 13 y 16 años (Van Eeden et al., 2021).

Recientemente, se ha desarrollado un cuerpo de investigación que sugiere una relación entre la AN y TEA. En concreto se han reportado similitudes en el funcionamiento neuropsicológico y socio-cognitivo (Westwood et al., 2016). Por ejemplo, se ha podido observar en personas con AN una coherencia central pobre (Lang et al., 2016), elevada atención al detalle (Roberts et al., 2013), anhedonia social (Harrison et al., 2014; Tchanturia et al., 2012;), elevados niveles de ansiedad social, aislamiento, dificultades en sus relaciones con iguales acoso escolar. Experiencias similares a aquellas vividas por mujeres con TEA (Kerr-Gaffney et al., 2018). Así como dificultades en relación a la teoría de la mente (Leppanen et al., 2018), la empatía (Kerr-Gaffney, 2019), reconocimiento emocional, tanto identificación como descripción (Oldershaw et al., 2011; Westwood et al., 2017), expresión emocional, presentando dificultades tanto al expresar la emoción como imitar los gestos faciales (Dapelo et al., 2016).

En concreto, diferentes investigaciones dedicadas al estudio de las expresiones faciales espontáneas de las personas con AN reportaron subsecuentemente una reducida expresión facial a nivel emocional, así como una evitación de la expresión de las emociones desagradables (Claes et al., 2012; Dapelo et al., 2015; Davies et al., 2010; Rhind et al., 2014). Estas investigaciones concluyeron que este comportamiento puede afectar a las interacciones sociales llegando a propiciar el mantenimiento de la AN.

Por otro lado, este trastorno presenta la mayor tasa de mortalidad de entre todos los trastornos psicopatológicos (Van Eeden et al., 2021) en parte debida a las complicaciones médicas inherentes al trastorno pero, seguidas por aquellas muertes producto del suicidio (Rodríguez-López et al., 2021), llegando a presentar un riesgo de suicidio 18 veces mayor que la población general (Smith et al., 2018). Por ello, contar con pautas de intervención eficaces es primordial para la recuperación y evitación de la escalada de deterioro, tanto físico como psicosocial, que acompaña a este trastorno.

Por otra parte, las guías clínicas de referencia internacionales recomiendan la intervención psicológica como primera línea de tratamiento, dejando la hospitalización para aquellos casos donde la vida del paciente está en peligro tanto por pérdida grave de peso como complicaciones médicas asociadas (Hay et al., 2014), abuso incontrolado de laxantes o diuréticos, pérdida de control en episodios de atracón y purga, fracaso del manejo ambulatorio, intento autolítico o presencia de psicopatología aguda (episodio psicótico, depresión severa, manía...) (Gómez-Candela et al., 2018).

En referencia al tratamiento psicológico propuesto por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2020) se optará como primera opción el empleo de la Terapia Familiar para la AN (FT-AN). En caso de que esta resulte inefectiva o contraindicada para el caso concreto del paciente, se decidirá adoptar la Terapia Cognitivo-Conductual enfocada a TCA (CBT-ED) o la Psicoterapia enfocada a adolescentes con AN (AFP-AN) (Van Eeden et al., 2021).

Resulta relevante mencionar que a nivel hospitalario se ha observado que la eficacia y efectividad de estas psicoterapias queda igualada, no mostrando ninguna superioridad sobre otras (Vogel et al., 2021), y siendo la ganancia de peso el resultado más consistente de estas intervenciones (Isserlin et al., 2020). Estudios realizados en un contexto de hospitalización indican que tanto el empleo de la imaginación guiada (Utay y Miller, 2006) como la relajación muscular progresiva (Greenbaum, 2019) promueven la mejora de la sintomatología tanto psicológica como médica, cuando estas intervenciones en relajación eran realizadas en un formato grupal (Isserlin et al., 2020).

Descripción del Problema y de la Población Objetivo

Actualmente la AN afecta entre un 0,1 % y un 2 % de la población (Arija-Val et al., 2022), debutando en la mayoría de los casos durante la adolescencia.

En lo referente a la recuperación, en el momento del alta hospitalaria se observa que el 23.2% de los pacientes muestran una remisión total, el 31.3 % una remisión parcial y el 45.5% continúan presentando el trastorno según los criterios del DSM-5 (Mairhofer et al., 2021). A largo plazo (3-5 años) la tasa de recuperación se mantiene en torno al 40%-50% (McAleavy, 2008). Sin embargo, la AN está asociada a un alto riesgo de desarrollar otros trastornos psicopatológicos (trastornos afectivos, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y adicción a sustancias), incluso en aquellos casos en los que la recuperación ha sido total (Jagielska y Kacperska, 2017). Además, según datos publicados por la Universidad de Toronto en 2013, entre un 9% y un 65% volverá a presentar el trastorno a lo largo de su vida (Norris et al., 2013).

Estudios recientes demuestran que, debido a la complejidad de diagnóstico de la AN debida a la ocultación de los signos y síntomas por parte de los pacientes, se estima que en torno al 50% de los casos de AN son diagnosticados, de los cuales sólo 1 de cada 3 recibe atención médico-psicológica especializada.

Un dato llamativo que debe ser recalcado es la tasa de abandono. En un ambiente hospitalario se ha observado que entre un 20-51% de los pacientes abandona o rechaza el tratamiento, mientras que a nivel ambulatorio esta cifra se sitúa entre un 23% y un 73% (Jagielska y Kacperska, 2017). Para explicar estos resultados desde los años 90 se han ido recabando datos sobre la percepción que tienen los pacientes con AN en situación de hospitalización (Shelley, 1997). Una revisión sistemática reciente (Rankin et al., 2023) arroja luz sobre los cuatro puntos problemáticos que suelen mencionar las pacientes con AN durante la hospitalización. El primero sería la falta de un tratamiento multifocal. En concreto la queja general se aúna en la excesiva fijación por parte del equipo médico en su recuperación física, restauración de un peso saludable, por encima del bienestar psicológico de las pacientes. La segunda queja sería el ambiente restrictivo durante la hospitalización, llegando a tener la sensación de “estar viviendo en una burbuja”, lo cual, aunque pudiendo llegar a resultar positivo para su recuperación puede llegar a tener dos vertientes negativas, siendo la primera la falta de realidad durante el

tratamiento y el consiguiente miedo a la vuelta a la “vida real”, y la segunda, la falta de libertad y capacidad de decisión que sienten las pacientes durante el ingreso. La tercera crítica es la vivencia compartida de las pacientes. Considerando que la normalización de los sentimientos y la reducción de la sensación de soledad son piezas claves para la mejora del paciente, debemos tener en cuenta que es un arma de doble filo ya que, al compartir un espacio y experiencias, puede surgir el contagio de comportamientos problemáticos y la comparación entre ellas, sobre todo en aquellos momentos en los que las pacientes se encuentran en diferentes estadios de su recuperación. Y, por último, la falta de individualidad durante el tratamiento. Las pacientes suelen expresar frustración al no sentirse escuchadas o tenidas en consideración en lo referente a las decisiones con respecto a su tratamiento, siendo este unilateralmente decidido por los médicos a su cargo. Además, es importante mencionar una falta de interés percibido por parte de los miembros del equipo médico hacia ellas como individuos más allá de su trastorno alimenticio.

Observando una falta de validación y compasión en referencia a sus experiencias traumáticas vividas (Geller et al., 2019, 2021, 2023).

Unida a esta revisión se encuentran otras críticas que deben tenerse en consideración. Entre ellas está la interrupción de su educación y, vida familiar y social (Bruch, 1974), una admisión, así como un trato coercitivo durante el tratamiento que deriva en una sensación de ineficacia, baja autoestima y reducida confianza en sus relaciones sociales, sobre todo en aquellos casos cuyo detonante haya sido una experiencia traumática (Tiller et al., 1993). Y, por último, el empleo de una alimentación forzosa sin tener en consideración el espacio mental de la persona o sus preferencias (textura, sabores, provisión de alternativas...) (Gellet et al., 2019).

A colación a lo expuesto anteriormente, recientes estudios demuestran la existencia de una comorbilidad entre la AN y el TEA de hasta un 37%, así como de una coocurrencia de rasgos (p. ej., dificultades socio-emocionales, capacidad de procesamiento disminuida, baja respuesta facial/gestual ante estímulos emocionales...) de hasta un 70%. Estos datos informan de unas dificultades presentes en los pacientes con AN que no se están teniendo en cuenta en su proceso de recuperación, tal y como están establecidos los protocolos de hospitalización para personas con AN (sin un trastorno del neurodesarrollo comórbido) actualmente.

Para terminar, este programa ha empleado mayoritariamente información recabada de guías clínicas australianas (Hay et al., 2014), de Reino Unido (NICE, 2020; PEACE, 2022) y Estados Unidos a (APA, 2023) debido a la falta de actualización de las guías españolas desde el año 2000 (INS, 2000).

Por lo nombrado anteriormente, resulta relevante la creación de un protocolo de hospitalización adaptado a las necesidades de mujeres jóvenes con AN.

Datos epidemiológicos

La prevalencia a lo largo de la vida de la AN se sitúa en torno al 4% en las mujeres y el 0.3% en los hombres (Van Eeden et al., 2021). Algunos estudios incluso indican que existe un infra diagnóstico en los hombres (Raevuori et al., 2014) pudiendo estar esta cifra más cerca al 1%, sin embargo, hay poca investigación al respecto.

Se considera que el inicio del trastorno suele aparecer alrededor de los 16 años, situándose el pico de incidencia entre los 14 y los 18 años. En concreto, el 85% de los casos aparecen antes de los 20 años y prácticamente todos debutan en un primer momento antes de los 25 años. Actualmente se observa un incremento del diagnóstico a edades más tempranas (Keski-Rahkonen et al., 2018), con un aumento del 20% en menores de 12 años (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Niño Jesús de Madrid, 2022). Además, datos recientes revelan un aumento de la prevalencia de los TCA a nivel mundial, en concreto de anorexia, incrementando desde un 3,4 % hasta un 7,8 % en estos últimos 20 años (Van Eeden et al., 2021).

Por otro lado, se estima que alrededor de un 37% de las personas que tienen AN debutarán también con TEA (Solmi et al., 2020), aumentando esta tasa hasta un 70% cuando se refiere a la coocurrencia sintomática (Tchanturia et al., 2020).

No obstante, y en referencia a los anteriormente mencionado, uno de los mayores retos que se presenta actualmente es el correcto diagnóstico de autismo en mujeres, ya que se ha podido observar que, en el mejor de los casos, sólo 1 de cada 6 mujeres con autismo recibe un diagnóstico de este. Una de las razones que explicaría esta baja tasa de diagnóstico podría deberse al elevado enmascaramiento presente en las mujeres con autismo (McCrossing, 2023).

Necesidades que deben cumplir los protocolos de hospitalización

La importancia de un protocolo adecuado a la realidad observada es primordial para mejorar tanto la experiencia como la posibilidad de recuperación de las mujeres jóvenes con AN. Para conseguir tal mejora será beneficioso contar con un protocolo de hospitalización que tenga en cuenta las necesidades y carencias expresadas por las adolescentes con AN.

Siguiendo las recomendaciones del programa de Tchanturia (2020) sería positivo contar con una mejora del tratamiento psicológico y una adecuada adaptación de las instalaciones, actividades (talleres sensoriales) y planes de comida (adaptación programa PEACE) a sus necesidades sensoriales específicas.

Por lo tanto, lo que se pretende conseguir con este protocolo es una mejor detección de las necesidades individuales de cada persona propiciando una mejor adaptación al centro de hospitalización, eliminando las prácticas coercitivas en la medida de lo posible, ofreciendo un plan terapéutico apropiado y mutuamente decidido, con una intervención que mejore todas las áreas que se ven afectadas por el trastorno y, en general, conseguir una mayor tasa de recuperación.

Consecuentemente, se realizará una adaptación del programa PEACE Pathway a los ya existentes protocolos de hospitalización, así como se abordarán los puntos débiles expresados por las pacientes durante su ingreso hospitalario en referencia a la actuación de los equipos médicos, para conseguir un abordaje total de sus necesidades. La adaptación de este programa resulta idónea, ya que ha sido desarrollado para aquellas personas con un TCA y un TEA concomitantes, por lo que está adaptado a sus necesidades cognitivas, socio-emocionales y sensoriales desde un punto de vista individualizado, identificando a través de cuestionarios y entrevistas las necesidades del paciente y, consecuentemente adaptando la intervención a estas. Por lo que, de esta forma podremos ofrecer una intervención individualizada, multidisciplinar y consecuente a los últimos hallazgos realizados en referencia al tratamiento intrahospitalario para mujeres adolescentes con AN.

Objetivos

El objetivo general del programa es el de fomentar el bienestar de los pacientes y la eficacia del protocolo de hospitalización para mujeres adolescentes con AN. Para la consecución de este objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Mejorar la sintomatología de la paciente. (En caso de presencia de abuso de sustancias o trastorno psicopatológico agudo concomitante, primero se promoverá la recuperación física y una vez la paciente se encuentre en un espacio cognitivo-afectivo adecuado se comenzará el tratamiento psicológico de ambas patologías)
2. Promover una educación adecuada a los miembros del personal y familiares sobre la AN y cómo realizar una interacción adecuada.
3. Desarrollar un plan de tratamiento psicológico y nutricional acorde a las dificultades observadas en la investigación. Potenciando el funcionamiento socio-emocional y cognitivo- conductual a través de terapia y talleres. Así como, mejorando las instalaciones hospitalarias adecuándolas a las necesidades de las ingresadas.
4. Empoderar mediante la toma de decisiones compartida. Al mismo tiempo que se fomenta el autocuidado y la autoeficacia tanto de las pacientes como de sus familiares y el personal sanitario de la unidad.

Bases Teóricas y Conceptuales de la Intervención

Modelo Teórico

Basándose en el modelo transteórico de Fairburn et al. (2003) se observan cuatro factores centrales que permiten la perpetuación de los TCA en aquellos individuos que ponen un énfasis desproporcionado en la forma y el peso como marcadores de la autoestima, siendo estos:

- **Perfeccionismo:** rasgo psicológico caracterizado por una tendencia a establecer estándares desproporcionadamente altos de desempeño en combinación con una autoevaluación posterior excesivamente crítica unida a una creciente preocupación por cometer errores.
- **Baja autoestima:** actitud valorativa que una persona tiene hacia sí mismo, o el componente afectivo de la actitud hacia uno mismo de menosprecio y rechazo, desfavorable (Rosenberg, 1965).
- **Dificultad para tolerar emociones negativas intensas:** incapacidad de resistir, soportar o tolerar la exposición sostenida a uno o más estímulos amenazantes, aversivos o negativos, sean estos de naturaleza física, psicológica o emocional (Zvolensky et al., 2011).
- **Dificultades de interacción:** referido a discordia familiar; altas exigencias parentales; sobreprotección parental; comentarios negativos relacionados con el peso, la alimentación y/o la apariencia de la familia; y trastornos alimentarios parentales (Fairburn et al., 1999; Pike et al., 2008; Walters y Kendler, 1995). Mantenido y exacerbado, al mismo tiempo, por un mal funcionamiento psicosocial general (Stice et al., 2017). Estos autores postulan que los adolescentes y las adultas jóvenes con menor IMC y/o tendencia a comer poco y, que tienen dificultad para llevarse bien con miembros de la familia y compañeros están en riesgo de desarrollar AN.

Alternativamente, comer poco podría causar o exacerbar afectos negativos y conflictos interpersonales que conducen a un mayor riesgo de aparición de AN (Stice et al., 2017). Estos resultados están respaldados por datos que indican que el bajo peso al nacer, siendo pequeño para la edad gestacional, y complicaciones obstétricas perinatales (Cnattinguis et al., 1999; Favaro et al., 2006) unido a un historial de luchas y conflictos en torno a la comida (Kotler et al., 2001), están asociados con el desarrollo de AN (Tantillo et al., 2020).

Sin embargo, y aún con lo mencionado anteriormente, se han identificado pocos factores de riesgo claramente establecidos para la AN (Striegel-Moore y Bulik, 2007). Previamente se pensaba que la insatisfacción corporal y la dieta eran factores de riesgo para su desarrollo, no obstante, la investigación longitudinal aún no ha podido confirmar claramente esta creencia. Además, algunos estudios (Lindberg y Hjern, 2003; McClelland y Crisp, 2001) han destacado el estatus socioeconómico elevado como otro factor de riesgo, sin embargo, es probable que se deba al sesgo en el diagnóstico y/o la disponibilidad de tratamiento para este grupo.

Por otro lado, los rasgos autistas son evaluados mediante el Programa de Observación Diagnóstica del Autismo 2ª Edición (ADOS-2) (Lord et al., 2015). El cual, gracias al nuevo algoritmo empleado, permite identificar un mayor porcentaje de mujeres con AN como potencialmente autistas, las cuales, una vez restaurado el peso, mantuvieron esa exhibición sintomatológica (Sedgewick et al. 2019). Sin embargo, una cuestión clave con respecto a la relación AN-TEA es si comparten etiología o si realmente la desnutrición que presentan estos pacientes unida a otros factores concomitantes, son los responsables de la mímica sintomática de la AN al TEA (Kerr-Gaffney et al., 2021).

De cualquier forma, exista realmente una relación entre AN y TEA (Tchanturia, 2022) o no, no se puede negar las similitudes conductuales y cognitivas entre ambos trastornos, por lo que resulta relevante promover la consideración de las características autistas que presentan estas pacientes a la hora de desarrollar una intervención. Como resultado de la mejor comprensión de la asociación entre ambas condiciones, se podrán desarrollar intervenciones individualizadas que reduzcan el tiempo de tratamiento y prevengan una escalada de síntomas, por lo tanto, mejorando la eficacia y eficiencia del tratamiento (Barnett et al., 2020).

Relación entre AN y TEA

La relación entre la AN y el autismo en mujeres es un tema cuya relevancia ha ido ganando mayor atención clínica en los últimos años, con una comorbilidad de hasta el 37%, llegando hasta un 70% si hablamos de comorbilidad sintomática (Westwood y Tchanturia, 2017).

Recientemente un extenso cuerpo de estudio se ha dedicado a la investigación de los perfiles cognitivos (Westwood et al., 2016), el cual ha mostrado similitudes en el procesamiento socio-emocional, con una baja respuesta facial a estímulos tanto de naturaleza positiva como negativa (Davies et al., 2016), contacto visual inusual, empatía limitada, uso anormal de gestos para complementar la comunicación verbal (Mandy y Tchanturia, 2015) entonación atípica y alexitimia (Tchanturia et al., 2012).

Esta dificultad para reconocer y expresar las emociones puede estar, a su vez, relacionada con la elevada anhedonia social presente en las mujeres con AN (Tchanturia et al., 2013).

Al mismo tiempo, una serie de estudios clínicos (Tchanturia et al., 2019) y epidemiológicos (Gillberg, 1983, 2009) han indicado un solapamiento entre trastornos, principalmente promovido por sus elevados niveles de rigidez cognitiva, atención al detalle derivada de una mala capacidad de procesamiento global (Lang et al. 2016) y elevada sensibilidad a estímulos sensitivos (Tchanturia et al., 2017). Estando, esta última, correlacionada positivamente con la intensidad de los rasgos autistas presentes en la paciente con AN (Tchanturia, 2021). Además, estos estudios han mostrado una similar teoría de la mente, siendo el peor funcionamiento a nivel emocional del autismo la única diferencia entre ambos perfiles (Leppänen et al., 2018). Así pues, es preciso señalar el papel de las dificultades en el funcionamiento socio- emocional (Dapelo et al., 2015), la sensibilidad a estímulos sensitivos, la rigidez cognitiva y la baja capacidad de procesamiento global (Oldershaw et al., 2011) como factores mantenedores del trastorno a la hora de diseñar un tratamiento de hospitalización apropiado para las mujeres jóvenes con AN.

Características de protocolos de Hospitalización Eficaces

Según las guías internacionales, un protocolo de hospitalización eficaz debería poder abarcar tanto la parte física como la psicológica de la recuperación de los pacientes. Por eso se propone desde el punto de vista psicológico, ya que es el que nos concierne, el empleo de la FT-AN como primera opción de terapia y, de fallar esta, emplear la CBT-ED. Unido a esta propuesta, y debida a la comorbilidad que podemos observar de presencia de ansiedad y depresión en estas pacientes, se complementaría esta intervención con técnicas de relajación en formato grupal.

Además, Tchanturia (2020), argumenta que una implementación de terapias basadas en CREST y CRT llevan a la mejora de los dominios socio-emocionales, motivacionales y de rendimiento cognitivo. Piezas angulares en la mejora y recuperación del trastorno.

Además, la propuesta de PEACE ofrece una intervención personalizada a las necesidades de cada paciente, validando sus dificultades y favoreciendo una estancia positiva durante el tratamiento. Asimismo, resulta clave proporcionar pautas durante la estancia al personal sanitario para poder tratar a cada paciente según sus necesidades, motivándolos, siendo flexibles y empáticos. Al igual que a la familia una vez la persona abandone la hospitalización para continuar con un tratamiento ambulatorio.

Otra cuestión que se debe tener en consideración es la comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias en la AN, debutando este en un 22% de los casos (Bahji et al., 2019), pudiendo alcanzar el 50% en las adolescentes en tratamiento (Elmqvist et al., 2016; Fassino et al., 2009).

Normalmente en estos casos se recomienda el tratamiento conjunto, comenzando con una intervención farmacológica (Korownyk et al., 2019; Mills et al., 2012) y, una vez que la condición cognitivo-afectiva de la paciente lo permita, continuando con la terapia psicoterapéutica. Sin embargo, hay que tener en consideración que ciertas medicaciones para el tratamiento del TCS pueden provocar un aumento del riesgo de sufrir arritmia, sobre todo en aquellas personas con un bajo peso o un desbalance electrolítico, algo común en la AN.

Por ello, no en todos los casos se podrá contar con el apoyo farmacológico durante su recuperación.

En lo referente a la terapia psicológica, se ha demostrado la eficacia del mindfulness basado en la TCC (Courbasson et al., 2010), la Terapia Dialéctico-Conductual (Claudat et al., 2020) Terapia Familiar y de Pareja (Murray et al., 2014) y el Manejo de Contingencias (Devoe et al., 2021; Dutra et al., 2008) para el tratamiento conjunto de la AN y TCS. Terapias que se realizarán en conjunto con las ya mencionadas con anterioridad.

Sin embargo, por cuestiones de tiempo o por el estado de la paciente, estas intervenciones no siempre pueden realizarse o finalizarse durante el periodo de hospitalización, por lo que se pautarán para su continuación en un ámbito ambulatorio u hospital de día. Estas cuestiones serán discutidas y pautadas con la paciente antes del alta.

Estos temas han sido cubiertas desde el programa, el cual permite suplir las carencias observadas en los habituales protocolos como, por ejemplo, el del hospital de Conxo en Santiago de Compostela (Beato et al., 2002).

Protocolos: Similitudes y Diferencias

Los programas de hospitalización actuales para el tratamiento de AN y el programa *PEACE Pathway*, presentan una serie de objetivos compartidos:

- Realimentación
- Devolver a la paciente a parámetros de normalidad ponderal (IMC mayor de 18) y estabilización fisiológica.
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica.
- Normalización de la conducta alimentaria en tiempo, forma y contenido.
- Tratamiento de las complicaciones médicas.
- Adquirir y mejorar la conciencia de enfermedad del paciente.

- Reestructuración de las principales creencias, pensamientos y actitudes, así como de emociones alteradas básicas sobre la dieta, el peso y la imagen corporal.
- Mejorar la autoestima y adquirir habilidades sociales e interpersonales.
- Mejoría de las pautas de interacción familiar.
- Fortalecimiento de la propia identidad.
- Planificación del tratamiento tras el alta.

Sin embargo, y aunque los objetivos son positivos, la metodología empleada para ello resulta, según las últimas investigaciones (Colton et al., 2004; Gowers et al., 2000), poco efectiva y causa un elevado estrés a las personas hospitalizadas (Shelley, 1997).

En estas intervenciones se emplea terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional, para intervenir sobre la reestructuración de los pensamientos mantenedores del trastorno, así como las conductas disfuncionales.

A pesar de la efectividad que estas terapias han demostrado en otros trastornos, reiterados estudios han demostrado la superioridad de las intervenciones basadas en el Entrenamiento en Remediación Cognitiva y Habilidades Emocionales (CREST) y la Terapia de Remediación Cognitiva (CRT) (Dandil, Smith et al., 2019), sobre todo al inicio de la intervención, para el tratamiento de la AN.

Además, y siguiendo las críticas expresadas por las pacientes con AN, el empleo de un sistema basado en castigos y ganancia de derechos, que no recompensas, no resulta apropiado en unas personas cuya sensibilidad al castigo es más elevada que en la población sin AN (Jonker et al., 2022). Unido a esto, se debe tener en cuenta ya no sólo las similitudes sintomatológicas con el autismo, las cuales dificultan la comprensión o aceptación de esta pérdida de libertades, sino que el 92% de mujeres con AN han sufrido previamente un trauma (Tagay et al., 2014), por lo que, de nuevo, este tipo de intervención tan rígida y directiva, puede llegar a resultar perjudicial.

Otra similitud, y diferencia, radica en la forma de restauración del peso. En los tratamientos de hospitalización habituales, se emplea, en caso de no ser a través de vía enteral, un menú cerrado diseñado por el dietista del hospital que no puede ser alterado.

Los pacientes deben comer con corrección, utilizando cubiertos de forma adecuada y manteniendo una buena postura. El tiempo de las comidas está estipulado a 1 hora para la comida y la cena y 30 minutos para el desayuno y la merienda. Además, en el caso de que se haya agotado el tiempo y todavía quede comida en el plato, deberán abandonar el comedor y se le proporcionará un suplemento que reemplace la dotación calórica que le habría aportado esa comida.

Por otro lado, y aunque compartiendo las características de un menú cerrado diseñado por un dietista según las necesidades del paciente, la perspectiva de PEACE promueve la individualidad y capacidad de elección, siendo este menú no específico para personas con TEA.

El día que la persona llega al servicio, se proporciona una plantilla que debe ser cubierta por sus progenitores o tutores legales sobre los hábitos alimenticios de la paciente durante su infancia. Por ejemplo, se pregunta por la presencia de dificultades a nivel sensorial (texturas blandas, olores fuertes, sabores intensos...) o de malestar físico tras las comidas.

Una vez recabada esta información se desarrolla un menú escrito en un lenguaje simple, que puede llegar a presentar imágenes para facilitar la comprensión de aquellas pacientes con una capacidad de procesamiento cognitivo disminuido, que le permitan conocer los alimentos que constituirán el menú. Si, una vez visto, consideran que les supondrá un problema, podrán reunirse con el dietista para desarrollar una alternativa. De todas formas, y aun contando con las adaptaciones necesarias, pueden experimentar dificultad para seguir el plan de alimentación, por ello, hasta tres veces a la semana, pueden optar por la alternativa del Menú PEACE. Esta alternativa ha sido diseñada para ayudar a manejar las dificultades que puedan surgir con el menú principal, incluyendo desde una comida diferente hasta una suplementación nutricional líquida, ambos proporcionando el mismo valor nutricional que el menú principal.

En concreto, este menú fue diseñado para abordar aquellos problemas observados en las personas con AN, por ello, aborda:

- **Predictibilidad y familiaridad:** ofreciendo una pequeña cantidad de opciones a diario que les resultan familiares e invariables. Incluyendo fotografías que faciliten la selección.

- **Procesamiento sensorial:** incluyendo productos con un sabor suave o ligeramente dulce, poco olorosos y de textura homogénea.
- **Incomodidad física:** se proporcionan productos con diferentes cantidades de fibra según sus necesidades (presencia de diarrea o estreñimiento). Además, tendrán una dieta con una elevada densidad energética para evitar la distensión abdominal.
- **Baja interocepción:** mismo horario de comidas, con las mismas porciones de alimento, con una ingesta de fluido constante a lo largo del día, y espaciando la cantidad de calorías de forma igualada a lo largo del día.

Además, es ofrecida la opción de contar más tiempo durante las comidas, llegando a contar con hasta media hora más de lo habitual en cada una de ellas. Este menú está disponible para que cualquier persona recurra a él en un momento de necesidad.

Sin embargo, si la opción alternativa es seleccionada se deberá tener una pequeña consulta para evaluar cómo manejar la situación en un futuro sin tener que recurrir a esta alternativa. Si la paciente solicita esta opción más de tres veces en una semana, deberá consultarse con el dietista y el terapeuta para evaluar un abordaje alternativo (Williams,2021).

Una carencia que se observa en los programas de hospitalización actuales es la falta de identificación de las necesidades sensoriales y cognitivas que pueden presentar. Para ello, el día del ingreso es ofrecido un *pack* de bienvenida con información sobre el funcionamiento del servicio, las rutinas y qué esperar del tratamiento. Además, se entregan unos “pasaportes comunicativos” donde podrán expresar su estilo de comunicación predilecto, necesidades sensoriales y aquello que encuentra agradable y desagradable.

Por otro lado, serán realizados talleres sensoriales desarrollados por un terapeuta ocupacional donde serán enseñadas a explorar y comprender sus necesidades sensoriales y serán invitadas a pensar cómo deben actuar para cumplirlas. Unido al taller, cada paciente crea su *Kit* Sensorial, el cual se rellena con cosas que la pueden ayudar a regularse cuando sus estrategias no son suficientes, como por ejemplo lavanda seca, aceites esenciales, pompas de jabón... (Tchanturia, 2020).

Y, para finalizar con las adaptaciones sensoriales, se concluye que la planta de hospitalización debe contar con una gama cromática neutra, con una decoración limpia y minimalista (Kinnaird et al., 2019), cuestión que en los hospitales se suele cumplir salvo en el área pediátrica y en las zonas de terapia ocupacional.

El siguiente punto a tratar es el apoyo a las familias de las pacientes. Habitualmente es ofrecida información sobre el trastorno, el tratamiento y la evolución de la paciente. Además, se realiza un trabajo de reajuste de la interacción familiar, reducción de la ansiedad o culpa que puedan tener ante el TCA y se solicita su cooperación en el tratamiento. Sin embargo, se ha observado que este tipo de intervención no es suficiente, por lo que Treasure et al. (2007) proponen una serie de implementaciones. La primera es la realización de una serie de talleres donde se les informa, al igual que en los protocolos actuales, sobre el trastorno y la capacidad cognitivo-ejecutiva alterada de un cerebro “desnutrido”. También se proporcionan pautas de comunicación padres-hija, habilidades de manejo durante las comidas, información sobre las posibles comorbilidades asociadas al trastorno... No obstante, se debe tener en consideración que, debido al nivel educativo, la capacidad de comprensión del lenguaje médico o incluso la posibilidad de presencia en los padres de autismo o características autistas, la información será presentada en un lenguaje simplificado que favorezca su comprensión. Además, y siguiendo el método Maudsley, será empleada la metáfora de los animales para explicar los diferentes estilos de cuidado (Treasure et al., 2007). Unido a esto, será ofrecida a las familias la oportunidad de realizar encuentros por las mañanas, guiados por un terapeuta, donde poder conocerse y dialogar sobre su situación común.

Así como resolver dudas con el terapeuta sobre la complejidad del trastorno y, cómo comprender y ayudar a su hija una vez reciba el alta hospitalaria.

Para finalizar, es importante enmarcar la salida de la paciente del servicio y su consiguiente vuelta a casa. En ambas propuestas se solicita que la comida sea igual a la del hospital, incluso se les puede proveer con una plantilla para que resulte más sencillo, ya que serán los cuidadores los que deberán preparar y servir la comida una vez la paciente esté en casa. Además, la existencia de un menú cerrado complica la posibilidad de negociación sobre las comidas en la familia (Loomes y Bryant-Waugh, 2021).

Asimismo, las pacientes deberán mantener un registro alimentario exacto de las ingestas, conjuntamente al mantenimiento de la orden de reposo de dos horas tras las comidas, así como la prohibición de actividad física intensa. Igualmente, se respetarán las franjas horarias de comidas y de sueño preestablecidos en la Unidad (Protocolo Operativo UDAC, 2002).

Por otro lado, y aunque compartiendo objetivos, el programa PEACE propone que, aunque debiendo existir unos horarios regulares, estos no deben ser exactos, permitiendo cierta flexibilidad. Una vez en casa, la comida debe realizarse en un ambiente agradable; pudiendo escoger la habitación, personas presentes, música... Cualquier cambio que precisen hacer para facilitar el momento de la ingesta (Williams, 2021)

En conclusión, a pesar de los resultados obtenidos en los últimos estudios, los protocolos de hospitalización no se adaptan, manteniendo un modelo directivo, en lugar de un modelo de validación, compasión y cooperación profesionales-pacientes (Geller et al., 2021), el cual, ha demostrado aumentar la motivación para el cambio, la satisfacción y adherencia al tratamiento (Geller et al., 2023). Así como la mejora de la sintomatología del TCA y de la función cognitiva (Geller et al., 2019). Por ello, un trato basado en la colaboración, está asociado con una mejora sintomática a todos los niveles (Geller et al., 2019).

Programa de Intervención

Por lo que respecta al protocolo que se propone, “Protocolo de Hospitalización en Anorexia Nerviosa” (PHAN) se trata de un programa de hospitalización, cuya duración será dependiente de la situación de partida de la paciente (ej. IMC, apoyo/situación familiar, aceptación del problema, gravedad o riesgo físico, existencia de intentos autolíticos, trastornos concomitantes, grado de motivación y progresión durante el ingreso) pudiendo ir desde días hasta un mes. A través de este protocolo se pretende detectar, evaluar e intervenir en aquellas pacientes que presenten AN y cumplan los siguientes criterios para poder realizar el ingreso en la Unidad de Hospitalización prolongada:

- Índice de masa corporal <16 o una pérdida de peso persistente (25-30% del peso inicial o IMC menor de 17,5 kg/m²) en menos de tres meses o un porcentaje mayor en forma progresiva, con fracaso del manejo ambulatorio.
- Intento autolítico o presencia de ideación suicida.
- Abuso incontrolado de laxantes o diuréticos.
- Negativa a la ingesta.
- Complicaciones médicas graves como bradicardia, taquicardia, hipotensión, hipotermia, hipoglucemia, hipopotasemia, hiponatremia, hipofosfatemia, deshidratación, fallo hepático/cardíaco/renal, diabetes mellitus...
- Inicio reciente del TCA con una previsión de respuesta rápida y positiva en hospitalización.
- Presencia concomitante de una patología psiquiátrica aguda que dificulta el tratamiento ambulatorio (psicosis, manía...)
- Fracaso del tratamiento ambulatorio o de hospitalización parcial debido a problemática familiar grave que imposibilita un adecuado manejo y apoyo a la paciente en casa, incumplimiento recurrente de las indicaciones terapéuticas, sin conciencia de enfermedad y/o presencia de un trastorno conductual grave (Gómez-Candela et al., 2018; Toro, 2004; UDAL, 2002).

Esta propuesta pretende lograr la realimentación para que la persona adquiera un estado físico saludable, promoviendo un tratamiento psicológico adecuado a sus necesidades. Para ello se favorecerán unas pautas de alimentación adecuadas, una visión de aceptación del cuerpo, peso y cambios corporales, secundarios a la pubertad o al propio proceso de realimentación. A su vez, será promovido el desarrollo de sus habilidades sociales y de estrategias de regulación emocional. Proporcionado, al mismo tiempo, un ambiente de validación de su experiencia, acompañamiento y cooperación adaptado a las características particulares de cada paciente. Para así poder ofrecer una intervención individualizada, eficiente y eficaz no sólo enfocada exclusivamente en las pacientes, sino también en sus familias y el personal de la Unidad.

Recursos y Aspectos Organizativos

A continuación, se procederá a la descripción de recursos tanto personales como materiales, así como las fases de la intervención y las pautas a seguir.

El proceso de ingreso en el área de hospitalización prolongada comienza con una derivación, la cual puede proceder del:

- Médico de Cabecera.
- Psiquiatra
- Urgencias
- Especialistas (Endocrinólogos, internistas, ginecólogos, etc.).
- Otras Unidades Hospitalarias.

En esta área de hospitalización se comenzará el proceso de realimentación, monitorizando a la paciente para evitar el Síndrome de Realimentación. Esta alimentación suele estar basada en alimentos sólido, líquidos y suplementos alimenticios, dejando el uso de la sonda nasogástrica para contados casos que, debido a sus situación física o psicológica no pueden depender de una alimentación normalizada.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el uso de la sonda, aunque sea considerado un procedimiento terapéutico, nunca puede ser planteado como un castigo por no comer. Al mismo tiempo, se debe tener en consideración aquellos casos en los que la paciente solicita el uso de la sonda en lugar de la alimentación normalizada, ya que, aunque en un primer momento permite aportarle la nutrición que precisa para su recuperación física, al no enfrentarse al momento de la ingesta oral de alimentos (su objeto fóbico), sus niveles de ansiedad se mantienen estables, impidiéndole avanzar en su recuperación (Toro, 2004).

A pesar de y, aunque la preferencia de hospitalización siempre es la voluntaria, en aquellos casos en los que la vida del paciente corre peligro, se podrá solicitar una autorización judicial (en pacientes mayores de edad) o, en el caso de menores, se deberá contar con una autorización de sus padres o tutores. Y siendo indiferente la voluntariedad o involuntariedad de tal ingreso, se debe informar al juzgado sobre la hospitalización del menor. A la hora de realizar un ingreso involuntario, se debe presentar como una necesidad para su salud con el fin de incrementar la eficacia terapéutica, pero nunca como una amenaza. Además, si su situación cognitiva lo permite, se le explicará que, aunque el ingreso puede ir relacionado con una sensación de tristeza por la separación tanto de su hogar como de su rutina, este alejamiento físico y emocional de los conflictos familiares y grupales, así como la supresión de las influencias sociales y corporales del modelo estético corporal delgado (p. ej., medios de comunicación, revistas de moda, conversaciones y comparaciones con amigas, prácticas alimentarias familiares incorrectas...) es sumamente eficaz e imprescindible en la mayoría de los casos. Asimismo, este distanciamiento permitirá trabajar tanto con la paciente como con su familia con el fin de mejorar su interacción futura. También, resulta muy apetitivo el hecho de estar en un ambiente apartado de las influencias sociales y culturales que las obligan a realizar una ingesta alimentaria normativa. En la Unidad nadie las obligará a terminarse el plato o estar más tiempo del necesario sentadas a la mesa. Además, al inicio del tratamiento, se les permitirá mantener ciertos rituales durante las comidas, los cuales se irán discutiendo en terapia y eliminando paulatinamente (Toro, 2004).

El espacio en el que se realizará la intervención se localiza en la planta de psiquiatría del hospital, sin embargo, esta debe estar separada del resto de la Unidad y deberá estar adaptada a las necesidades sensoriales de las pacientes, sobre todo, aquellas que por edad se encuentran en la planta pediátrica, la cual suele contar con numerosos estímulos visuales, como dibujos, posters o cuadros que decoran las paredes. La Unidad de TCA debe contar con espacios limpios, sin un exceso de objetos, con paredes pintadas en colores neutros y cálidos para hacer el espacio acogedor y relajante. Además, se contará con una sala multidisciplinar, donde se realizarán las sesiones de café con los familiares de las pacientes.

En caso de que, por petición de las familias, se decida realizar estas sesiones en formato online se deberá contar con un ordenador con cámara y acceso a internet.

El equipo de intervención estará formado por cuatro psicólogos y dos psiquiatras, así como cinco enfermeros y tres auxiliares de enfermería. Además, se contará con dos endocrinos, dos nutricionistas y un internista. Los cuales, a su vez, deberán contar con formación en TCA y, en lo referente al equipo de salud mental, tendrán que tener una formación clínica especializada adicional.

Una vez la persona ha sido admitida en la Unidad se le realizarán una serie de evaluaciones psicométricas protocolizadas no sólo para conocer su situación actual con respecto a su TCA, sino también para detectar otro tipo de trastornos comórbidos que pueda presentar y que serán tenidos en cuenta para desarrollar una intervención ajustada a sus necesidades individuales:

- *Eating Disorder Quality of Life Scale* (**EDQLS**; Adair et al., 2007).
- *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (**EDE-Q**; Fairburn y Beglin, 2008).
- *Cuestionario sobre Forma Corporal* (**BSQ**; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).
- *Versión breve de Eating Disorder Inventory* (**EDI-3-RF**; Garner, 2004).
- *Inventario de Depresión de Beck* (**BDI- II**; Beck et al., 1998) (*Beck Youth Inventories-Second Edition* [**BYI-2**; Beck, Beck, Jolly y Steer, 2005] en caso de que la paciente sea menor de 17 años).

- *Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt, 2002).*
- *Escala de autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1989).*
- *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2 (ADOS-2; Lord et al, 2015).*
- *Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 Abreviado (MMPI-2 Abreviado; Butcher et al., 2001).* Adaptación española (Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez, 2019).

Además, durante la entrevista se debe sondear a la persona por su consumo de sustancias.

Una vez realizada la evaluación inicial se procederá a la presentación de las fases del tratamiento. Este estará dividido en cuatro etapas, correspondientes con objetivos de peso individualizados, previamente pautados con la paciente. El establecimiento de estas fases será establecido partiendo del peso correspondiente a un IMC > 20, el cual corresponde al mínimo necesario para conseguir el alta. Este incremento de peso sobre el inicial, será dividido en cuatro y corresponderá a cada fase del tratamiento. Además, conforme vayan consiguiendo sus objetivos, podrán tener más beneficios de visitas y salidas del hospital.

- **Recuperación del primer cuarto:** puede recibir visitas de sus padres desde el inicio de la hospitalización, pero estas pueden ser cesadas temporalmente si resultan perjudiciales para la paciente tanto por empeoramiento como por falta de mejoría.
- **Recuperación del segundo cuarto:** puede recibir visitas de otros familiares y amigos.
- **Recuperación del tercer cuarto:** puede salir con los padres, otros miembros familiares y amigos fuera de la Unidad o del Hospital (según tenga o no sonda nasogástrica).
- **Recuperación del peso total:** salidas a su casa y si mantiene una alimentación adecuada y el peso, se procederá al alta hospitalaria.

Unido a las pautas de peso, las fases de recuperación irán ligadas a los objetivos individuales de cada persona, así como a la presencia de unas pautas de alimentación adecuadas y un estado mental apropiado que le permita poder continuar con su recuperación en un ámbito ambulatorio.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Como criterios de inclusión se plantean los siguientes: mujer con anorexia nerviosa de entre 16 y 25 años, hospitalizada por tratamiento de AN iniciado dentro de las Áreas Sanitarias III (Avilés), IV (Oviedo) y V (Gijón) del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Y, como criterio de exclusión presentar en el momento de la hospitalización TEA o ser diagnosticada de esta en la evaluación inicial. En este caso se procederá a derivar a la paciente al programa PEACE.

Metodología

En base a los resultados encontrados y los estudios realizados, se propone el empleo de FT-AN y CBT-ED (Fairburn y Harrison, 2003; Fairburn, 2008; Jansingh et al., 2020; NICE, 2020) como base del tratamiento. Las cuales, serán apoyadas por técnicas de relajación en formato grupal (imaginación guiada y relajación muscular progresiva), así como CRT (Dandil, Smith, et al., 2019; Tchanturia, Giombini, et al., 2017) y CREST (Adamson et al., 2018; Tchanturia et al., 2015), en concreto se recomienda realizar un programa que combine psicoeducación con entrenamiento cognitivo-emocional basado en ejercicios experienciales tanto a nivel individual como grupal. El uso de esta terapia de forma complementaria ha demostrado mejoras en el rendimiento cognitivo (Dandil, Smith, et al., 2019; Tchanturia, Giombini, et al., 2017), en el dominio socio-emocional y motivacional (Adamson et al., 2018), en la capacidad para etiquetar las emociones y en una disminución de la anhedonia (Tchanturia et al., 2015). Unido a esto, se emplearán las pautas expuestas por el programa PEACE para el tratamiento de AN en pacientes sin comorbilidad de TEA.

En busca de otras maneras de mejorar el resultado, la toma de decisiones compartida puede ser una manera de ayudar a los pacientes a involucrarse más en su recuperación, mejorar su motivación y, en consecuencia, mejorar la eficacia del tratamiento (Jansingh et al., 2020). Por otro lado, el manejo del ritmo, la duración y el enfoque de las sesiones aplicado de manera flexible e individualizada (Dandil et al., 2019), ha demostrado no sólo un impacto positivo en el resultado de la sesión sino también en la experiencia personal tanto del paciente como del terapeuta.

Además, se contará con talleres donde, a través de la psicoeducación y contenido experiencial, aprenderán a regularse tanto a nivel emocional como sensitivo-conductual. También adquirirán un mayor conocimiento sobre su trastorno, y si lo permite su estado cognitivo, recibirán educación nutricional y fisiológica. Por norma general, se empleará la terapia en grupo como forma de que las pacientes puedan ser conscientes de la percepción de los cuerpos, comentarios y emociones de sus compañeras, lo que les permitirá tener una visión más objetiva sobre su situación, al mismo tiempo que trabajan sus sentimientos de soledad e incomprensión que pueden experimentar. Sin embargo, se debe tener cuidado con esta metodología, ya que se puede producir una situación de contagio conductual y/o emocional, no obstante, el personal de enfermería debería ser capaz de controlar la situación. Asimismo, también se plantea el uso de la terapia en formato individual como parte de la intervención, sobre todo en aquellos casos que presentan un trastorno concomitante.

Por encima de todo, la intervención estará basada en la promoción de un trato colaborativo basado en la empatía, la motivación y la validación.

Cronograma

La duración del tratamiento dependerá de la situación de ingreso de la paciente y la presencia de otra sintomatología concomitante (depresión, ansiedad, TEPT...). Sin embargo, la medida para poder conceder el alta hospitalaria es la recuperación de un peso normal, resolución de las complicaciones médicas asociadas, control de las alteraciones conductuales y/o resolución de la psicopatología aguda. En el caso de que esta última no se haya conseguido, y mientras no resulte un riesgo para su vida, se continuará su tratamiento en un centro ambulatorio u hospital de día. En caso de que falle este tipo de intervención, se procederá a realizar de nuevo el ingreso en una Unidad especializada (Gómez-Candela et al., 2018).

El día del ingreso, y siempre que la situación cognitiva y física de la paciente lo permita, será recibida por el personal de salud mental y se realiza la entrega del pack de bienvenida (anexo 1), con la explicación del funcionamiento de la unidad, horarios, talleres... Además, se hará entrega del Pasaporte de Comunicación (anexo 2), el cual realizarán en colaboración con una de las psicólogas de la Unidad y será posteriormente entregado al personal que se encargará del cuidado de la paciente durante su ingreso. En aquellos casos en los que el ingreso sea voluntario, este pack de bienvenida será entregado previo-ingreso para reducir la incertidumbre y ansiedad ante la hospitalización.

Tras el ingreso, se realizará una revisión de su equipaje para comprobar que sólo traen los objetos permitidos en la Unidad. En el caso de que la hospitalización sea voluntaria, previamente se les entregará un folleto de bienvenida donde se incluye la lista de objetos que se pueden introducir en la Unidad. Siendo esta:

- **Ropa:** cómoda, ancha y caliente.
- **Objetos personales:** fotografías, peluches, mantas, almohadas y/o libros.
- **Medicación actual:** la cual será guardada por el personal médico y dispensada cuando sea necesario, según las pautas del médico encargado del caso.

Una vez pasada la inspección, se le mostrará la habitación que ocupará durante su ingreso. En todo momento será acompañada por alguien del personal de enfermería que la ayudará a acomodarse y la preparará para las consiguientes revisiones médicas.

Tras presentarse el equipo que se encargará de su caso, se procederá a la administración de una serie de pruebas tanto médicas (análisis de sangre y orina, antropometría, registro de la ingesta los días previos al ingreso, ECG, ECO...) (Robinson & Jones, 2018) como psicológicas (EDQLS, EDE-Q, BSQ, EDI-3-RF, WSAS, RSES, ADOS-2, MMPI-2). Cuyos resultados, unidos a aquella información recabada en el Pasaporte Comunicativo, permitirán diseñar una intervención individualizada. Además, el dietista y endocrino desarrollarán el plan de realimentación, adaptado a las necesidades alimenticias y sensoriales específicas de cada paciente. Pudiendo estar este constituido por alimentación normalizada (siempre teniendo en cuenta la posibilidad de desarrollo del Síndrome de Realimentación al inicio del proceso), suplementos alimenticios o, en casos excepcionales, sonda nasogástrica.

Una vez la intervención es diseñada, es presentada a la paciente y su familia para que, de forma cooperativa, se pueda concluir si esta es acorde a los objetivos de la paciente o si es necesario realizar algún cambio. Estas adaptaciones, por supuesto, solo podrán realizarse si no ponen en riesgo la vida de la paciente.

Durante la primera semana es probable que todavía le resulte difícil adaptarse a la dinámica de la Unidad, por lo que se empleará mayor laxitud al inicio del tratamiento.

A) ALIMENTACIÓN

Se realizará un desayuno, comida, merienda, cena y un snack antes de dormir.

Al inicio del tratamiento se contará con un menú muy limitado donde podrán escoger qué comer. Este menú solo será empleado unos pocos días, mientras la paciente se acostumbra a unas pautas de alimentación adecuadas. Además, este menú asegura una ingesta apropiada de fosfato, calcio, potasio y fluido, elementos clave para la restauración del funcionamiento adecuado del organismo, al mismo tiempo que previene el desarrollo del Síndrome de Realimentación.

Además de este plan inicial de realimentación, se pautará, dependiendo de sus necesidades individuales, una suplementación de minerales y vitaminas.

Nombre:	Fecha:
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> ● 100ml zumo ● 30 gr cereales y 150ml leche entera
Comida	<ul style="list-style-type: none"> ● 100ml zumo ● 1 rebanada de pan con mantequilla con (a escoger 1) <ul style="list-style-type: none"> - 2 lonchas de pavo - 20 gr queso o hummus - 1 huevo ● Ensalada ● 125g de yogurt natural de leche entera
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> ● 200ml de leche entera ● 1 pieza de fruta grande (plátano, manzana) o 2 piezas de fruta medianas (kiwis, ciruelas...)
Cena	<ul style="list-style-type: none"> ● 100ml zumo ● 1 comida a escoger: <ul style="list-style-type: none"> - 50g pasta/arroz con 50 g carne o pescado - 100 g spaghetti boloñesa/quiche ● 50 g vegetales al vapor ● 1 yogurt natural de leche entera

Snack	<ul style="list-style-type: none"> ● 200ml de leche entera ● 1 galleta Digestive
Bebidas	<ul style="list-style-type: none"> ● Además se ingerirán 500ml de agua a lo largo del día.

Plan de realimentación inicial

Durante las comidas la paciente debe estar siempre acompañada por un miembro de enfermería (a poder ser siempre la misma persona) que se encargará de monitorizar la comida y de que la paciente coma adecuadamente. Al inicio del tratamiento, no se pretende una alimentación normativa, permitiendo cierta laxitud a la hora de comer. Cuestión que se irá trabajando en terapia y conforme la persona avance en la recuperación. Además, se promoverá un trato distendido, validante y motivador que fomente la comunicación de las pacientes durante las comidas.

El tiempo dedicado a las comidas está estipulado, contando con una hora para el desayuno, comida y cena, y media hora para la merienda y el snack. Una vez se termine este tiempo, y si la persona no expresó su deseo de cambio al menú PEACE, será retirada a otra sala, si la comida se realizaba en el comedor, y se la motivará para intentar finalizar la comida durante media hora más. Si no puede/quiere, se le suplementará con una bebida que supla la cantidad energética que le aportaría esa comida. Y, a continuación, tendrá una conversación con la psicóloga para ver cuál ha sido el problema y cómo podrá afrontarlo si vuelve a encontrarse en la misma situación. Esta misma conversación sucedería si la persona solicita el menú PEACE, en lugar del pautado por el dietista. El menú PEACE solo podrá ser solicitado en tres ocasiones a lo largo de la semana y, de precisar usar más veces esta alternativa, deberá tener una conversación con su equipo médico.

Nombre:	Fecha:
<p>Desayuno</p> <p>A escoger entre 1 zumo y 2 productos, o 1 zumo y doble ración de cereales con leche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Zumo de manzana/ naranja ● Avena ○ Galletas ○ Cereales con leche (opción de bebida de soja) ● Yogurt griego con ciruelas/ peras/albaricoques (pueden ser servidos por separado) ● 2 rebanadas de pan con mantequilla/margarina/ mantequilla de cacahuete.
<p>Comida</p> <p>A escoger 1 sopa o zumo, 1 plato principal y un postre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Zumo de manzana/naranja ○ sopa de vegetales/pollo ● 1 sandwich de queso con 1 bolsa de patatillas ○ 2 rebanadas de pan con margarina y 1 bolsa de patatillas ○ 2 rebanadas de pan con mantequilla en

	<p>ensalada de atún con mayonesa</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Crackers con mantequilla y queso ○ Barrita de dátiles y frutos secos con una fruta.
<p>Merienda</p> <p>A escoger una bebida y una fruta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 taza de leche o bebida de soja ○ 1 taza de café con leche o bebida de soja. ● 1 pieza de fruta
<p>Cena</p> <p>A escoger 1 zumo o sopa, 1 plato principal y un postre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Zumo de manzana/ naranja ○ sopa de vegetales/pollo ● Tortilla francesa con puré de patata y verduras al vapor, ○ Sandwich de mantequilla de cacahuete ○ Lentejas con patatas. ● Helado con un Kit-Kat y un plátano ○ Berlina con unas natillas.
<p>Snack</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Chocolate caliente ○ leche azucarada

A escoger 1 bebida y un acompañamiento.

(opción de bebida de soja)

- 1 rebanada de pan con mantequilla/margarina o 2 galletas Digestive.

Plan de alimentación PEACE

El menú PEACE irá acompañado, de solicitarlo la paciente, de fotografías para facilitar la elección de su comida. Esta opción podrá ser empleada tanto por los usuarios del menú PEACE como aquellos que ya se encuentran en un régimen regular de alimentación.



Conforme avance la recuperación se irán aumentando las cantidades de comida paulatinamente, procurando alcanzar una alimentación hospitalaria tipo como objetivo final en la fase de realimentación. Fuera de las horas de alimentación pautada queda prohibida la ingesta de alimentos. Así mismo, la ingesta de agua será controlada por el personal de enfermería.

En referencia a la suplementación alimentaria, esta será tratada con el endocrino y dietista. Si esta se aprueba, la paciente deberá hablarlo con su psicóloga para analizar cómo pueden trabajar esa parte de su recuperación.

El siguiente plan es aquel empleado durante la fase de realimentación, una vez la paciente ya puede ceñirse a una alimentación hospitalaria tipo.

Además, este menú, será entregado a los padres/familiares como guía orientativa de la alimentación que pueden preparar a la paciente cuando esta se encuentra de permiso de fin de semana, o incluso cuando se le conceda el alta hospitalaria.

Nombre:	Fecha:
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> - Zumo de naranja/piña - Cereales con 200ml leche entera y 2 rebanadas de pan con mantequilla y mermelada
Comida	<ul style="list-style-type: none"> - Patatas con un filete de pollo/pescado <input type="radio"/> un sándwich - Bolsa de patatillas - Yogurt <input type="radio"/> Helado <input type="radio"/> Arroz con leche
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> - Queso con crackers <input type="radio"/> 2 rebanadas de pan con mantequilla y mermelada <input type="radio"/> 1 magdalena <input type="radio"/> 200ml de leche con 2 galletas digestive.
Cena	<ul style="list-style-type: none"> - Lasaña de carne <input type="radio"/> Pollo al horno con arroz <input type="radio"/> Macarrones con queso <input type="radio"/> Pasta con tomate y albahaca - Magdalena <input type="radio"/> yogurt griego con frutos secos y mermelada.
Snack	<ul style="list-style-type: none"> - Queso y crackers <input type="radio"/> chocolate caliente con 1 galleta digestive

B) PESO

Las pacientes serán pesadas semanalmente. Esta será realizada nada más levantarse y llevando únicamente la bata del hospital. El peso no será revelado a la paciente por el personal de enfermería. Este peso se comunicará al equipo médico y a su psicóloga para que puedan hablar sobre ello durante la terapia. Resulta relevante la comunicación del peso a la paciente cada vez que se evalúa (salvo en aquellos casos en los que afecta negativamente a la paciente) ya que la alianza terapéutica está basada en la confianza y la honestidad, por lo que la ocultación de este dato sería una ruptura de esta promesa. Además, en los casos en los que el peso, en concreto su aumento, resulta uno de los temores de la paciente, enfrentarse a este mediante su conocimiento resulta vital para reducir paulatinamente su ansiedad. Y, por último, es importante que conozca la relación directa entre lo que consume y la evolución de su peso, debido a que las distorsiones cognitivas que presentan las pacientes con AN las llevan a sobrevaluar el aumento de peso tras ingestas pequeñas o normales (Toro, 2004).

Para conseguir el alta hospitalaria, además de otros criterios necesarios, la paciente deberá tener un IMC superior a 20. Objetivo principal de la fase de realimentación.

C) ACTIVIDAD FÍSICA

Después de las comidas se realiza un reposo supervisado durante el cual no podrán emplear los baños, salvo en casos excepcionales y bajo supervisión. Durante este tiempo podrán leer, hablar, realizar manualidades...

El nivel de actividad se estipulará dependiendo de las necesidades de cada paciente. Sin embargo, al inicio del tratamiento la actividad física no estará permitida y, conforme avance su recuperación, se permitirá la realización de actividad física suave (siempre bajo supervisión) como pasear, hacer yoga, jardinería, estiramientos...

D) ACTIVIDADES Y HORARIO

- **8h-9h:** hora de despertar, aseo y cuidados enfermería.
- **9h-10h:** desayuno.
- **10h-11h:** reposo.
- **11h-12h:** terapia
- **12h-13h:** comida.
- **13h-15h:** reposo
- **15h-16h:** taller
- **16h-16:30h:** merienda.
- **16:30h-17h:** reposo
- **17h-19h:** tiempo libre.
- **19h-20h:** cena.
- **20h-21h:** tiempo libre en reposo
- **21h-21:30h:** snack
- **22h:** hora de dormir

E) TERAPIA

Durante el tiempo de hospitalización se establecerán una serie de objetivos ligados a las necesidades y metas individuales de cada paciente. Entre ellos se destaca el establecimiento de una alianza terapéutica con los pacientes a través de la Entrevista Motivacional. Habitualmente esta intervención será realizada en la propia habitación de la paciente. Una vez la situación cognitiva de la paciente lo permita, se iniciarán técnicas de Relajación (Imaginación Guiada y Relajación Muscular Progresiva) para reducir la ansiedad frente y tras las comidas, y la CRT/ CREST para mejorar sus habilidades sociales, autoestima, reconocimiento de emociones y aumentar su confianza en su capacidad para cambiar.

Así como se comenzará el tratamiento con FBT-ED y TCC con el objetivo de trabajar aquellos pensamientos irracionales, en concreto aquellos relacionados con el peso, la figura y la imagen corporal. Además, se trabajarán las trampas cognitivas y la resolución de problemas. Así mismo, se realizarán talleres que buscan promover una mejor comprensión de sí mismas, así como ayudarlas a ganar habilidades necesarias para su día a día, como aprender a cocinar, ir a hacer la compra solas, ir a comer a un restaurante con amigos...

Cuando llegue el momento, se preparará durante la terapia a la paciente para las salidas de fin de semana y, cuando alcance sus objetivos, para el alta hospitalaria. Y, por último, se trabajará la prevención de recaídas y, la continuación del tratamiento en un hospital de día o en un centro ambulatorio. Además, en el caso de que la paciente presentase un consumo de sustancias problemático previa hospitalización, deberá continuar con las pautas de tratamiento establecidas tras el alta para su total recuperación. Sin embargo, de no ser capaz de continuar con el protocolo establecido, deberá ser valorado el ingreso en una unidad especializada.

Por otro lado, se trabajará con los familiares en formato individual, grupal, en colaboración con sus hijas o, incluso, en las charlas de café previamente nombradas:

- Se proporcionará información sobre la paciente y la enfermedad. Esta será transmitida en un lenguaje sencillo y fácil de comprender.
- Comunicar las normas de alimentación y de comportamiento que deben establecer cuando la paciente esté en casa.
- Prevención de problemas tras el alta, ayudándoles a crear un clima socio-afectivo adecuado.
- Ofrecer apoyo emocional y responder a sus dudas con respecto a la paciente y su trastorno.

F) TALLERES

Durante la estancia hospitalaria se realizarán una serie de talleres como, por ejemplo, Mindfulness, aprender a cocinar, crochet, pintura, reconocimiento de emociones (anexo 3) ... Además, se trabajará la regulación emocional para aprender a autorregularse en aquellos momentos en los que se sientan abrumadas y que podrían desembocar en una situación de restricción/descontrol. Por ejemplo, uno de los talleres que se realizan se llama “**¿QUÉ ME RELAJA?**” (anexo 4).

En este taller se promueve no sólo el autoconocimiento, sino también la elaboración de una caja que contenga aquellas cosas que les resulten tranquilizadoras, y que las ayudarán a relajarse en aquellas situaciones en las que se sienten superadas por sus emociones y no son capaces de regularse con las técnicas aprendidas en terapia.

En esta sesión, primero se les ofrecerá psicoeducación afectivo-emocional y se les explicará cómo las emociones pueden influir en el comportamiento tanto con otros como hacia sí mismas. Además, se les dará una ficha que deben cumplimentar y que les permitirá mejorar su autoconocimiento en aquellos momentos en los que sienten pérdida de control (anexo 4).

Una vez completada la actividad, se procederá a la creación del Kit de Relajación, el cual será configurado según las necesidades y gustos de cada paciente, y podrá contener libros para colorear, aceites esenciales, pompas de jabón, flores secas, peluches...

Esta actividad será realizada en varios días, ya que deberán contar con tiempo para poder realizar la recolección de los objetos que conformarán su Kit. Además, la actividad será realizada bajo la supervisión de la psicóloga y el terapeuta ocupacional.

EVALUACIÓN

Evaluación de resultados

Un buen protocolo hospitalario debe ser capaz de adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente partiendo, desde un inicio, de un buen cribado y diagnóstico de la patología en cuestión, así como de sus comorbilidades. Además, todo proceso de implementación de un protocolo debe permitir evaluar tanto los resultados proximales como distales y, de esta forma, poder asegurar que resulta ser una intervención válida, eficaz y eficiente.

A continuación, se detallan las herramientas empleadas en el proceso:

- Como herramienta de cribado y diagnóstico se emplea la adaptación española de la versión breve del *Eating Disorder Inventory (EDI-3-RF)*, el cual evalúa el riesgo de padecer un TCA a través de 25 ítems repartidos en 3 escalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal.
- La evaluación de los hábitos y estilos de alimentación se realizará con la versión española, **S-EDE-Q** (Peláez-Fernández, Labrador y Raich), *del Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*, un cuestionario de autoinforme compuesto por 4 subescalas: Restricción dietética, Preocupación Alimentaria, Preocupación por el físico y Preocupación por el peso.
- Se empleará la versión española (Raich et al, 1996) *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Copper et al., 1987) para evaluar la Imagen Corporal. Este cuestionario consta de 34 ítems y evalúa los aspectos actitudinales de la imagen corporal: preocupación o insatisfacción por el peso y la figura. Además, resulta de elevada funcionalidad ya que permite discriminar entre personas sin problema de aquellas con preocupación por su imagen corporal o con un TCA.
- Como herramienta de evaluación del ajuste laboral y social se emplea el *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)* (Mundt, Marks et al., 2002). Este cuestionario consta de 5 ítems que permiten evaluar la capacidad de funcionamiento de la paciente en lo referente a su trabajo/estudios, manejo del hogar, ocio y relaciones personales o familiares. Además, debido a su sensibilidad, aporta información, si se precisa, sobre la severidad de la sintomatología ansioso-depresiva de la paciente.

- Para la evaluación de la calidad de vida de la paciente con AN emplearíamos *el Eating Disorder Quality of Life Scale (EDQLS)* compuesto por 40 ítems que miden 12 ámbitos (Cognitivo, Educativo/Vocacional, Familia/Relaciones cercanas, Relaciones con otros, Visión de Futuro, Apariencia, Ocio, Psicológico, Emocional, Valores y Creencias, Físico y Alimentación.) De esta forma podremos observar qué áreas de su vida precisan un mayor apoyo durante la intervención.
- Uno de los pilares fundamentales de la intervención reside en la autoestima de la paciente, la cual se evaluará con la *Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)* en su versión española (Martín Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007). El test consta de 10 preguntas que miden la consideración positiva o negativa que tienen sobre ellas mismas.
- Y, para finalizar, se debe evaluar la presencia de características TEA en la AN, para así poder adaptar la intervención a las necesidades individuales de cada paciente y, en el caso de la confirmación de un diagnóstico de TEA, proceder a la derivación del paciente al programa PEACE. La escala empleada para ello es el **ADOS-2**. La *Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo* en su versión española (Luque, 2015) es una prueba estandarizada y semiestructurada de la comunicación, interacción social, juego o uso imaginativo de materiales y las conductas restrictivas, repetitivas y estereotipadas. La evaluación se centra en la conducta social interactiva entre el examinador y la persona evaluada. En concreto será relevante la puntuación obtenida en el módulo 4, empleado en adolescentes y adultos con fluidez verbal, y compuesto por 15 partes (Tarea de construcción, contar un cuento de un libro, Descripción de una imagen, Conversación e informes, Trabajo o Escuela actual, Dificultades sociales y Molestias, Emociones, Tarea de demostración, Viñetas, Descanso, Vida diaria, Amistades y Matrimonio, Soledad, Planes e Ilusiones e, Inventarse una historia).

Evaluación del proceso

Debido a la importancia de emplear un protocolo eficaz, eficiente y, en definitiva, válido, deberemos realizar una valoración tanto del proceso como de los resultados.

En lo referente a la valoración del proceso, una vez las pacientes se encuentren lo suficientemente estables a nivel cognitivo se les solicitará, el último día de terapia de cada semana, que cumplimenten una pequeña encuesta en papel donde se les consultará

sobre su satisfacción con respecto a los miembros del equipo médico, las acomodaciones individuales realizadas, la valoración general de las sesiones y su bienestar global con respecto a la estancia hospitalaria y su recuperación. Además, se les solicitará rellenar de nuevo esta encuesta el día del alta.

Por ello, el “Cuestionario de Bienestar” estará dividido en cuatro apartados:

1. Satisfacción con el equipo Médico
2. Acomodaciones
3. Valoración de las Sesiones
4. Bienestar Global

Cada apartado se presenta con formato de escala Likert (1 al 5) donde podrán valorar su nivel de satisfacción en cada una de las áreas. Además, se incorporará en pequeño recuadro al final por si quieren añadir alguna sugerencia

Por otro lado, para evaluar la eficacia a largo plazo del protocolo se deberá hacer un seguimiento de al menos dos años de las pacientes, donde se computará el número de recaídas y muertes. Además, sería interesante tener en consideración la reaparición de sintomatología alimentaria o de otro trastorno comórbido (depresión, ansiedad, ideación suicida...) así como su nivel de bienestar emocional, cognitivo y social.

Conclusiones

Con la presentación de este trabajo se pretende visibilizar la contradicción existente entre las últimas investigaciones y los vigentes protocolos de hospitalización españoles para TCA, los cuales no están adaptados a los resultados obtenidos en las investigaciones de los últimos años. Del mismo modo, las subsecuentes quejas por parte de los pacientes de esta unidad, tampoco parecen causar un impacto en las prácticas llevadas a cabo en el ámbito hospitalario.

Los resultados de los protocolos hospitalarios existentes indican una escasa tasa de mejoría, siendo esta de entre un 30-50% y una tasa de recaída cercana al 50% durante el primer año tras el alta hospitalaria (Nieto, 2023). Estos datos parecen apuntar hacia una problemática, por ello, con la presentación de este protocolo se pretende solventar, o al menos visibilizar, las carencias observadas en los programas de hospitalización.

Resulta imprescindible resaltar lo novedoso del protocolo aquí expuesto. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la falta de implementación en lo referente a este ámbito de estudio, ya que actualmente sólo se cuenta con pequeñas investigaciones que, aunque arrojan datos muy favorables, no han sido probados todavía en la práctica clínica.

Además, la elección de realizar un protocolo con unos medios necesarios tan específicos e individualizados implica la necesidad de contar, ya no sólo con una infraestructura y materiales extensos y caros, sino también con un amplio personal para poder cubrir todas las áreas que implican este tipo de intervención. Factores a tener en cuenta como potenciales obstáculos en la implementación de un protocolo como este. Del mismo modo, resulta necesario resaltar la dificultad de trabajar con un grupo tan específico de pacientes, las cuales presentan un elevado enmascaramiento de su sintomatología tanto en AN como TEA, lo cual dificulta su diagnóstico y adaptación de las intervenciones a sus necesidades particulares.

Por lo tanto, con este trabajo se abre una vía de investigación acerca de la presencia de características autistas en la AN y su consiguiente impacto en los tratamientos actuales, así como en la validación y adaptación de las pruebas empleadas en la población objetivo de este trabajo.

Por otro lado, sería beneficiosa la implementación de una intervención piloto para valorar la potencial eficacia de este protocolo y, consecuentemente, solucionar aquellas carencias detectadas durante su evaluación. Así mismo, sería necesaria la adaptación del protocolo a mujeres con discapacidad, con un mayor rango de edad (13-65 años) y a los hombres, los cuales no fueron incluidos en el protocolo por falta de estudios realizados en este campo.

Teniendo en cuenta los abundantes estudios sobre la relación entre AN y la presencia de características autistas o incluso TEA, resulta llamativa la falta de recursos validados, sobre todo en castellano, a los que estas mujeres y los propios miembros del equipo médico pueden acceder. Hecho que podría explicar, aunque no justificar, la falta de renovación y adaptación de los protocolos hospitalarios a los últimos descubrimientos realizados en este campo de investigación.

Por ello, resulta de vital importancia, y todavía más tras el creciente diagnóstico de TCA (SEUP, 2021), la adecuación de los servicios a las necesidades específicas de este grupo, así como de la traducción y validación de los recursos ya empleados por otros países con resultados sustancialmente favorables.

¿Qué es la anorexia?

Es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por

- Peso corporal anormalmente bajo
- Miedo a aumentar de peso o convertirse en obesa
- Percepción distorsionada del peso y la figura.

¿En qué afecta la anorexia?

La anorexia es un trastorno que se relaciona con un deterioro a nivel:

- Psicológico
- Fisiológico
- Cognitivo
- Social

Bienvenida a la Unidad

"En cualquier momento, puede cambiar fácilmente el texto de cualquier sección de este documento simplemente haciendo clic y escribiendo."

UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA

SESPA



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

¿Qué esperar del tratamiento?

Trato cooperativo para conseguir aquellos objetivos que te propongas, al mismo tiempo que se promueve una mejora en tu salud:

- Física: mediante la realimentación y tratamiento adecuado
- Mental: a través de terapia y talleres.



En la Unidad contarás con tu propia habitación individual. En cada habitación hay una cama, un armario, un escritorio y un baño. Además, existen salas comunes donde poder pasar tu tiempo libre.



Horario de la Unidad

- 8h-9h: aseo y cuidados enfermería.
- 9h-10h: desayuno.
- 10h-11h: reposo.
- 11h-12h: terapia
- 12h-13h: comida.
- 13h-15h: reposo
- 15h-16h: taller
- 16h-16:30h: merienda.
- 16:30h-17h: reposo
- 17h-19h: tiempo libre.
- 19h-20h: cena.
- 20h-21h: tiempo libre en reposo
- 21h-21:30h: snack
- 22h: hora de dormir



¿Qué puedes traer al hospital?

- Ropa: cómoda, ancha y caliente.
- **Objetos personales:** fotografías, peluches, mantas, almohadas y/o libros.
- **Medicación actual:** será guardada por el personal médico y dispensada cuando sea necesario.

Plan de Realimentación

Durante el tratamiento recibirás una alimentación personalizada y adaptada a tus necesidades y preferencias. Si tu alimentación no es con sonda nasogástrica, podrás escoger entre una pequeña variedad de platos en cada comida. Contando, de ser necesario, con un menú de rescate para aquellos días en los que no te ves capaz de seguir tu plan de alimentación establecido.



¿Qué esperar del primer día en la Unidad?

- Presentación del equipo médico que llevará tu caso y chequeo inicial.
 - Si no has recibido este documento se te proporcionará uno, junto al pasaporte de comunicación que completaras junto al psicólogo.
- Se te dará un tiempo para que te instales en la que será tu habitación durante el tratamiento, una vez tu equipaje ha sido registrado para asegurarnos de que no llevas nada que contradiga la normativa de la unidad.
- Presentación del tratamiento y plan de realimentación.



Talleres

Como parte de la terapia participarás en una serie de talleres como, por ejemplo, la creación de un "Kit de Emergencia", para aquellos momentos en los que te ves superada por tus emociones, clases de cocina o un taller de Mindfulness.



Además, en tu tiempo libre podrás pintar, hacer cerámica, punto de cruz, tejer, hacer puzles, tareas de clase...



Anexo 2

Fecha:

Mi Pasaporte de Comunicación



Cosas que necesitas saber sobre mí

Hola

Mi nombre es



Cómo me gustaría que te comunicases conmigo (hablado, escrito, imágenes...):



Mis necesidades sensoriales (sabores suaves, reducción de ruido, luz tenue...):



Mis intereses y fortalezas:



Otras cosas que deberías saber sobre mí:



Cosas que detesto o me resultan difíciles y cómo puedes ayudarme:



Otras formas en las que me puedes ayudar a sentirme mejor:

Reconociendo Emociones

Emoción: _____

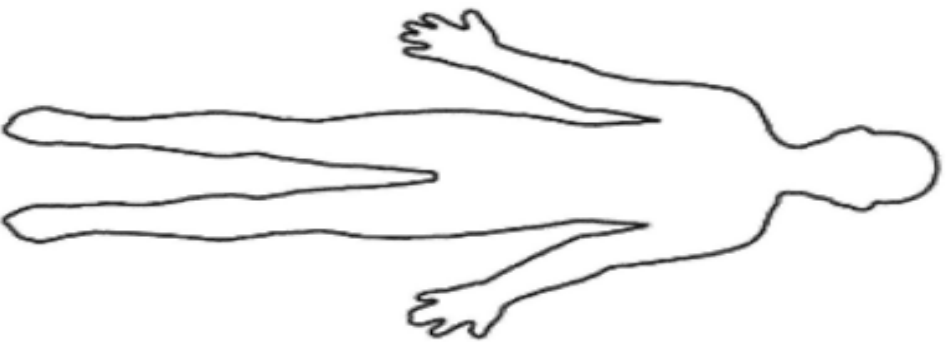


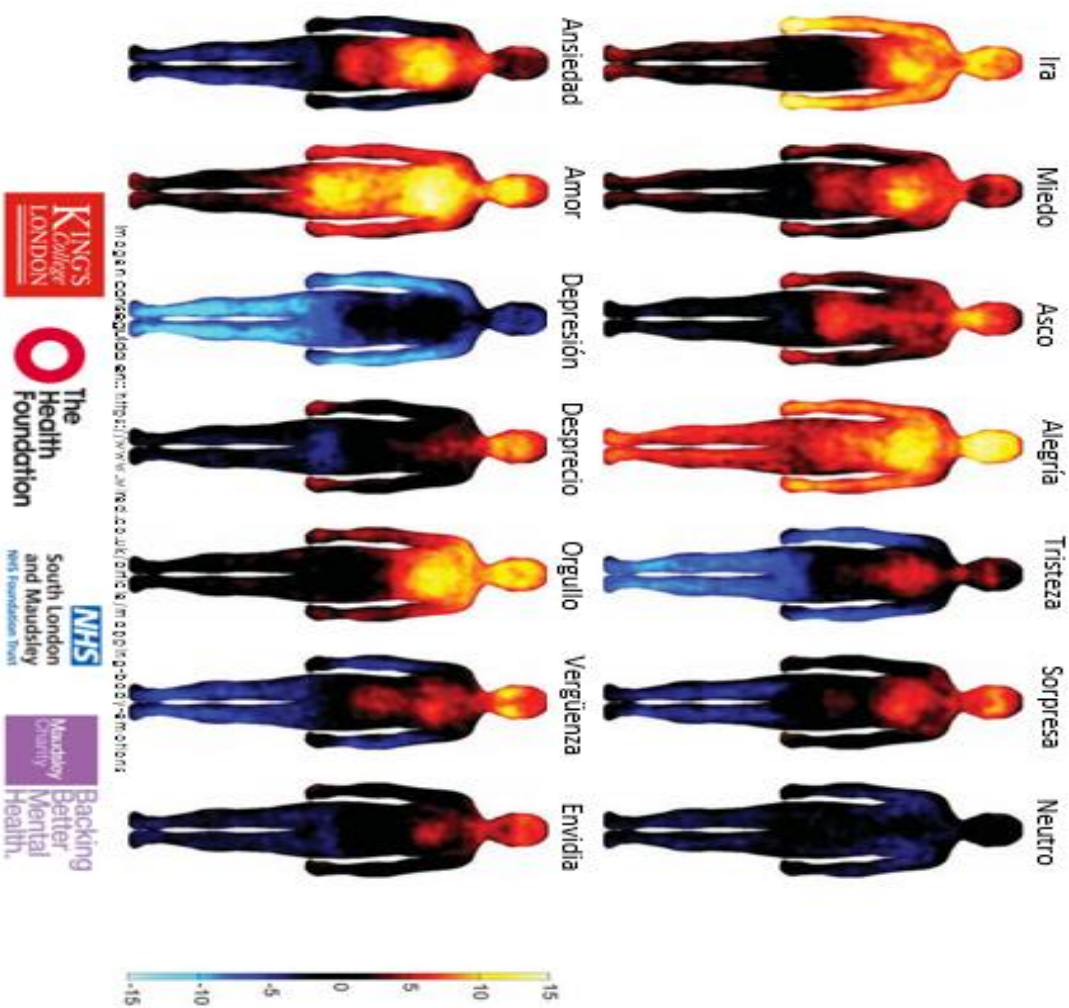
Imagen conseguida de: <http://www.gutenberg.org/files/18920/18920.jpg>

Nivel	Situación o cosa que provocó la emoción	Cómo la sentí en mi cuerpo	Pensamientos que tengo	Qué hago cuando siento esta emoción	Qué puedo hacer para manejar esta emoción de forma diferente
5					
4					
3					
2					
1					



Anexo 3

Se han dibujado mapas de la localización corporal donde la gente experimenta emociones básicas (parte superior) y emociones complejas (parte inferior). Los colores cálidos simbolizan el área donde se experimenta la emoción. Los colores fríos señalan aquellas regiones que se encuentran desactivadas durante la emoción





¿QUÉ ME RELAJA?

A veces las cosas no salen como esperábamos, puede aparecer un problema imprevisto, puede suceder algo que se escapa a nuestro control o simplemente no sabemos identificar cuál ha sido el problema. Ser capaces de manejar situaciones emocionalmente estresantes puede ser una tarea difícil, tanto para ti como para quienes te rodean. Por eso, completar esta plantilla puede ayudarte a manejar tus emociones cuando te sientes superada y, ayudar a tus seres queridos a saber cómo apoyarte cuando estás abrumada.

¿Qué me gusta oír cuando estoy abrumada?

Ej.: mi canción favorita, ruido blanco, silencio...

¿Qué me gusta oler?

Ej.: la colonia de mi madre, lavanda...

¿Qué me gusta tocar?

Ej.: mi peluche favorito, una manta suave...

¿Qué me gusta ver?

Ej.: una fotografía de mi perro, un bosque...

¿Con quién quiero estar?

Ej.: mi gato, mi amiga Julia, sola...

¿Qué me gusta que la gente me diga?

Ej.: me gusta que validen mis emociones, quiero que me escuchen...

Referencias

- Adamson, J., Leppänen, J., Murin, M., & Tchanturia, K. (2018). Effectiveness of emotional skills training for patients with anorexia nervosa with autistic symptoms in group and individual format. *European Eating Disorders Review*, 26(4), 367–375. <https://doi.org/10.1002/erv.2594>
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- APA (2023) *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424865>
- Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C., Nadkarni, P., MacNeil, B. A., & Hawken, E. R. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 273, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.007>
- Barnett, A., Edwards, K. M., Harper, R. A., Evans, E. H., Alexander, D., Choudhary, M., & Richards, G. (2020). The association between autistic traits and disordered eating is moderated by sex/gender and independent of anxiety and depression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(6), 1866–1879. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04669-z>
- Beato, L., Díaz, P., & Soriano García Muñoz, A. (2002). Protocolo de actuación de enfermería en una unidad de tratamiento para los trastornos del comportamiento alimentario: unidad de trastornos alimentarios. *Anales De Psiquiatría*, 18(4), 170–175.
- Bruch, H. (1974). Perils of behavior modification in treatment of anorexia nervosa. *JAMA*, 230(10), Article 1419. <https://doi.org/10.1001/jama.1974.03240100037024>

- Claes, L., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J. V., Moussa, M. B., Sánchez, I., Forcano, L., Thalmann, N. M., Konstantas, D., Overby, M. L., Nielsen, J., Bults, R., Granero, R., Lam, T., Καλαπανίδας, H., Treasure, J., & Fernández-Aranda, F. (2012). The facial and subjective emotional reaction in response to a video game designed to train emotional regulation (Playmancer). *European Eating Disorders Review*, 20(6), 484–489.
<https://doi.org/10.1002/erv.2212>
- Claudat, K., Brown, T. A., Anderson, L. K., Bongiorno, G., Berner, L. A., Reilly, E. E., Luo, T., Orloff, N. C., & Kaye, W. H. (2020). Correlates of co-occurring eating disorders and substance use disorders: a case for dialectical behavior therapy. *Eating Disorders*, 28(2), 142–156. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1740913>
- Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(5), 307–316.
<https://doi.org/10.1002/erv.587>
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Shapira, L. B. (2010). Mindfulness-Action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17–33. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533603>
- Dandil, Y., Baillie, C., & Tchanturia, K. (2019). Cognitive Remediation therapy as a feasible treatment for a young person with anorexia nervosa and autism spectrum Disorder comorbidity: A case study. *Clinical Case Studies*, 19(2), 115–132.
<https://doi.org/10.1177/1534650119890425>
- Dandil, Y., Smith, K. A., Adamson, J., & Tchanturia, K. (2019). Individual cognitive remediation therapy benefits for patients with anorexia nervosa and high autistic features. *European Eating Disorders Review*, 28(1), 87–91.
<https://doi.org/10.1002/erv.2707>
- Dapelo, M. M., Bodas, S., Morris, R. G., & Tchanturia, K. (2016). Deliberately generated and imitated facial expressions of emotions in people with eating disorders. *Journal of Affective Disorders*, 191, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.044>

- Dapelo, M. M., Hart, S., Hale, C., Morris, R. G., Lynch, T. R., & Tchanturia, K. (2015). Facial expression of positive emotions in individuals with eating disorders. *Psychiatry Research*, 230(1), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.019>
- Davies, H., Schmidt, U., Ståhl, D., & Tchanturia, K. (2010). Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 531–539. <https://doi.org/10.1002/eat.20852>
- Davies, H., Wolz, I., Leppänen, J., Fernández-Aranda, F., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2016). Facial expression to emotional stimuli in non-psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 64, 252–271. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.02.015>
- Devoe, D. J., Dimitropoulos, G., Anderson, A., Bahji, A., Flanagan, J., Soumbasis, A., Patten, S. B., Lange, T., & Paslakis, G. (2021). The prevalence of substance use disorders and substance use in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00516-3>
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, B. T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179–187. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-9-67>
- Geller, J., Fernandes, A., Kelly, A. C., Samson, L., & Srikameswaran, S. (2023). Collaborative care in eating disorders treatment: exploring the role of clinician distress, self-compassion, and compassion for others. *Journal of Eating Disorders*, 11(1) 57. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00741-y>
- Geller, J., Fernandes, A., Srikameswaran, S., Pullmer, R., & Marshall, S. K. (2021). The power of feeling seen: perspectives of individuals with eating disorders on receiving validation. *Journal of Eating Disorders*, 9(1) 149. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00500-x>

- Geller, J., Maiolino, N., Samson, L., & Srikameswaran, S. (2019). Is experiencing care as collaborative associated with enhanced outcomes in inpatient eating disorders treatment? *Eating Disorders*, 29(5), 539–549. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1695452>
- 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, I. C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Gillberg, C. (2009). Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(4), 358–365. <https://doi.org/10.1080/13803390903066857>
- Gómez-Candela, C., Milla, S. P., Miján-De-La-Torre, A., Ortega, P. R., Martín, P., Loria-Kohen, V., Del Portillo, R. C., Martín-Palmero, Á., Casas, M., Olmos, M., Álvarez, M. a. T. M., & Alija, M. J. C. (2017). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutricion Hospitalaria*, 35(2). <https://doi.org/10.20960/nh.1561>
- Gowers, S., Weetman, J., Shore, A., Hossain, F., & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176(2), 138–141. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.2.138>
- Greenbaum, H. (2019). Guided Imagery and Progressive Muscle Relaxation in Group Psychotherapy. *The George Washington University*.
- Harrison, A., Mountford, V., & Tchanturia, K. (2014). Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders. *Psychiatry Research*, 218(1–2), 187–194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.007>
- Hay, P., Chinn, D. J., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
- Instituto Nacional De La Salud. (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario*.

- Isserlin, L., Spettigue, W., Norris, M. L., & Couturier, J. (2020). Outcomes of inpatient psychological treatments for children and adolescents with eating disorders at time of discharge: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00307-2>
- Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 51(2), 205–218. <https://doi.org/10.12740/pp/64580>
- Jansingh, A., Danner, U. N., Hoek, H. W., & Elburg, A. (2020). Developments in the psychological treatment of anorexia nervosa and their implications for daily practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 534–541. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000642>
- Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. (2018). Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(15), 2477–2491. <https://doi.org/10.1017/s0033291718000752>
- Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. (2019). Cognitive and Affective Empathy in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00102>
- Kerr-Gaffney, J., Hayward, H., Jones, E. J., Halls, D., Murphy, D., & Tchanturia, K. (2021). Autism symptoms in anorexia nervosa: a comparative study with females with autism spectrum disorder. *Molecular Autism*, 12(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13229-021-00455-5>
- Korownyk, C., Perry, D., Ton, J., Kolber, M. R., Garrison, S., Thomas, B., Allan, G. M., Dugré, N., Finley, C. R., Ting, R., Yang, P. R., Vandermeer, B., & Lindblad, A. J. (2019). Opioid use disorder in primary care: PEER umbrella systematic review of systematic reviews. *PubMed*, 65(5), 194–206. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31088885>
- Lang, K., Roberts, M., Harrison, A., López, C., Goddard, E., Khondoker, M., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2016). Central Coherence in Eating Disorders: A synthesis of studies using the Rey Osterrieth Complex Figure Test. *PLOS ONE*, 11(11), e0165467. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165467>

- Leppänen, J., Sedgewick, F., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2018). Differences in the Theory of Mind profiles of patients with anorexia nervosa and individuals on the autism spectrum: A meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *90*, 146–163. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.009>
- Mandy, W., & 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>
- McAleavey, K. (2008). Ten years of treating eating disorders: what have we learned? A personal perspective on the application of 12-step and wellness programs. *Advances in Mind-body Medicine*, *23*(2), 18–26. <https://europepmc.org/article/MED/20664141>
- Mills, E. J., Wu, P., Lockhart, I., Thorlund, K., Puhan, M. A., & Ebbert, J. O. (2012). Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Annals of Medicine*, *44*(6), 588–597. <https://doi.org/10.3109/07853890.2012.705016>
- Murray, S. B., Labuschagne, Z., & Grange, D. L. (2014). Family and couples therapy for eating disorders, substance use disorders, and addictions. En *Springer eBooks*, 563–586. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6_26
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). Eating disorders: recognition and treatment. *NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568394/>
- Nieto, C. (2023). Ejercicio físico y anorexia: una potencial herramienta en la recuperación de los pacientes - *Psicologia i Ciències de l'Educació. Psicologia I Ciències De L'Educació*. <https://blogs.uoc.edu/epce/es/ejercicio-fisico-tratamiento-anorexia-herramienta-recuperacion-pacientes/>
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Ståhl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *35*(3), 970–988. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.001>

- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K., & Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review*, *19*(6), 462–474. <https://doi.org/10.1002/erv.1069>
- Raeuori, A., Keski-Rahkonen, A., & Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(6), 426–430. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000113>
- Rankin, R. M., Conti, J., Ramjan, L. M., & Hay, P. (2023). A systematic review of people's lived experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa: living in a “bubble.” *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00820-0>
- Roberts, M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2012). Is attention to detail a similarly strong candidate endophenotype for anorexia nervosa and bulimia nervosa? *The World Journal of Biological Psychiatry*, *14*(6), 452–463. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.639804>
- Robinson, P., & Jones, W. R. (2018). MARSIPAN: management of really sick patients with anorexia nervosa. *BJPsych Advances*, *24*(1), 20–32. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.2>
- Sedgewick, F., Kerr-Gaffney, J., Leppänen, J., & Tchanturia, K. (2019). Anorexia nervosa, autism, and the ADOS: How appropriate is the new algorithm in identifying cases? *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00507>
- Shelley E. B. R. (1997). Anorexics on anorexia. En *CiNii Books*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA34868107>
- Tantillo, M., McGraw, J. S., Grange, D. L., Caruana, S., & Bieber, M. (2020). Multifamily Therapy Group for Young Adults with Anorexia Nervosa. En *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780429460364>
- Tchanturia, K. (2022). The link between autism spectrum and eating disorders. *PEACE Pathway Conference, London, UK*. <https://www.peacepathway.org/download/36>
- Tchanturia, K., Adamson, J., Leppänen, J., & 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/10.1177/1362361317722431>
- Tchanturia, K., Baillie, C., Biggs, C. L., Carr, A., Harrison, A., Li, Z., McFie, C., Oyeleye, O., & Toloza, C. (2021). Sensory wellbeing workshops for inpatient and day-care patients with anorexia nervosa. *Neuropsychiatry*, *36*(2), 51–59. <https://doi.org/10.1007/s40211-021-00392-y>

- Tchanturia, K., Davies, H., Harrison, A., Fox, J. R. E., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Altered social hedonic processing in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(8), 962–969. <https://doi.org/10.1002/eat.22032>
- Tchanturia, K., Doris, E., Mountford, V., & Fleming, C. (2015). Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0434-9>
- Tchanturia, K., Giombini, L., Leppänen, J., & Kinnaird, E. (2017). Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. *European Eating Disorders Review*, *25*(4), 227–236. <https://doi.org/10.1002/erv.2522>
- Tchanturia, K., Hambrook, D., Curtis, H., Jones, T., Lounes, N., Fenn, K., Keyes, A., Stevenson, L., & Davies, H. (2013). Work and social adjustment in patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(1), 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.03.014>
- Tchanturia, K., Lloyd, S., & 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., Smith, K. A., Glennon, D., & Burhouse, A. (2020). Towards an improved understanding of the anorexia nervosa and autism spectrum comorbidity: PEACE Pathway Implementation. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00640>
- Toro, J. (2004). Hospitalización en Anorexia Nerviosa (Reflexiones desde la experiencia). *Psicología Conductual*, *12*(3), 637–651.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2007). Skills-based Learning for Caring for a Loved One with an Eating Disorder. En *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203945896>
- Utay, J., & Miller, M. (2006). Guided Imagery as an Effective Therapeutic technique: A brief review of its history and efficacy research. *Journal of Instructional Psychology*, *33*(1), 40–44. <https://eric.ed.gov/?id=EJ732730>

- Van Eeden, A. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000739>
- Westwood, H., Ståhl, D., Mandy, W., & Tchanturia, K. (2016a). The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(9), 1809–1827. <https://doi.org/10.1017/s0033291716000581>
- Westwood, H., & 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>
- Williams, K. (2021). Adapting Ward Food Service to Support Treatment and Recovery. *PEACE Pathway Conference, London, UK*. <https://www.peacepathway.org/download/24>