

ARBADA

Difusión gratuita
REVISTA N° 1
INVIERNO DE 2001



ARBADA

Asociación Aragonesa
de Familiares de Enfermos
con Trastornos de la Con-
ducta Alimentaria: ANOREXIA y BULIMIA

P° Sagasta n° 51, 5° Izda. Zaragoza
Teléfono 976 38 95 75

FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE AYUDA Y LUCHA CONTRA LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSAS

En el pasado número de nuestra revista os contábamos, en nuestro artículo titulado “Arbada una pequeña historia”, cual ha sido el motivo de nuestro nacimiento, quienes éramos y cual era nuestra meta, ese objetivo que nos había unido y por el que íbamos a luchar sin descanso.

Aunque no todo lo rápido que sería deseable, vamos avanzando mediante diferentes vías hacia lo que consideramos que es un gran salto hacia delante para todos los que, de alguna manera, nos vemos implicados en este problema, y para toda la sociedad en general y es conseguir ser escuchados; más que eso, conseguir una concienciación social masiva de lo que suponen estas plagas relacionadas con los TCA.

Al igual que sucedía en Zaragoza, en otras Ciudades y Comunidades Autónomas habían nacido, o lo estaban haciendo, unas asociaciones con los mismos objetivos que “Arbada”.

El nivel de actuación de estas Asociaciones, en la mayoría de las mismas, es de ámbito local, provincial o autonómico. Algunas veces se observa que, en ciertas circunstancias y con el fin de obtener unos resultados mucho más positivos, sería necesaria que dicha actuación se hiciera a otros niveles mucho más amplios.

Por todo lo anteriormente expuesto y fruto del trabajo realizado en el II Congreso de Asociaciones, celebrado en Barcelona el 03 de julio de 1999, se fomenta la constitución de una Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia Nerviosas. El acta fundacional, de dicha federación, se firma en Madrid, el día 11 de diciembre de 1999, por parte de las siguientes asociaciones:

AVALCAB – Valencia
ACABE – Vitoria
ACABE – Vizcaya
ACABE - Guipúzcoa
ACAB – La Rioja
ABAN – Navarra
ARBADA – Zaragoza
ASACAB – Almería
ACAB – Barcelona

Los objetivos de dicha federación, tal como se indica en su artículo 5º, son:

- . Sumar los esfuerzos de prevención que ya están realizando cada una de las asociaciones.
- . Promover la existencia de las soluciones socio-sanitarias y educativas adecuadas y suficientes para la prevención y tratamiento de estas enfermedades.
- . Intercambiar experiencias, soluciones.
- . Promover la existencia de códigos de buenas practicas, tanto para las asociaciones como para otros colectivos: medios de comunicación, comercio, etc.
- . Coordinar y representar a las Asociaciones ante las:
 - . Administraciones competentes tanto a nivel nacional como internacional.
 - . Asociaciones vinculadas a la problemática, tanto a nivel nacional como internacional.
 - . Asociaciones científicas.
 - . Medios de comunicación social.
 - . Colectivos empresariales y profesionales.
 - . Toda la sociedad española en general.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia Nerviosas

SUMARIO

| | |
|---------------------------------------|---------|
| Federación Española de Asociaciones | pág. 2 |
| Comparecencia en las Cortes de Aragón | pág. 4 |
| Entrevista al Dr. Turón | pág. 7 |
| Nuevo Hospital de Día | pág. 10 |
| Vivencias | pág. 13 |
| Espacio Abierto | pág. 14 |
| Acuerdo Universidad de Zaragoza | pág. 15 |

ARBADA, nuestra revista, nuestra Asociación, sigue adelante en este cauce de ilusión y de trabajo compartido.

Con esta nueva entrega nos reafirmamos en lo mismo, en las ganas y en el deseo de prevenir los Transtornos de la Conducta Alimentaria, de entenderlos y de superarlos.

¡NUEVO HORARIO!

**De lunes a viernes
De 9,30 a 13,30 horas
De 17 a 21 horas**

RELACION DE ASOCIACIONES DE AYUDA Y LUCHA CONTRA LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

ANDALUCÍA

ALMERIA - ASACAB Tfno. 950-235500
CORDOBA - ADANER Tfno. 957-480603
GRANADA - ADANER Tfno. 958-523523
HUELVA - ADANER Tfno. 959-246756
MALAGA - ADANER Tfno. 952-296347
SEVILLA - ADANER Tfno. 954-450341

ARAGON

ZARAGOZA - ARBADA Tfno. 976-389575

ASTURIAS

OVIEDO - ADANER Tfno. 985-277395

BALEARES

MENORCA - ASAB Tfno. 971-364897
PALMA - ACABB Tfno. 971-469000

CANARIAS

STA CRUZ - ALABENTE Tfno. 922-641206

CANTABRIA

SANTANDER - ADANER Tfno. 942-392336

CASTILLA - LEON

BURGOS - ADEFAB Tfno. 947-220137
SALAMANCA - ASTRA Tfno. 923-265246
VALLADOLID - CETRAS Tfno. 983-310285

CASTILLA - LA MANCHA

ALBACETE - ADANER Tfno. 967-247431
CIUDAD REAL - ADANER Tfno. 926-255377
TALAVERA DE REINA Tfno. 607-185185

CATALUÑA

BARCELONA - ACAB Tfno. 902-116986
GERONA - ACAB Tfno. 972-241640
LERIDA - ACAB Tfno. 973-237490
TARRAGONA - ACAB Tfno. 636-953706

EXTREMADURA

BADAJOS - ADETAEX Tfno. 924-235667
CACERES - ADETAEX Tfno. 927-210750
CACERES - VIDA CONS. Tfno. 689-086657

GALICIA

LA CORUÑA - ABAG Tfno. 981-223792
LA CORUÑA - ADANER Tfno. 630-415588
VIGO - ABAP Tfno. 986-436541

LA RIOJA

NAJERA - ACAB Tfno. 941-361661

MADRID

ALCALA HENARES Tfno. 91-8894022
ALCOBENDAS - ANMAB Tfno. 91-6543199
GETAFE - Asoc. Mujeres Tfno. 91-6837070
MADRID - ADANER Tfno. 91-5770261
MADRID - AETCA Tfno. 91-3593735
MOSTOLES - ANTARES Tfno. 91-6171652
MOSTOLES - ASMAB Tfno. 91-6462369

MURCIA

MURCIA - ADANER Tfno. 968-213233

NAVARRA

PAMPLONA . ABAN Tfno. 948-262163

PAIS VASCO

BARACALDO - ADANER Tfno. 944-630605
BILBAO - ACABE Tfno. 944-756642
BILBAO - ADANER Tfno. 944-630605
BILBAO - ALDAKUNTZA Tfno. 349-442639
SAN SEBASTIAN - Tfno. 943-312447
VITORIA - ACABE Tfno. 945-242578

VALENCIA

ALICANTE - ACABA Tfno. 965-259460
VALENCIA - AVALCAB Tfno. 629-639182
Tfno. 96-3843504

ACTUALIDAD

COMPARECENCIA DE ARBADA EN LAS CORTES DE ARAGÓN

está integrada, actualmente, por 17 Asociaciones y 10.000 familias.

A petición de nuestra Asociación, el día 24 de mayo de 2000 tuvo lugar una comparecencia de Arbada ante la Comisión de Sanidad y Bienestar Social de las Cortes de Aragón, con el objeto de exponer ante los representantes de todo el pueblo aragonés la situación de las familias y de las personas afectadas por Transtornos de Conducta

“Es necesario intensificar los tres niveles clásicos de prevención”

Alimentaria.

En primer lugar, **M^a Carmen Galindo Ortiz de Landázuri (Presidenta de Arbada)**, realizó una exposición referida a la breve historia de la Asociación, desde las reuniones y deliberaciones previas a su constitución en marzo de 1997, su ubicación y sus objetivos como son:

- Ayudar a las familias que tienen un enfermo, orientándolas.
- Acompañarlas desde sus grupos de autoayuda, de atención individual en momentos de crisis

- Organizando ciclos de conferencias y charlas informativas sobre avances y diversas manifestaciones de TCA, que pueden ayudar a comprender mejor el momento que atraviesan.

También puso en conocimiento de sus Señorías la elaboración de un Protocolo para médicos de Atención Primaria que ha salido del trabajo entre representantes del Gobierno Autónomo, Insalud y la propia Asociación, coordinados por el Dr. Velilla, con el fin de poner en marcha un Plan de atención a los TCA que cuente con el debido apoyo institucional.

El **Dr. D. José Mariano Velilla Picazo (Psiquiatra Infanto juvenil)**, pasó a exponer la importancia sanitaria del problema ante la alarmante constatación del aumento de solicitudes de consulta médica, como la amplitud de edades de inicio que tiende a ser más precoz (incluso en edad prepuberal) y también más tardía en la edad adulta (por debajo y por encima de la banda de edad 13-23 años). El número de varones tiende a aumentar discretamente, por encima del 10% hasta ahora invariable.

Habló de intensificar los tres niveles clásicos de Prevención:

Prevención Primaria.

Son enfermedades multicausales en las que se implican factores individuales bio-

lógicos (genéticos) y psicológicos, y factores ambientales.

Por tanto cree necesario potenciar los trabajos de **Investigación**, la **información** a diferentes colectivos sobre la enfermedad, **formación** a padres, profesores y agentes de salud, **promover hábitos** de alimentación sanos y aceptación de parámetros de talla y peso saludables, fomentar la actividad deportiva y el ejercicio físico de manera correcta y controlada.

En definitiva transmitir valores positivos que afiancen y mejoren la **AUTOESTIMA**, factor psicológico de mayor vulnerabilidad para desarrollar un TCA.

Prevención Secundaria.

Un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz en el menor tiempo posible.

A este respecto el Protocolo de Diagnóstico dirigido a Atención Primaria, sería de una gran validez si tiene la difusión adecuada entre sus profesionales.

Hizo hincapié en la Atención Especializada que debe contar con **Personal suficiente, Espacios adecuados y Tiempo necesario.**

Resaltó la necesidad de una formación específica en TCA del personal sanitario, así como el uso de una Guía Clínica permitiendo a los profesionales una actuación coordinada y consensuada.

En las Unidades de Referencia que desarrollen programas específicos de atención a TCA, son fundamentales la docencia y la investigación.



Comparencia en las Cortes.

Señaló que del correcto funcionamiento en la atención ambulatoria y Hospital de Día, depende en gran medida la reducción de ingresos hospitalarios.

Prevención Terciaria.

Atenuar las complicaciones psicofísicas y sociales producidas por la enfermedad y prevenir las recaídas.

Los tres puntos de Prevención gozarán de mayor eficacia si se dispone de la red adecuada que cuente con la suficiente dotación de recursos, siendo un apoyo de especial importancia, las actuaciones de las asociaciones de familiares de enfermos.

A continuación como parte integrante del equipo técnico de Arbada y desde una perspectiva social, intervino **M^a Teresa Andrés (Trabajadora Social)**, que quiso poner de manifiesto el progresivo deterioro a nivel de participación en actividades sociales que sufren los afectados de TCA., con el consiguiente abandono de estudios, actividades de ocio, inestabilidad en el puesto de trabajo, sin olvidar el importante impacto en el sistema familiar.

En el caso de los TCA., se requiere de la familia una gran resistencia, dada la larga duración del proceso, el mantenimiento de niveles de equilibrio, serenidad, y capacidad

“Diseño de un Plan de Actuación, extensivo a las tres provincias “

de afrontamiento, que son casi imposibles de encontrar en la práctica o, cuando menos, de mantener en el tiempo sin contar con el apoyo necesario.

Si el peregrinaje en busca del profesional o profesionales idóneos para su tratamiento se alarga, el deterioro de la dinámica familiar, aleja a ésta del equilibrio tan necesario antes mencionado, arrastrando a sus miembros menos resistentes, a padecer patologías físicas y/o psíquicas.

Les informo del diseño de un Plan de Actuación, extensivo a las tres provincias aragonesas, compuesto por:

1.- Proyecto Básico de Atención a Nivel Asociativo.

Servicios de información, orientación y asesoramiento. Grupos de ayuda mutua, atención especial en situaciones de crisis, recaída o cronicidad.

Colaboración con instituciones, organismos, asociaciones y medios de comunicación.

2.- Programa de Prevención. Consta de tres niveles:

- *Primario.* Cursos y formación para divulgación y conocimiento de estos trastornos.

Apoyo técnico, coordinación, formación y asesoramiento a agentes sociales y mediadores juveniles que intervienen con grupos de riesgo y población juvenil.

- *Secundario.* Proyectos de investigación sobre prevalencia e incidencia en nuestra comunidad. Estudios sobre técnicas terapéuticas. Promoción de proyectos de investigación y protocolos de intervención a nivel multidisciplinar. Seguimiento de la población en riesgo.

- *Terciario.* Programas específicos de seguimiento, acompañamiento y rehabilitación que disminuyan el deterioro de la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando la enfermedad evoluciona hacia la cronicidad. Confiando en la positiva incidencia del programa propuesto, dio paso a la intervención de **Pablo Gaspar (familiar) con el tema de los TCA y la familia.**

Puso de relieve que la pérdida de peso, debilidad, abandono, falta de autoestima, pérdida de personalidad, desequilibrio a nivel de estudios, trabajo y ocio, etc., que persisten durante mucho tiempo afectan de una manera incesante al entorno familiar, surge el estrés y terminan por aparecer procesos depresivos que desembocan en rupturas a nivel conyugal, fraternal y/o parental, hasta el punto de hacer desaparecer la familia porque no se llega a entender la enfermedad.

Como consecuencia de todo esto en la Unidad de Apoyo para Familiares de Enfermos con TCA de la asociación Arbada, se reciben demandas en Aspectos Sanitarios, Aspectos Educativos y Aspectos Socioeconómicos.

Todas estas demandas pueden resumirse en la necesidad de invertir en investigación, promoción de profesionales sociosanitarios, atención a las peticiones de los familiares de enfermos con TCA dando una mayor respuesta institucional, que exigimos llegue por igual a las tres provincias aragonesas y por supuesto igual al medio rural y al urbano.

Estos esfuerzos no serán baldíos, Señorías, pues estamos hablando de la salud y el futuro de nuestros hijos.

Entrevista al Dr. Turón

Durante los días 18, 19, 20 y 21 de octubre del 2000 se ha celebrado en Zaragoza el V Congreso Nacional de Psiquiatría. Aprovechando dicho acontecimiento y las facilidades dadas, se hicieron entre otras una entrevista al Dr. Turón que publicamos en este número.

Agradecemos la colaboración que todos ellos nos prestaron.

A continuación les detallamos la entrevista mantenida, el día 18 de octubre de 2000, con el Dr. Turón (Doctor Jefe de la Unidad de T.C.A. del Hospital Bellvitge de Barcelona)

1.- ¿Puede describirnos brevemente, la evolución que han tenido los tratamientos de los TCA (Trastornos Conducta Alimentaria) en los últimos años?

A partir de 1975, con un notable retraso con el resto de Occidente, observamos un aumento muy importante de la prevalencia de la A.N. (Anorexia Nerviosa). En pocos años pasamos de pocos casos y casi anecdóticos a una situación de alarma. Hasta mediados de los años ochenta la situación se mantuvo así, y en nuestra Unidad de T.C.A. para pacientes adultos, veíamos 1 bulímica por cada 6-7 anoréxicas, pero a partir de finales de los 80 la situación se fue invirtiendo progresivamente

Desde 1995 aproximadamente hasta la actualidad no solo ha aumentado el número de B.N. (Bulimia Nerviosa), sino que hemos observado la aparición de mayor psicopatología asociada: ansiedad, depresión y problemas de control de los impulsos: adicción a sustancias, alcohol, robo, así como trastornos de personalidad.

También el perfil de la A.N. ha ido cambiando con los años, observando la presencia de rasgos de personalidad que antes no veíamos, así como cambios en las características demográficas: nivel social y cultural.

Las U.T.C.A. (Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria) de adultos en estos últimos años esta recibiendo una población enferma difícil y con psicopatología asociada muy importante.

2.- ¿Existen diferencias u homogeneidades de tratamiento entre las diferentes Comunidades Autónomas?

Aún conociendo la situación, más o menos, que se da en España, no tengo un juicio formado. Si sé que depende, en mi opinión, más de los equipos que de la situación entre las diferentes comunidades.



Las Unidades y equipos reconocidos por su dedicación a estas patologías venimos utilizando modelos terapéuticos similares: normalización biológica, recuperación ponderal, reestructuración cognitiva y restauración de relaciones familiares y sociales, así como tratamiento de la autoestima y la asertividad. La mayoría utilizamos tratamientos farmacológicos y técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, interpersonales y sistémicas.

Otros profesionales y otros grupos utilizan diferentes técnicas, pero tengo poca información ya que tienen poca presencia en congresos y en publicaciones.

Lo que sí es cierto es que los expertos a nivel internacional recomiendan procedimientos y modelos terapéuticos tal y como nosotros los aplicamos aquí.

3.- ¿Qué nuevas tendencias están surgiendo en el tratamiento de los TCA?

No han aparecido modelos de intervención terapéutica diferentes. Si se está poniendo un cierto énfasis en algunos aspectos de este tratamiento multidisciplinario; especialmente el tratamiento de la imagen corporal, la utilización de nuevos fármacos o una visión más crítica y agresiva en los programas de prevención.

Donde si hay novedades es en la investigación, especialmente en tres aspectos: conocimiento de los rasgos de personalidad que pueden predisponer a la enfermedad, detección de los factores de riesgo y protección de la AN y BN y, por último, los estudios genéticos, los cuales parece que hacen pensar en una predisposición genética a padecer ciertos trastornos entre ellos la AN.

4.- A veces, estos enfermos, tienen verdadera obsesión por algunos productos o bebidas (por ejemplo la Coca-Cola y los vinagres). ¿Qué influencias tienen estos productos y qué consecuencias pueden acarrear su consumo excesivo, tanto a corto como a largo plazo?

Hay una tradición en la cultura popular de que algunas sustancias o productos alimenticios inhiben el apetito, lo disminuyen o hacen que la absorción calórica sea menor. También se cree que cambiando el orden de los alimentos se reduce su contenido calórico. Con respecto a la Coca Cola y a los vinagres realmente no tienen capacidad para disminuir la absorción calórica de una dieta normal, sin embargo, la Coca Cola puede ser utilizada por su contenido en cafeína para inhibir el apetito, bien entendido que debe ser Coca Cola light, ya que en caso contrario también habría un aporte calórico. Se considera que los vinagres adelgazan pero no hay una base teórica que lo sustente demasiado. Claro está que la mezcla de ciertos alimentos puede provocar tránsitos rápidos o diarreas en cuyo caso este fin si está conseguido. En mayor o menor medida todas estas sustancias, si son utilizadas con la intención de que sean anorexígenas o purgativas, tienen influencia en el curso de los TCA y naturalmente pueden acarrear consecuencias físicas y psíquicas.

Hemos detectado en los últimos años que una gran parte de la población femenina adolescente está fumando excesivamente y no tanto por el placer de fumar como por el hecho de que la nicotina inhibe el apetito. Unos cuantos cigarrillos al mediodía puede que les inhiba y les "ahorre" la comida del mediodía. Aquí se suma el riesgo del adelgazamiento con las peligrosas consecuencias del uso del tabaco. Otra situación que hemos observado es que en ocasiones se llega a un abuso del alcohol buscando deliberadamente el vómito para vaciarse el estómago y así no absorber tantas calorías tras una noche de "juerga".

5.- Doctor Turón, como Vd. sabe, en Zaragoza se ha impulsado la creación de un Centro de Día para afectadas de anorexia. Desde nuestra Asociación celebramos ese gran paso. Sin embargo querríamos conocer su opinión respecto al hecho de que sea en los Centros Hospitalarios, y no desde la iniciativa social, desde donde se promuevan estos programas.

Me parece que a partir de la presión social se sensibiliza a los poderes públicos para que se creen unidades de tratamiento de los TCA. Al tratarse de una política sanitaria asistencial deberán radicar en centros hospitalarios. Las iniciativas sociales deben promover y sensibilizar a la población para que sea consciente de la necesidad de resolver estos problemas, pero es bueno que esta patología, como otras muchas, estén integradas en las redes asistenciales públicas. Mejor aún si lo están al mismo tiempo ligadas a la universidad y así se promueve una política de prevención asistencial y de investigación.

El Hospital de Día es el núcleo de las unidades de tratamiento de los TCA, que precisarán de camas hospitalarias y de consultas externas interrelacionadas con las redes sanitarias médicas y psiquiátricas. Creo que la sanidad pública puede y debe ofrecer estos servicios.

Yo siempre he defendido que estas unidades deben estar incluidas en los hospitales generales y menos en los hospitales psiquiátricos.

La existencia de unidades de estas características privadas ya existen y existirán, pero es bueno que puedan ofrecer todos los niveles asistenciales o que se vinculen de alguna manera con otros centros para ofrecerlos.

6.- Una paciente, ya en fase de recuperación avanzada, todavía encuentra situaciones en las que no acaba de sentirse segura de su curación. ¿Cuándo se podría considerar que el TCA está cronificado?

Los TCA, por las características de evolución y lo largo y dificultoso del tratamiento son por sí mismas enfermedades crónicas. Habitualmente un tratamiento en el mejor de los casos tiene una duración no inferior a los 24 meses y se aconsejan seguimientos, dependiendo de los autores, hasta un total de 3 a 5 años. Por tanto es lógico que la paciente durante un tiempo bastante prolongado no acabe de sentirse completamente curada. En esta situación de visitas de control y de seguimiento a largo plazo, es donde ocupan un papel muy importante las asociaciones y los grupos de autoayuda que facilitan el encuentro y la ayuda entre las propias pacientes, parcial o totalmente recuperadas, y éstas a su vez colaboran en la sensibilización para las que están iniciando el tratamiento y lo puedan continuar con más constancia.

Para las pacientes no recuperadas con secuelas físicas y psicológicas hay programas de prevención terciaria que deben ser aplicados por equipos profesionales expertos.

7.- En ocasiones, desde la información escrita y bibliográfica, se hace referencia a los niveles porcentuales que distintas situaciones provocan estrés en las personas. El matrimonio un tanto por ciento, la separación otro tanto por ciento diferente, etc. Atendiendo a estas referencias se percibe con claridad qué situaciones pueden ser más estresantes. Siempre a modo de orientación ¿Cree Vd. Que se podría realizar algo parecido en los casos de Anorexia?

Los cuestionarios de acontecimientos vitales cuantifican diferentes situaciones que pueden condicionar y modificar la aparición y la gravedad de algunos trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión. En el campo de los TCA estos cuestionarios son poco específicos y no tengo conocimiento de que se hayan hecho estudios al respecto. Conocemos los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de estas enfermedades, pero por el momento no se están utilizando cuestionarios para cuantificar estos factores, aunque se hay proyectos de investigación a nivel europeo que intentarán de alguna manera evaluar la importancia y presencia de estos u otros factores.

Los TCA que inciden en una población joven en vías de maduración y desarrollo provocan sin duda una importante pérdida de calidad de vida y también sería un campo muy importante poder detectar, evaluar y cuantificar creando cuestionarios de calidad de vida adaptados a esta población que permitiera observar con objetividad todas aquellas oportunidades que la paciente va perdiendo a

causa de su enfermedad: familia, estudios, amigos, éxito social, etc. Creo que a nivel nacional se está trabajando en este aspecto, pero no tengo más información al respecto.

CLINICO UNIVERSITARIO: NUEVO HOSPITAL DE DÍA

El 15 de noviembre del año 2000, ha iniciado sus actividades el programa de Hospital de Día para tratamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria (T.C.A.) en el Hospital Clínico Universitario; con este recurso terapéutico se completan las actividades de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de dicho Hospital.

Los programas de "Hospital de Día" u "Hospitalización Parcial" surgen como alternativa necesaria ante el alarmante aumento de la frecuencia de estas enfermedades. En los casos leves, menos graves y con buena colaboración por parte de la paciente y su familia, el tratamiento ambulatorio se muestra eficaz. En los casos graves, de mala evolución y con un ambiente familiar negativo, el ingreso hospitalario será la alternativa a considerar. Los programas de Hospital de Día o de Hospitalización Parcial, tienen unas indicaciones y contraindicaciones generalmente aceptadas en todas las unidades que tratan estas patologías.

INDICACIONES

- Fracaso de un tratamiento ambulatorio previo.
- Período de recuperación, tras un alta hospitalaria.
- Paso previo a la hospitalización.
- Entorno familiar conflictivo.

CONTRAINDICACIONES

- Estado nutricional grave.
- Comorbilidad psiquiátrica.
- Rasgos de personalidad que impliquen graves trastornos de conducta (por ejemplo, consumo de tóxicos, comportamientos agresivos, etc.).



Equipo Hospital de día.

Si partimos de la idea de que los "T.C.A." se inician, en la gran mayoría de los pacientes, a lo largo de la adolescencia, los programas de tratamiento para "T.C.A." están bien ubicados en los servicios de Psiquiatría Infanto-juvenil, como es nuestro caso.

Ahora bien los "T.C.A." tienen una etiología multicausal y todavía un tanto incierta, por lo que el tratamiento siempre habrá de ser multidisciplinar, es decir deberá ocuparse de aspectos biológicos, psicológicos, familiares y socio-familiares. Las/os pacientes que acuden al Hospital de Día, deberán implicarse en tratamientos que contemplen estos múltiples factores.

Un Hospital de Día no es un "Centro de Día" ni un "Centro de Terapia ocupacional". El Hospital de Día garantiza el tratamiento durante una serie de horas en el hospital sin que el paciente ocupe una cama y por otra parte al ser los tratamientos generalmente grupales, son evidentes también las ventajas económicas en los costes siempre elevados al tratarse de enfermedades largas y complejas. Pero las ventajas y la eficacia han de comprobarse mucho más allá de lo económico: que estos programas se muestren eficaces en la mejoría de la enfermedad y esta razón principal se ha podido comprobar en otros centros dentro y fuera de nuestro país, con más experiencia en esta modalidad de tratamiento.

En el programa de Hospital de Día para "T.C.A.", del Hospital Clínico Universitario, los OBJETIVOS TERAPEUTICOS están claramente establecidos:

- 1) Modificación conductual, con mejoría de hábitos alimentarios.
- 2) Rehabilitación Nutricional mediante la ganancia ponderal y la ingesta calórica adecuada.
- 3) Identificación y tratamiento de los procesos psicológicos y familiares subyacentes alterados.

Ya hemos indicado anteriormente que el tratamiento integra la información biológica, psicológica, familiar y sociocultural durante un Período de tiempo de 2 a 3 meses, para un máximo

PROGRAMA DE HOSPITAL DE DIA PARA TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - EQUIPO COLABORADOR

PSIQUIATRAS:

- VELILLA PICAZO, M. - Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil H.C.U.
- OLZA FERNANDEZ, I. - Id.
- ZAPATA USABEL, T. - Id.

NUTRICIONISTAS:

- OCON BRETON, J. - Médico Especialista en Nutrición - Servicio de Endocrinología y Nutrición H.C.U.
- BENITO RUESCA, P. - Enfermera nutricionista H.C.U.
- GIMENO LABORDA, S. - Id.
- GARCIA HERNANDEZ, R. - Id.

PSICOLOGAS:

- LECHON PUERTOLAS, C. - Proyecto Solidaridad (TARABIDAN)
- ALADREN LEJARRAGA, E. - Id.

TRABAJADORA SOCIAL-TERAPEUTA FAMILIA:

- GARCES TRULLENQUE, E. - Servicio de Psiquiatría - H.C.U.

FISIOTERAPEUTA:

- MORALES RUBIO, A. - Servicio de Rehabilitación H.C.U.

PROFESOR DE ENSEÑANZA SECUNDARIA:

- DE MIGUEL MARTA, L. - M.E.C. ZARAGOZA

ENFERMERA COORDINADORA:

- PEÑA, C. - Servicio de Psiquiatría H.C.U.

ARBADA

de 10 pacientes a la vez, adolescentes y jóvenes. Actualmente hemos iniciado el tratamiento de Hospital de Día con 8 pacientes, chicas de edades comprendidas entre 13 y 18 años.

El programa funciona cinco días a la semana, de lunes a viernes, durante cinco horas cada día, de 12 del mediodía a las 17 horas. El equipo multidisciplinar consta de una serie de profesionales que colaboran en el tratamiento:

- Psiquiatras, coordinadores, todos ellos especializados en Psiquiatría Infanto-juvenil.
- Psicólogos.
- Trabajador social, especializado en terapia de familia.
- Nutricionistas.
- Fisioterapeuta.
- Profesor de enseñanza secundaria.
- Arbada (Asociación de familiares de afectados).
- Enfermera psiquiátrica, con experiencia en tratamiento de pacientes con "T.C.A." que coordina las actividades del programa.

Con la excepción de la evolución médica, psicopatológica, nutricional y familiar, todo el tratamiento es grupal. Todos los pacientes deben participar en todos los grupos.

El tratamiento grupal incorpora principios psicoeducacionales, conductuales, cognitivos e interpersonales. Los grupos en su mayoría, siguen un principio psicoeducativo. El programa se organiza en torno a la comida. Todas las pacientes comen juntas, siempre acompañadas de un miembro de la plantilla sanitaria y de personal voluntario de ARBADA.

Los grupos se dividen en dos categorías: Las relacionadas con la comida y nutrición y las no relacionadas. Esta división es en cierto modo arbitraria, ya que en todos ellos se trabajan las relaciones entre aspectos nutricionales, de imagen corporal, conductuales, afectivos e interpersonales.

A grandes rasgos las intervenciones terapéuticas serían:

BIOLOGICAS

- Nutrición y hábitos alimentarios.
- Control de peso.
- Control de parámetros físicos.
- Control de medicación.

PSICOLOGICAS

- Problemas individuales que subyacen en la enfermedad.
- Autoestima.
- Hostilidades sociales.
- Percepción del propio cuerpo e imagen corporal.
- Actitud ante el estudio.

SOCIOFAMILIARES

- Práctica del modelo estético corporal (medios de difusión, mensajes negativos ante alimentación, presión hacia la delgadez, negocio de la moda, etc.).
- Mejorar las relaciones familiares.

Al inicio del tratamiento se realiza una evaluación de cada paciente y de su familia. Asimismo se siguen unos criterios también de evolución a lo largo del tratamiento y al finalizar el mismo.

Como idea fundamental insistiremos en la coordinación de las actividades terapéuticas y en la idoneidad de los profesionales que han de poseer experiencia suficiente en "T.C.A." y en el trato con adolescentes.

VIVENCIAS

“COMER ERA UN CALVARIO”

Una joven ha tardado siete años en curarse de la anorexia.

Ana Gaspar reconoce que ahora a sus 21 años le costaría seguir una dieta. Ha tardado casi siete años en recuperar el apetito, el placer de comer y el hambre. Enferma de anorexia. Con episodios de bulimia, recuerda que durante ese tiempo **“comer era un calvario”**. No sólo para ella; también para su familia. **“Cada vez que nos sentábamos a la mesa había bronca”**, recuerda y se lamenta de todo el sufrimiento que provocó a sus padres y hermanos. Aquello comenzó sin darse cuenta. Era verano y le faltaban unos meses para cumplir 15 años. **“Empecé a salir con un grupo de amigas y entre nosotras había cierta competitividad por los chicos y esas cosas. Estás en la edad del pavo y decidí quitarme unos “kilitos”. Primero me quité el pan y llegó un día en que sólo aceptaba ensalada y fruta. “He llegado a alimentarme de lechuga y pepino”**.

Ana Gaspar tuvo suerte de que sus padres se alarmasen enseguida y se pusieran en contacto con un especialista. **“Poco después de cumplir los 15 años acudí a la unidad infanto-juvenil del Clínico. Fue mi salvación. Con el tratamiento de antidepresivos y el apoyo de mis padres he logrado salir, aunque reconozco que el proceso es muy lento y hay recaídas, cada vez menos profundas”**. Medio año después de iniciar el tratamiento llegó a tocar fondo. **“Me fui de campamento 15 días sola y fue un desastre. No comía y me mataba haciendo deporte. Mi meta era adelgazar y adelgazar, porque nunca tienes suficiente. Me pesaba y decía si he perdido un kilo puedo perder otro. Y seguía”**. Llegó casi a 45 kilos, - mide 1,68 cms. Y ahora pesa 59 kilos -, y estuvo a punto de ser hospitalizada. Ana reaccionó. Su recuperación fue muy lenta y durante los dos primeros años de tratamiento seguía haciendo ascos a la comida. **“Mis padres lo comprendían. El problema era si salía fuera de casa. Cuando me iba al pueblo a casa de mi abuela, ésta se cabreaba porque yo me servía una albóndiga y me comía media. Patético”**, dice esta estudiante de cuarto curso de Medicina, que a pesar de tener la sensación de haberse dejado parte de su juventud en el camino, ha podido rehacer su vida. Con la perspectiva que da el paso del tiempo, Ana esta convencida de que su enfermedad es como la punta de un iceberg de otros problemas más profundos. **“Siempre he sentido un cierto complejo de inferioridad. La infravaloración es uno de los rasgos principales de las anoréxicas “**. En su memoria quedan algunos momentos de su infancia en que se sintió así. **“Son recuerdos con otros niños o adultos y se te quedan ahí. Por eso es necesario educar en otros valores y favorecer la autoestima de las personas”**.

El camino de recuperación no fue sencillo y supuso un gran sufrimiento para la afectada. **“Las luchas internas son horrosas. Yo tenía unas actitudes de agresividad con los que más quería, que eran mis padres. Yo no me reconocía. Vives como dividida. Por un lado estaba Ana, la buena, que quería salir del pozo, comer, curarme y, por otro, Ana, la mala que de vez en cuando salía y fastidiaba todos los progresos”**.

Por eso, insiste que esta enfermedad no es un capricho de “niñas ton-
tas, ni mucho menos”. Desde luego, “esto no se resuelve
con un par de tortas, como algunas veces se
oye”, insiste. “El infierno que
se pasa no se

ESPACIO ABIERTO

l o
deseo a nadie. Si
llego a saber lo que me espera-
ba, ni de lejos empiezo con la dieta”, Ana se ríe
y además se ve más guapa.

TÍTULO: *LOS SEIS PILARES DE LA AUTOESTIMA.*

AUTOR: *BRANDEN, Nathaniel.*

EDITORIAL: *PAIDÓS IBÉRICA.- Barcelona.*

Tal importancia tiene la autoestima, que se llevan escritos más de 7.000 artículos y 600 libros sobre este tema. También la tiene para nosotros y nuestros hijos, especialmente para aquellos que padecen anorexia-bulimia. Sabemos que estos tienen una autoestima baja o muy baja: su capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida les queda muy mermados y alterados. Por ello traemos aquí la presentación y comentario de uno de los libros más completos que se han escrito sobre la autoestima.

Su autor nació en 1.930. Estudió Psicología y profesionalmente se ha entregado a la psicoterapia. Desde los 24 años se ha dedicado a la investigación y terapia de la autoestima. Es una autoridad mundial en dicho tema. Creador del “Instituto Branden” en los Ángeles (U.S.A.) en donde se dedican exclusivamente al estudio y tratamiento de la autoestima. Los descubrimientos y experiencias adquiridas durante cuarenta años quedan expuestos en el libro que comentamos.

El libro tiene tres partes: La 1ª la dedica a comentar qué es la autoestima. En la 2ª expone y desarrolla la parte más importante, su núcleo principal: Los seis pilares interiores de la autoestima, que viene a ser como la tesis del autor que ha mantenido y defendido en su larga carrera como investigador y docente. Son las seis fuentes interiores y personales de los individuos: La práctica de vivir conscientemente.- La práctica de aceptarse a sí mismo.- La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo.- La práctica de la autoafirmación.- La práctica de vivir con propósito.- La práctica de la integridad personal. El autor los va desarrollando con sencillez, mostrando su gran experiencia y comenta vivencias y casos prácticos muy amenos. Mezcla teoría (sin filosofar) y práctica.

Branden no deja sin tratar punto alguno que no tenga relación o incidencia con la autoestima. Por, ello también trata y desarrolla las influencias exteriores. El hombre es un ser social. Trata de

ACUERDO DE COLABORACION CON LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

El 26 de octubre del 2000 se firmó un Acuerdo de Colaboración entre la Universidad de Zaragoza, representada por su Rector, y ARBADA, representada por su Presidenta.

Con motivo de la firma de dicho Acuerdo mantuvimos un encuentro con la Vicerrectora de alumnado, D^a Monserrat Martínez, en el que nos manifestó el motivo que les había animado a dicha firma como es la trascendencia que esta cobrando el problema de TCA en los jóvenes, en general, y en los universitarios en particular.

También nos indicó que conscientes de la gravedad, duración y repercusión en las relaciones personales que conlleva la enfermedad, van a elaborar, en primer lugar, un plan informativo dirigido a la comunidad universitaria, combinado con otras actividades que permitan la detección del problema y situaciones que favorezcan la aparición del mismo, esperando conseguir una mejor concienciación en los jóvenes y unificación de recursos para su mejor resolución.

Queda camino por recorrer, pero contamos con su colaboración y voluntad para conocer qué porcentaje de afectados/as puede existir en la Universidad, así como el estudio de los apoyos administrativos y relacionados con convocatorias, que pudieran recibir los alumnos con problemas de TCA.

No tienen conocimiento de proyectos similares en otras Comunidades Autónomas, pero con una buena planificación y aprovechando el momento de desarrollo de los programas de participación estudiantil, esperan poder llevar a cabo toda esta tarea que se han propuesto, para lo que cuentan ya de antemano con todo nuestro agradecimiento.



BOLETIN DE INSCRIPCION A LA ASOCIACION ARBADA

D./D.^a

Domicilio C.P.

Ciudad Tlf. DNI

Solicita ser socio de ARBADA en la modalidad de: (Marque con una X)

Socio Familiar 1.000 ptas mensuales

Socio simpatizante ptas. mensuales (Marque su propia cuota)

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

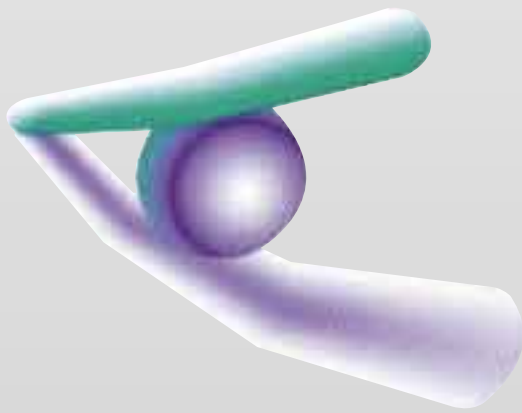
Banco/Caja Sucursal

C.C.C. (20 dígitos)

ZARAGOZA, a de de 200...

Firma:

Remitir a: ARBADA, P^o Sagasta, n^o 51 5^o izda 50007-ZARAGOZA. Tfno. 976-389575



RBADA



**GOBIERNO
DE ARAGON**

Departamento de Sanidad,
Consumo y Bienestar Social.