

MEMORIA ROTACIÓN EXTERNA
Eating Disorders Program for Children and
Adolescents. Stanford University Medical Center.



BECA ANPIR 2012-2013 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN
CENTROS DE EXLECENCIA EXTRANJEROS

Daniel Marañón Valbuena

Psicólogo Interno Residente. PIR 3
Hospital Galdakao-Usansolo



Galdakao, 13 de julio de 2014

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer al Comité de las Becas ANPIR el haber confiado en este proyecto y el apoyo mostrado ante las dificultades surgidas durante la solicitud de estancia.

Agradecer a James Lock el haber mostrado su disposición para poder conocer el trabajo que realiza junto a su equipo de manera desinteresada desde el comienzo e introducirme en su equipo como uno más. A Kara Fitzpatrick, mi tutora y supervisora durante mi estancia en Stanford, por compartir tantas horas a cargo de una de las mejores Psicólogas Clínicas y terapeutas con las que me he topado a lo largo de mi carrera profesional. Solo espero haberme contagiado de la mitad de tu pasión, entusiasmo, creatividad y buen hacer. Al resto de miembros del equipo de Stanford por su acogida, hospitalidad y saber; Ali, Sarah, Danielle, Cara, Erika, Kate, Natalie y especialmente a Shiri.

A Daniel Le Grange agradecer su disposición para poder acceder a la formación en *FBT* y facilitarme mi incorporación al programa de Stanford en TCA.

A Ángel Padierna y Mónica Mínguez de la Unidad de TCA del Hospital Galdakao-Usansolo, agradecer su tiempo, disposición, consejo y saber entorno al duro aunque apasionante mundo del tratamiento junto a las personas afectadas de TCA.

A los compañeros y amigos residentes del Hospital Galdakao-Usansolo, especialmente a Gotzon, Verónica y Nagore por hacer desaparecer los obstáculos con apoyo y comprensión.

A los amigos y amigas de Galdakao, *eskerrik asko* por vuestros mails y watsapps continuos durante mi estancia en San Francisco.

A Aita y a Ama, agradecer vuestro apoyo durante todo este recorrido.

Finalmente, a mi compañera de cordada Arantza, *eskerrik asko* por continuar subiéndome a mi propia montaña y poder vivir tantas aventuras junto a ti.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. Tratamiento Psicológico en los TCA.....	2
2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO.....	4
2.1. Servicios Clínico-Asistenciales del Programa de TCA de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford.....	5
2.1.1. <i>Tratamiento Basado en la Familia para la Anorexia Nerviosa para niños y adolescentes</i>	7
2.2. Líneas de Investigación llevadas a cabo en el Programa de TCA del niño y del adolescente de la Universidad de Stanford.....	9
2.3. Actividad Académica en el Programa de TCA del niño y del adolescente de la Universidad de Stanford.....	11
2.4. Equipo del Programa en TCA de la Universidad de Stanford.....	13
3. ACTIVIDADES A REALIZADAS EN EL CENTRO DE DESTINO.....	14
3.1. Actividades Clínico-asistenciales.....	14
3.1.1. <i>Evaluaciones Iniciales en el Programa Ambulatorio para TCA del niño y del adolescente</i>	15
3.1.2. <i>Evaluaciones psicológicas para establecer la idoneidad para la realización de Cirugía Bariátrica en adolescentes y su seguimiento psicológico</i>	17
3.1.3. <i>Asistencia a las sesiones de tratamiento psicológico individuales y familiares en TCA</i>	17
3.1.4. <i>Participación en las supervisiones clínicas del equipo de tratamiento psicológico</i>	17
3.1.5. <i>Actividades clínico-asistenciales en la Unidad de Ingreso para TCA</i>	18
3.2. Actividades académico-formativas.....	19
4. APLICABILIDAD EN NUESTRO CONTEXTO.....	20
5. VALORACIÓN PERSONAL DE LA ROTACIÓN.....	22
6. REFERENCIAS.....	24
7. BIBLIOGRAFIA ESENCIAL EN CASTELLANO.....	26

1. INTRODUCCIÓN.

La Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno por Atracón englobados dentro de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) han despertado un amplio interés relacionado con el aumento de su incidencia entre los 10 y los 24 años (van Hoeken, Seidell y Hoek; 2003). La prevalencia vital para la AN es de un 0,3-1%, un 1-3% para la BN y un 1,6-3% para el Trastorno por Atracón (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas, 2011). En Estados Unidos se ha hallado que un 7,1% de los niños y un 13,4% de las niñas entre los 9 y 14 años de edad muestran algún tipo de trastorno en su comportamiento alimentario (Neumark-Sztainer y Hannan, 2000). Además, el hecho de que en países económicamente emergentes como China y Brasil comiencen a informarse de datos epidemiológicos similares al de países desarrollados (Chen y Jackson, 2008; de Souza Ferreira y da Veiga, 2008), ha provocado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifique los TCA entre una de las prioridades a tratar en la infancia y adolescencia (*WHO; World Health Organization, 2005*). Sin embargo, uno de los datos epidemiológicos más a tener en consideración es la alta tasa de mortalidad entre las pacientes diagnosticadas de AN, esto es, la más alta del conjunto de trastornos mentales (Steinhausen, 2002). Anualmente 5,1 muertes por cada 1000 personas está asociado a la AN (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011).

1.1. Tratamiento Psicológico en los TCA.

Tomando en consideración los criterios de los tratamientos empíricamente validados (Chambless y Hollín, 1998), para la AN en la niñez y la adolescencia la primera línea de tratamiento con un apoyo moderado sería el Tratamiento Basado en la Familia (*FBT; Family-Based Treatment*) (Treasure, Claudino y Zucker, 2010) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Tratamiento para la AN y BN y su apoyo empírico.

	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Tratamiento Farmacológico		
Antidepresivo (ISRS) en fase aguda	Débil	Fuerte
Antidepresivo (ISRS) en prevención recaídas	Débil	Débil
Antipsicóticos (Olanzapina)	Débil	-
Zinc	Débil	-
Fármacos para Osteoporosis	Débil	-
Anticonvulsivos (Topiramato)	-	Débil
Tratamientos Psicológicos		
Tratamiento Cognitivo-Conductual	Débil	Fuerte
Psicoterapia Interpersonal	Débil	Moderado
Terapia Dialéctica-Conductual	-	Débil
Terapia Cognitivo-analítica	Débil	-
Terapia Psicodinámica	Débil	Débil
Terapia de Conducta	Débil	Moderado
Terapia Basada en la Familia (<i>FBT</i> ; Maudsley)	Moderado	Débil
Manejo Clínico por especialista	Débil	-
Consejo Nutricional (Solo)	Débil	Débil
Autoayuda guiada	-	Débil
Teleasistencia/Apoyo Online	-	Débil

(Fuente. Treasure, Claudino y Zucker, 2010).

En este sentido, el *FBT* manualizada por Lock y Le Grange (2013), pone de manifiesto como la inclusión de la familia en el tratamiento de la AN, es un recurso que fortalece el sistema terapéutico que se ve traducido en una mayor efectividad en comparación con el resto de tratamientos psicológicos (Fisher, Hetrick y Rushford, 2010). Además, la necesidad de implementar el tratamiento *FBT* se hace constatable cuando las familias muestran formas extremas de sobreprotección o criticismo (Eisler, Simic, Russell y Dare, 2007) (Ver Tabla 1).

Los resultados son diferentes respecto al tratamiento psicológico de la BN. El Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC) sería el tratamiento de primera línea de elección (Ver Tabla 1). El TCC tendría la ventaja sobre el *FBT* en una mayor reducción de los costos del tratamiento y una mayor rapidez de respuesta al tratamiento en las pacientes diagnosticadas de BN (Schmidt et al, 2007).

El Programa de TCA de la Universidad de Stanford es junto al Programa de TCA de la Universidad de Chicago, el centro que actualmente más ha contribuido al desarrollo de la investigación y tratamiento psicológico en el TCA. Es el responsable de que el Tratamiento Familiar sea un referente como el único tratamiento empíricamente validado de primera línea en la AN (Treasure et al., 2010). Además, gracias a la

investigación desarrollada por el Departamento, también se ha comprobado la eficacia del resto tratamientos psicológicos con los que es probado el *FBT*.

En este sentido, el hecho de que en nuestro contexto de trabajo clínico no existan profesionales que conozcan ni estén formados en el que hasta día de hoy ha obtenido los mejores resultados psicoterapéuticos en el tratamiento de la AN en la infancia y la adolescencia, esto es el *FBT*, así como una inminente alternativa al modelo Cognitivo Conductual en el tratamiento de la BN, me motivó solicitar la Rotación Externa con uno de los principales centros asistenciales y de investigación en *FBT* en TCA.

2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO.

El Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria para niños y adolescentes del Centro Médico de la Universidad de Stanford perteneciente al Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento es una unidad en funcionamiento dentro los Programas Clínicos del Niño y del Adolescente en Psiquiatría de la Universidad de Stanford. La labor del Programa de TCA es triple: clínico-asistencial, formativa e investigadora. En este sentido, además del estudio básico exploratorio en los TCA, el programa es un referente a nivel internacional en la promoción y desarrollo del estudio sobre el tratamiento en los TCA. Así, proporciona tratamiento a niños y adolescentes diagnosticados de TCA y sus familias de manera gratuita por medio de la financiación de proyectos de investigación a través de instituciones como el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (*NIMH; National Institute of Mental Health*) entre otras entidades. Además, también provee de tratamiento psicológico a niños, adolescentes y familias fuera del contexto de investigación por medio del sistema conveniado con las compañías de seguros médicos por el que se rige la sanidad en los Estados Unidos y un servicio gratuito para aquellas familias con escasos recursos económicos mediante la ayuda conveniada con el Departamento de Sanidad del Estado de California.

El programa de TCA se sitúa dentro del Campus universitario de Stanford en el edificio de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento a escasos metros del Hospital Universitario de la Universidad de Stanford. El Programa se coordina de manera estrecha con el servicio de Pediatría y de Medicina del Adolescente (*Adolescent*

Medicine), principales derivantes de niños, adolescentes y familias para tratamiento y/o estudio del TCA. Asimismo, el programa de TCA se coordina de manera estrecha con el resto de programas del Departamento de Psiquiatría del niño y del Adolescente como el Programa de Trastornos Afectivos y/o Ansiedad. Por otro lado, existe una estrecha coordinación y colaboración con la Unidad de Ingreso Hospitalario en TCA para niños y adolescentes del Hospital Infanto-Juvenil Lucile Packard (*Comprehensive Care Unit of Lucile Packard Children's Hospital*) perteneciente a la red hospitalaria de la Universidad de Stanford.

2.1. Servicios Clínico-Asistenciales del Programa de TCA de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford.

Desde una aproximación multidisciplinar, el Programa proporciona una combinación de tratamiento psicoterapéutico, psicoeducacional, nutricional y médico. Las opciones de tratamiento a implementar en función de las necesidades de los pacientes son la Hospitalización y el Tratamiento Ambulatorio.

El Tratamiento Ambulatorio incluye una exhaustiva evaluación que orienta el posterior tratamiento a seguir; psicoterapia individual o grupal, participación activa de los padres en el tratamiento psicoterapéutico de los niños y adolescentes, revisión médica y seguimiento a medio y largo plazo de los pacientes.

Así pues, tomando en consideración las guías de excelencia clínica y los tratamientos empíricamente validados, los tratamientos psicológicos son el referente central a implementar en el Programa de TCA del Centro Médico de la Universidad de Stanford. Así, la Terapia Familiar, el TCC, la Psicoterapia Interpersonal y el Tratamiento Individual Focalizado en el Adolescente son los principales modelos de tratamiento implementados. Sin embargo, las niñas y adolescentes son preferentemente tratadas mediante la aplicación de *FBT* e inclusión de los padres en el tratamiento. Este tratamiento manualizado (Lock y Le Grange, 2013), de 20 a 25 sesiones a lo largo de a un año, se centra en la dinámica familiar e inicialmente pone el énfasis en que los padres se responsabilicen temporalmente en ayudar a reducir el control que el TCA tiene sobre la vida de la niña o adolescente y finalmente, tratar el impacto que ha tenido el TCA sobre la capacidad del individuo de establecer una identidad adolescente

saludable. Debido a la relevancia del presente tratamiento en Programa y durante la Rotación Externa, el *FBT* será expuesto con más detenimiento en el siguiente punto (2.1.1.).

Por otro lado, el programa de evaluación psicológica y tratamiento y seguimiento psicológico para candidatos adolescente para acceder a cirugía bariátrica a cargo del equipo de psicólogos clínicos es otro de los servicios que ofrece el centro. Mediante una exhaustiva evaluación psicológica de varias sesiones a través de las cuales se valora el comportamiento alimentario, dinámicas en el sistema familiar, evaluación psicopatológica exhaustiva y personalidad del paciente, se decide la idoneidad de llevar a cabo la intervención quirúrgica con el resto del equipo médico, esto es, pediatras, medicina adolescente y cirujanos.

Otro de los servicios del Programa de TCA con un carácter tanto preventivo como de intervención es el plan de detección del TCA y de trastornos de la imagen corporal del campus de la Universidad de Stanford, servicio activo a cargo de una de las psicólogas adjuntas del equipo

Finalmente, la Unidad de Ingreso Hospitalario en TCA para niños y adolescentes del Hospital Infante-Juvenil Lucile Packard (*Comprehensive Care Unit of Lucile Packard Children's Hospital*) es la Unidad de Agudos en TCA monográfica perteneciente a la red hospitalaria de la Universidad de Stanford. La unidad cuenta con 10 camas para niños y adolescentes con diagnósticos de TCA que cumplan criterios para el ingreso hospitalario. Como curiosidad ha de apuntarse que la Unidad no se encuentra dentro del Campus universitario de Stanford junto al edificio de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento y el Hospital Universitario de Stanford en Palo Alto. La Unidad se encuentra en El Camino Hospital en la localidad de Mountain View, a pocos kilómetros de Palo Alto. Así, la unidad pertenece al Hospital Infante-Juvenil Lucile Packard de la red Hospitalaria de la Universidad de Stanford pero dentro de otra entidad hospitalaria. Durante el ingreso, las pacientes participan de un programa de ingreso intenso y activo. Como objetivos principales durante el ingreso se lleva a cabo una evaluación diagnóstica médica, psicológica y psiquiátrica exhaustiva tanto para el óptimo tratamiento de la paciente como para la prevención y detección de complicaciones. Se valora el aspecto nutricional y el crecimiento y desarrollo de las

pacientes y se monitoriza la posible necesidad de prescribir un tratamiento psicofarmacológico. Además, es de especial relevancia destacar que diariamente las pacientes son entrevistadas tanto por el psiquiatra como por el psicólogo clínico de referencia y/o sus respectivos residentes. Cada paciente y sus familias son orientadas hacia el tratamiento ambulatorio psicoterapéutico más idóneo previo coordinación con el equipo de tratamiento del Programa Ambulatorio de la Escuela de Medicina de Stanford. Por lo tanto, a modo de ejemplo si la familia se mostraba de acuerdo en llevar a cabo un tratamiento centrado en la familia, ya desde el hospital el psicólogo clínico y el psiquiatra preparaban y motivaban a la familia para tal tratamiento. Si se decidía un posible tratamiento alternativo al *FBT* al alta, se enfocaba la estancia en la Unidad desde una orientación Cognitivo-Conductual, una orientación centrada en el cliente o desde un marco de psicoterapia individual centrada en el Yo.

Por otro lado, a lo largo de la semana las pacientes, mujeres en su mayoría, asisten a terapia grupal, relajación y *mindfulness*, Arte Terapia, Terapia Asistida con Animales y grupo de nutrición además de las actividades de ocio y tiempo libre dentro de la Unidad.

2.1.1. Tratamiento Basado en la Familia para la Anorexia Nerviosa para niños y adolescentes.

Debido a la importancia que cobra el *FBT* para el tratamiento de niños y adolescentes diagnosticados de AN en el Programa de TCA de Stanford, a continuación se expondrá un breve resumen sobre el tratamiento central implementado con esta población tanto en clínica como en investigación.

Tal y como ya ha sido apuntado anteriormente, el *FBT* es el tratamiento con mayor evidencia empírica en el tratamiento de la AN en población infantil y adolescente (Wade, Byrne y Touyz, 2013). En este sentido, constituye un notable ejemplo de la existencia de modelos terapéuticos diferentes al cognitivo-conductual con capacidad terapéutica superior, tanto en la recuperación médica, comportamental como en el mantenimiento de los resultados psicoterapéuticos a lo largo del tiempo. Así, el *FBT* se ha mostrado superior a la Psicoterapia Individual Centrada en el Adolescente o la *Ego Centered Therapy* (Terapia Centrada en el Yo), la Terapia de Apoyo o la TCC en el

tratamiento de la AN (Treasure et al., 2010). Así, en Estados Unidos y Reino Unido es el tratamiento de elección de la AN en niños y adolescentes.

Sin duda el *FBT* es una integración basada en el eclecticismo técnico tomando diferentes técnicas implementadas por las principales escuelas sistémicas en el tratamiento familiar de la AN llevada a cabo en el Maudsley Hospital de Londres por el equipo de Ivan Eisler en la década de los 90 (Eisler et al., 2000). Es una aproximación pragmática que se centra desde el comienzo del tratamiento en las dificultades de alimentación y aumento de peso del niño o adolescente. Desde una orientación Estratégica la familia es vista desde una óptica positiva y el terapeuta es entendido más como un consultor que como un agente de autoridad que dicta que es lo que debe de realizarse. Además desde esta óptica, se centra en explorar el impacto de la AN en el paciente y la familia más que en la exploración de patrones patológicos familiares. Desde una orientación Estructural trata de modificar la estructura y dinámicas familiares que dificultan la alimentación del paciente. Así pues, como en la Terapia de Familia Estructural (Minuchin, 1974), en el proceso terapéutico se incluye una sesión que en el que los miembros de la familia deben de comer juntos junto al terapeuta, hecho que posibilita identificar áreas problemáticas durante las comidas familiares como por ejemplo emociones negativas como ira, actings out, evitación de determinados alimentos, elección de alimentos...etc., así como ayudar al subsistema parental a desarrollar estrategias óptimas para poder alimentar a su hijo o hija con AN. Desde el comienzo del tratamiento psicoterapéutico se trata de externalizar, esto es, separar el trastorno del paciente tal y como es enfatizado desde la Terapia Narrativa. Esta estrategia permite separar la identidad del adolescente de la AN y permite a los padres no culpar a su hija por las conductas de la AN. De esta forma, la externalización promueve un espacio libre de culpa y emoción expresada para el trabajo psicoterapéutico con el conjunto de la familia.

A lo largo del proceso terapéutico se comprueba en cada sesión junto a la familia el progreso en la ganancia del peso de la paciente y se discute de manera abierta que es lo que puede estar funcionando y que puede estar obstaculizando el progreso. A diferencia de otros modelos sistémicos y de terapia familiar, en el *FBT* el terapeuta no se centra en las causas del trastorno o en los factores familiares y/o individuales que no estén directamente interfiriendo en la óptima alimentación del niño o del adolescente.

En este sentido, es un modelo “agnóstico” (Le Grange y Lock, 2013). La familia y los padres son vistos como un recurso para tratar el trastorno. Así, toda conducta culpabilizadora por parte del sistema terapéutico se trata de evitar a lo largo del proceso terapéutico. Los hermanos y hermanas de la paciente identificada jugarán un rol de apoyo y protección ante la tarea asignada a los padres de tomar la responsabilidad de realimentar a la hija con AN. El *FBT* es considerado dentro de un trabajo en red realizado junto al pediatra y al psiquiatra, si su participación fuese necesaria, en el que es el terapeuta el principal responsable de orquestar una óptima coordinación así como tener la última palabra respecto al tratamiento psicoterapéutico.

La estructura del tratamiento es de 6 a 12 meses, de 10 a 20 sesiones y mediante sesiones conjuntas con la familia y separadas. El proceso terapéutico se divide en 3 fases. La primera fase tiene como objeto que los padres se encarguen de la recuperación del peso idóneo durante las 10 primeras sesiones. En la segunda fase del tratamiento durante las sesiones 11 y 16 se trabaja en consulta que los padres devuelvan el control de la conducta alimentaria a la hija con AN. Finalmente, durante la tercera y última fase, esto es desde la sesión 17 a la 20, se discuten aspectos propios de la identidad del paciente junto a la familia y el adolescente. Estos aspectos hacen alusión al propio desarrollo de la identidad en la adolescentes y su relación con el TCA.

2.2. Líneas de Investigación llevadas a cabo en el Programa de TCA del niño y del adolescente de la Universidad de Stanford.

La investigación es uno de los principales pilares en el Programa. En este sentido, prácticamente la totalidad de miembros del equipo se dedica a la investigación, ya sea básica en psicología clínica y/o ciencias del comportamiento como en investigación aplicada o de tratamiento psicoterapéuticos. Así pues, durante mi estancia las dos principales investigaciones que tenían como objeto el tratamiento psicológico en TCA en curso han sido las siguientes:

- *La optimización de la fidelidad en el Tratamiento Basado en la Familia en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa en adolescentes.*

El propósito de este proyecto era mejorar la formación del terapeuta en la implementación del *FBT* a través de los métodos más efectivos y accesibles de

entrenamiento y formación. Este estudio tenía como objeto por un lado, explorar la relación entre la fidelidad del *FBT* y la evolución de los pacientes a través de la codificación de las sesiones grabadas en audio y video. El entrenamiento y formación de los terapeutas se centraba sobre la base de los componentes clave del *FBT*. Después de entrenar a los terapeutas, se examinaba las diferencias en la fidelidad terapeuta a la hora de implementar el *FBT* y las diferencias existentes en los resultados obtenidos con los pacientes.

– *Estudio de Tratamiento para la Anorexia Nerviosa en niños y adolescentes.*

El presente estudio junto a la Universidad de Chicago tiene como objeto esclarecer la eficacia de un tratamiento psicológico ambulatorio basado en la familia y/o individual para la AN. El estudio es un estudio controlado aleatorizado tomando en consideración los requisitos de la APA (Chambless y Hollon, 1998).

– *Viabilidad y eficacia de la combinación del FBT y la Cognitive Remediation Therapy (Terapia de Remediación Cognitiva; CRT) en la prevención de la Anorexia Crónica.*

Este estudio tiene como objetivo investigar la posibilidad de combinar la *CRT* con el *FBT* para su uso futuro en un ensayo clínico aleatorizado para reducir el riesgo de un desarrollo persistente de AN en las adolescentes. Los participantes eran asignados al azar a uno de dos grupos: un grupo recibía *FBT* y *CRT*, y el otro grupo recibirá *FBT* y Arte Terapia.

Por otro lado, los estudios en curso relacionados con la investigación básica y exploratoria de los TCA son presentados a continuación:

– *Estudio familiar en AN, Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y Cognición.*

Estudio que pretende examinar el funcionamiento neurocognitivo de las mujeres adolescentes diagnosticadas de AN en comparación con un grupo de adolescentes diagnosticados de TOC y un grupo control de sujetos sanos a través de un protocolo de evaluación neuropsicológico y un examen con Resonancia Magnética Funcional (fMRI). Además, una hermana de ambos grupos es evaluada con el mismo protocolo y examinada mediante fMRI. El estudio tiene

como objetivo principal estudiar los correlatos neurocognitivos comunes y diferenciadores en la AN y el TOC, así como su relación en miembros de la fratría de los pacientes.

– *El procesamiento de la recompensa gustativa en la Obesidad Pediátrica.*

El estudio tiene como objetivo explorar el procesamiento cerebral del sabor y de la recompensa gustativa en niños con y sin obesidad. En este sentido, se trata de dilucidar si las diferencias del procesamiento cerebral observadas en adultos y adolescentes obesos están presentes ya a una edad temprana. Así, la muestra objeto de estudio se sitúa en niños entre los 4 y 6 años. De esta manera, la presente investigación pretende obtener información sobre si las diferencias de la respuesta del cerebro al gusto se producen desde el principio en el desarrollo de la obesidad, o si se desarrollan después de años de una ingesta en exceso. Finalmente, el estudio tiene como finalidad el diseño de programas de prevención e intervención temprana para hacer frente a la obesidad infantil.

2.3. Actividad Académica en el Programa de TCA del niño y del adolescente de la Universidad de Stanford.

Como centro docente y de investigación la formación de los profesionales es una de las misiones prioritarias en el Programa de TCA de Stanford

Los miembros del equipo Post-doctorales asisten a clases regladas de dos horas de duración semanales impartidas a cargo del personal facultativo. La materia impartida se centra en aspectos cruciales relacionados con los TCA y la psicopatología del niño y del adolescente y su tratamiento. Así pues, durante los tres meses de Rotación Externa puede asistir a parte del programa anual de formación que estaba constituido por las siguientes materias: Educación especial, Estrategias conductuales para el baño, Prevención de conductas sexuales de riesgo, Somatización, Desarrollo profesional en las ciencias del comportamiento, Trastorno por Atracón, Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastorno de la alimentación y Mindfulness.

Además del programa formativo reglado para psicólogos clínicos postdoctorales, junto a otros psiquiatras y psicólogos clínicos del departamento se llevan a cabo

sesiones temáticas una vez por semana en la que un miembro del equipo expone una revisión teórica en torno a un caso clínico o área de estudio.

Una vez por semana se llevaba a cabo una reunión de investigación (*Lab Meeting*) en la cual además de coordinar y comprobar como se estaban desarrollando las principales investigaciones, se llevaban a cabo reuniones con otros equipos internacionales de investigación en TCA llevándose a cabo sesiones teóricas y clínicas.

Igualmente, la supervisión clínica de los ya psicólogos clínicos post-doctorales a cargo de los psicólogos clínicos facultativos ocupa un papel fundamental. En este sentido, cada psicólogo clínico post-doctoral es supervisado semanalmente mediante una sesión individual y una sesión grupal junto a otros psicólogos clínicos en los proyectos de investigación de tratamiento.

Por otro lado, el Programa de TCA de Stanford ofertaba durante mi estancia una formación On-line en *FBT* para AN desde octubre a diciembre de 2013. La formación On-line estaba estructurada en 6 lecciones consecutivas a través de las cuales debían de leerse los capítulos correspondientes del Manual de tratamiento para la AN de Lock y Le Grange (2013). Igualmente, en cada una de las lecciones se colgaban materiales adicionales como capítulos de libro, artículos relacionados con la materia de estudio y/o pruebas y cuestionarios relevantes. En cada uno de los capítulos debía de visualizarse la exposición teórica a cargo de alguno de los facultativos del programa además de los *roles playing* llevados a cabo sobre sesiones familiares y realizar las tareas asignadas a cada lección. Finalmente, se discutía en grupo las tareas asignadas.

Es importante subrayar la importancia del *Training Institute For Child and Adolescent Eating Disorders* dirigido por James Lock, director del Programa de TCA de la Universidad de Stanford y Daniel Le Grange, director del Programa de TCA de la Universidad de Chicago en la formación de terapeutas en *FBT* en Estados Unidos. Durante mi Rotación Externa en Stanford fui invitado por Daniel Le Grange a realizar la formación presencial en forma de seminario de fin de semana de *FBT* en el Hospital Universitario de Chicago. Además, puede realizar la formación llevada a cabo por el mismo Instituto en TCC y *FBT* de la BN en Stanford.

Finalmente, entorno a las líneas de investigación abiertas en el Programa, junto a los psicólogos clínicos postdoctorales pude asistir a las sesiones de formación para llevar a cabo las sesiones de intervención en Terapia de Remediación Cognitiva en AN y Arte Terapia.

2.4. Equipo del Programa en TCA de la Universidad de Stanford.

El equipo está compuesto por 9 facultativos de los cuales 3 son psiquiatras y 6 psicólogos clínicos. El resto de profesionales que componen el Program son 6 Psicólogos Clínicos Post-doctorales asignados a proyectos de investigación en el tratamiento del TCA. Además, hay una psicóloga predoctoral en vías de la obtención de la titulación de doctor (Ph.D) y la licencia clínica y 2 psicólogas con formación en clínica e investigación. Las labores del personal facultativo son docentes, investigadoras y clínicas, la del personal post-doctoral es clínica e investigadora y finalmente, la de las tres psicólogas no clínicas únicamente investigadora.

El director del departamento es el Dr. James Lock, Médico Psiquiatra y Profesor en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Stanford. Además, el profesor Lock es doctor en psicología clínica (Ph.D). Entre el conjunto de facultativos destaca la figura de la Dra. Kara Fitzpatrick, psicóloga clínica (Ph.D) supervisora clínica del resto de psicólogos clínicos post-doctorales en el programa ambulatorio (*outpatient*) tanto en la práctica clínica habitual como en los proyectos de investigación en tratamiento. En mi caso, el Psicólogo Interno Residente (PIR) pasa la mayor parte del tiempo con ella. Por otro lado, Mary Sanders es la psicóloga clínica (Ph.D) supervisora en la Unidad de Ingreso (*Inpatient*).

Debe de ser destacado el protagonismo que cobra el Psicólogo Clínico en el tratamiento y la investigación del TCA en el Centro Médico de la Universidad de Stanford, esto es, 12 psicólogos clínicos y 3 psicólogos.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS.

3.1. Actividades clínico-asistenciales.

Durante mi estancia de tres meses en el Programa Ambulatorio de TCA del niño y del adolescente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford las principales actividades que pude llevar como observador fueron las siguientes:

- Asistir a las sesiones de evaluación inicial (en inglés *Intake*) de niñas y adolescentes para la obtención de un diagnóstico fiable así como las características personales, cognitivas, emocionales, conductuales y relacionales que orientasen hacia el tratamiento a implementar.
- Observar las evaluaciones psicológicas para establecer la idoneidad para la realización de Cirugía Bariátrica en adolescentes, así como su tratamiento psicológico previo y posterior a la intervención quirúrgica.
- Asistir a las sesiones de tratamiento psicológico individuales y familiares en TCA en la clínica ambulatoria y en la unidad de ingreso. Asimismo, intervenir como co-terapeuta en sesiones de terapia familiar en la que las familias fuesen de origen hispano y hablasen español.
- Asistir y participar de las sesiones de supervisiones clínicas del equipo de tratamiento psicológico.

Además, durante los tres meses de Rotación Externa en el Programa de TCA de Stanford, se me dio la posibilidad de rotar durante dos semanas en la Unidad de Ingreso para TCA.

En este sentido, para poder consultar la organización temporal a lo largo de la semana, véase la Tabla 2 en donde se adjunta el Cronograma.

Tabla 2. Cronograma.

Día Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00-11:00	<i>Intake</i> (Primeras Consultas)	<i>Intake</i> (Primeras Consultas)	<i>Intake</i> (Primeras Consultas)	<i>Intake</i> (Primeras Consultas)	<i>Intake</i> (Primeras Consultas)
11:00-12:00	Formación Online, estudio y visualización de Sesiones en Video	<i>Lab Meeting</i> (Reunión de Equipo)	Supervisión Clínica	Supervisión Clínica	Sesiones de Tratamiento Familiar o Individual en TCA
12:00-13:00	Formación Online, estudio y visualización de Sesiones en Video	Clinical Session/Journal Club (Discusión de Casos clínicos y/o artículos)	Formación Online y estudio y visualización de Sesiones en Video	Supervisión Clínica	Sesiones de Tratamiento Familiar o Individual en TCA
13:00-14:00	Formación Online, estudio y visualización de Sesiones en Video	Formación /Seminarios para postdoctorales y residentes	Formación Online, estudio y visualización de Sesiones en Video	Sesiones de Tratamiento Familiar o Individual en TCA	Sesiones de Tratamiento Familiar o Individual en TCA
14:00-16:00		Formación Online, estudio y visualización de Sesiones en Video	Primeras Consultas Evaluación Cirugía Bariátrica	Sesiones de Tratamiento Familiar o Individual en TCA	
16:00-18:00			Sesiones de Tratamiento Familiar o Individual en TCA		

3.1.1. Evaluaciones Iniciales en el Programa Ambulatorio para TCA del niño y del adolescente.

La inclusión de nuevos pacientes y sus respectivas familias se lleva a cabo mediante la primera sesión de evaluación (*Intake*). Semanalmente se incorporan más o

menos tres nuevas familias y/o pacientes. Los nuevos pacientes y sus familias son derivados desde pediatría o desde Medicina del Adolescente con la solicitud de una evaluación que confirme un diagnóstico de la esfera del TCA y orientación hacia su intervención.

La acogida y evaluación realizada mediante entrevista abierta es llevada a cabo por un psicólogo clínico postdoctoral (vía Ph.D o Psy.D) o por un psicólogo clínico adjunto (Ph.D o Psy.D) del programa. Por otro lado, y de manera concurrente, la evaluación psicométrica mediante Eating Disorder Examination Interview (EDE, Fairburn Y Cooper, 1993) era implementada por un psicólogo designado como *Research Assistant* (Asistente de Investigación) no clínico, sino más enfocado a la investigación y la evaluación o en proceso de formación predoctoral.

Tras la firma de los consentimientos informados por parte de los miembros de la familia, la evaluación comienza con la niña o la adolescente de manera individual. La evaluación inicial con la adolescente busca un diagnóstico multiaxial así como ecológico y específicamente las dificultades concretas entorno a la conducta alimentaria. Tras una hora a solas con la niña o adolescente se evalúa al subsistema parental sin la presencia de la hija. En este momento la psicóloga responsable de aplicar el EDE evalúa a la hija. Durante la entrevista abierta con los padres se explora la conducta alimentaria de la niña y factores asociados al mismo, su estado psicopatológico desde la óptica parental, así como el funcionamiento familiar entorno al trastorno. Concluida la entrevista con los padres, transcurridos 45 minutos, el psicólogo clínico responsable de la evaluación se reúne con el psicóloga supervisor para contrastar la información e impresiones recogidas con el objeto de orientar el tratamiento así como el diagnóstico. Una vez acordado el tratamiento a seguir o la necesidad de una más profunda evaluación, el psicólogo clínico se reúne junto a la hija y padres para llevar a cabo una devolución de las impresiones obtenidas y de los pasos a llevar a cabo respecto al tratamiento.

En caso de que el equipo tome una decisión respecto al tratamiento psicológico a implementar, durante la fase de devolución con la familia se lleva a cabo una breve introducción de carácter psicoeducativo sobre la psicoterapia, ya sea *FBT*, TCC, Terapia Centrada en el Adolescente, Terapia de Remediación Cognitiva...etc.

3.1.2. Evaluaciones psicológicas para establecer la idoneidad para la realización de Cirugía Bariátrica en adolescentes y su seguimiento psicológico.

Junto a la supervisora clínica, la Dra. Kara Fitzpatrick, puede asistir como observador una vez por semana a las evaluaciones psicológicas para establecer la idoneidad para la realización de Cirugía Bariátrica en adolescentes. Durante la exploración el psicólogo clínico realiza una exhaustiva evaluación del comportamiento alimentario, las dinámicas y sistema familiar, estado psicopatológico exhaustiva y personalidad del paciente. Para ello, se cita al paciente adolescente junto a sus padres después de haber sido examinado por el facultativo de Medicina Adolescente. La sesión de evaluación tiene una duración entorno a dos horas a través de las cuales se entrevista al adolescente y los padres y/o las figuras cuidadoras en caso de que no fuesen los padres. Además de las evaluaciones pertinentes para establecer la idoneidad o no de llevar a cabo la intervención quirúrgica, pude asistir a sesiones de apoyo psicológico y tratamiento previas y posteriores a la intervención quirúrgica.

Por otro lado, pude asistir a las reuniones de coordinación del equipo en cirugía bariátrica con el equipo de pediatras, medicina adolescente y cirujanos en donde el psicólogo clínico comparte los resultados y conclusiones respecto a cada paciente.

3.1.3. Asistencia a las sesiones de tratamiento psicológico individuales y familiares en TCA.

Tal y como ya ha sido apuntado anteriormente, pude asistir a sesiones de tratamiento familiar basado en *FBT* y Terapia Centrada en el Adolescente en AN y TCC en BN a lo largo de mi estancia en Stanford como observador. Sin embargo, con el permiso del terapeuta, con ciertos pacientes y familias pude intervenir como co-terapeuta en sesiones de terapia familiar e individual en la que las familias fuesen de origen hispano, familias mexicanas en su mayoría, y hablasen español.

3.1.4. Participación en las supervisiones clínicas del equipo de tratamiento psicológico.

Cada Psicólogo Clínico post-doctoral debía de supervisar la evolución de cada uno de los pacientes que estaban a su cargo con la supervisora jefe, la Dra. Kara Fitzpatrick. En este sentido, cada uno de los terapeutas llevaba a cabo una sesión

semanal de supervisión clínica de dos horas de duración a la que podía asistir como observador y parte del equipo de tratamiento.

La supervisión consistía en orientación técnica a cargo de la supervisora clínica en Terapia Familiar principalmente y/o cualquier otro tipo de orientación o técnica relevante para el caso clínico.

Además, pude participar de la supervisión clínica grupal semanal de dos horas de duración junto a los terapeutas psicólogos clínicos encargados de proveer tratamiento familiar en el proyecto de investigación en *FBT* para la AN.

3.1.5. Actividades clínico-asistenciales en la Unidad de Ingreso para TCA.

Durante las dos semanas de rotación en la Unidad de Ingreso para TCA, pude asistir como observador a las entrevistas de acogida de los pacientes y sus familias el primer día de ingreso junto al residente de psicología clínica o psiquiatría y/o junto al psiquiatra o psicólogo clínico facultativo. Igualmente, asistía como observador de las entrevistas de seguimiento. Además de ello, durante el ingreso podía participar de manera activa de las entrevistas cuando las familias y los pacientes eran de origen hispano. Cada una de las entrevistas y exploraciones clínicas era supervisada en equipo junto a la psicóloga clínica y/o psiquiatra.

Por otro lado, pude participar diariamente de las reuniones multidisciplinarias de coordinación de la unidad de ingreso entre enfermería, trabajo social, pediatría, nutricionista, terapeuta ocupacional, psiquiatría y psicología clínica. En estas reuniones se diseñaba el tratamiento y la orientación a seguir con cada paciente. Así pues, pude asistir a sesiones familiares con el objeto de preparar a la familia para una terapia familiar a nivel ambulatorio, sesiones de corte cognitivo-conductual y terapia centrada en el adolescente o participar del diseño de un abordaje conductual para la alimentación durante el ingreso.

3.2. Actividades académico-formativas.

Tal y como ha sido descrito en el apartado 2.3., pude participar del conjunto de actividades académico-formativas del Programa de TCA de la Universidad de Stanford. En el presente punto desarrollo de manera más específica las actividades realizadas.

En este sentido, el programa concreto de actividades académico-formativas de una hora y media de duración una vez por semana que recibí de septiembre a diciembre de 2013 junto a los facultativos postdoctorales y residentes fueron las siguientes.

- Educación especial (Jemie Kane Ph.D)
- Estrategias conductuales para el baño (Kari Berquist Ph.D.)
- Prevención de conductas sexuales de riesgo (Hellen Wilson Ph.D)
- Somatización (Michelle Brown Ph.D)
- Desarrollo profesional en las ciencias del comportamiento
- Trastorno por Atracción (Kara Fitzpatrick Ph.D)
- Terapia de Aceptación y Compromiso (Sanno Zack Ph. D)
- Trastorno de la alimentación (Danielle Colborn Ph.D)
- Mindfulness

Por otro lado, recibí dos sesiones formativas de Cognitive Remediation Therapy para AN de 3 horas de duración cada una y otras 4 sesiones de dos horas de duración en Arte Terapia para AN de la mano de la profesora Kara Fitzpatrick.

Recibí un seminario específico sobre los cambios llevados a cabo en el DSM 5 de 4 horas de duración impartido por Kara Fitzpatrick, Danielle Colborn, Rebecca Rialon Berry y Michelle Brown.

Participé de manera activa en la formación piloto Online para clínicos en Family-Based Treatment para AN durante dos meses en Stanford y una vez finalizada la rotación libre desde mi lugar de residencia en el País Vasco hasta su finalización.

Finalmente pude asistir a la formación en Family-Based Treatment para AN de 12 horas de duración en el Hospital de la Universidad de Chicago durante dos días impartido por Renee Hoste (PhD.) y Angela Celio Doyle (Ph.D) y la formación en

Tratamiento Cognitivo-Conductual y Family-Based Treatment para BN en la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford de la mano de James Lock (MD y Ph.D) y Daniel Le Grange (Ph.D).

4. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO.

Sin duda este es uno de los temas cruciales a tener en consideración cuando uno regresa de un centro o programa de excelencia en Psicología Clínica, Psiquiatría y/o Ciencias del Comportamiento; ¿Podría realizarse algo similar en nuestro contexto de trabajo? A pesar de ser una persona relativamente optimista, he de confesar que a medio plazo difícilmente en nuestro contexto asistencial y académico podemos llegar a la excelencia contemplada en el Programa de la Escuela de Medicina de Stanford. Esta reflexión proviene de la enorme grieta y distancia existente entre el ámbito académico-universitario y el clínico-asistencial existente en la Comunidad Autónoma Vasca en lo que se refiere a la investigación y aplicabilidad del tratamiento psicológico y la psicología clínica.

En nuestro contexto las oportunidades de trabajar en el ámbito clínico-asistencial y colaborar de manera activa en la investigación aplicada en tratamientos psicológicos y/o psicoterapéuticos controlados y aleatorizados ya es una aventura más que difícil. Así pues, aún queda lejos poder unir dos entidades como la académica que a día de hoy no está tan interesada en la investigación en tratamiento, por su baja rentabilidad en comparación con el número de publicaciones en estudios exploratorios que pueden salir a la luz, y el mundo clínico que actualmente, no presta excesivo interés en la investigación y aplicabilidad de nuevos paradigmas teóricos y comprobar su eficacia en el ámbito clínico real. En mi opinión, son varios los factores que propician esta situación. Uno de ellos es la ya mencionado falta de interés por parte de las facultades de Psicología y sus departamentos de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico (PETRA) en la investigación en Tratamiento Psicológico más allá del tan de moda apoyo u orientación online en trastornos específicos o programas psicoeducativos aplicados en el ámbito de la Psicología de la Salud. En este sentido, es importante reflexionar sobre la investigación en evaluación y exploración de casuísticas y diferenciarlas de la investigación en tratamientos o psicoterapia. Por lo tanto, la falta de interés y por ende, de financiación, repercute en una falta de proyectos que incidan

en el estudio de los tratamientos psicológicos cara a cara, en formato individual y familiar. Esta falta de proyectos y financiación y a su vez, colaboración con los Departamentos de Sanidad, no promueven ni facilitan la figura de un Facultativo especialista en Psicología Clínica que pueda ser reconocida su labor asistencial e investigadora en su jornada laboral tal y como gran parte del equipo de profesionales del Programa de TCA de la Universidad de Stanford tienen reconocida. Al fin y al cabo, la posibilidad de realizar tratamientos cara a cara, en formato individual y familiar, en contextos clínicos reales así como acceso a muestras clínicas objeto de estudio es de más fácil acceso en el ámbito asistencial. En este sentido, ante el interés de poder colaborar junto al Programa de TCA de Stanford uno se encuentra ante la imposibilidad de desarrollar un proyecto conjunto debido a la falta de recursos humanos y técnicos en nuestro contexto. Así, una colaboración estrecha entre los departamentos de PETRA, unidades de Salud Mental y unidades de Investigación Sanitaria sería fundamental y necesaria para comenzar a aplicar el modelo de investigación en psicoterapia de la Escuela de Medicina de Stanford.

Por otro lado, la incorporación y aplicación de protocolos y tratamientos psicoterapéuticos manualizados en clínica, al menos en la formación de los PIRes sería totalmente factible. Este hecho podría suponer una supervisión clínica más sujeta a criterios formales y técnicos que servirían como guía al psicólogo clínico en formación, así como un ajuste personalizado al tipo de familias e individuos en consulta tomando como referencia un modelo teórico descrito que podría ser monitorizado a cargo de los supervisores clínicos de una manera más pormenorizada. En este sentido, conocemos las reticencias de ciertos clínicos a la hora de utilizar manualizaciones en psicoterapia, sin embargo, este puede ser un obstáculo a salvar con el tiempo y la incorporación de nuevas generaciones y nuevos enfoques desde la Terapia Sistémica, la Cognitivo Conductual o incluso la psicodinámica en la que la inclusión de manualizaciones es algo cada vez más común.

Otro factor a tener en consideración, es el exquisito tratamiento de la sobrecarga asistencial de los terapeutas y la óptima utilización de recursos para el cambio psicoterapéutico y recuperación de las pacientes y sus familias. Desde el Programa de Stanford se trata de lograr un equilibrio entre la carga de pacientes asignados a un terapeuta y la aplicación del tratamiento de manera óptima. Así, a de comentarse que la

presión y responsabilidad que recae en un terapeuta que trata por ejemplo a pacientes con AN y sus familias se contempla con sumo cuidado, principalmente por el riesgo vital de las pacientes y la consecuente presión en el terapeuta y equipo de trabajo. Quizá en nuestro contexto asistencial, recursos como poder atender a una paciente y a su familia de manera semanal, respetando los tiempos necesarios de cada sesión es difícil por la falta de recursos existentes, como falta de Psicólogos Clínicos que puedan dar respuesta a la demanda existente en Psiquiatría Infanto-Juvenil y Unidades de TCA. Sin embargo, a pesar de no contar con el apoyo de las facultades universitarias de psicología ni medicina en la investigación de tratamientos psicológicos, el hecho de que contemos con una sanidad pública, no concertada a través de seguros médicos privados como en Estados Unidos, puede suponer un óptimo espacio a la hora de decidir el poner en práctica nuevos tratamientos psicológicos no implementados en nuestro contexto como el *FBT* de manera piloto sin la presión de los seguros médicos para implementarlo en una serie de sesiones o en un espacio de tiempo concreto.

Finalmente, una reflexión respecto al importante papel del psicólogo clínico en el Programa de TCA de Stanford viene derivada del rol fundamental de nuestra profesión en sanidad y en la práctica clínica como expertos en el estudio y tratamiento del comportamiento humano. Así, de igual manera que para la aplicación de tratamientos psicoterapéuticos están reconocidas las funciones del psiquiatra como del trabajador social clínico en Estados Unidos, el psicólogo clínico es el agente crucial en el diseño, creación, estudio y aplicación de los tratamientos en ciencias del comportamiento. En este sentido, quizá es desde este prisma donde la función del psicólogo clínico es imprescindible en el trabajo multidisciplinar junto a psiquiatras, trabajadores sociales, enfermería, terapeutas ocupacionales y educadores sociales entre otros.

5. VALORACIÓN PERSONAL.

El aumento de la prevalencia de los TCA en la infancia y adolescencia, el hecho de que la AN tenga la mortalidad más alta entre el conjunto de trastornos mentales y que la intervención psicológica sea en el conjunto de los TCA el tratamiento de primera línea, son factores promueven la formación específica y exhaustiva en el tratamiento de

los TCA por parte del Psicólogo Clínico. Así, el papel relevante de la Psicología Clínica en el Programa de la Universidad de Stanford es más que notable.

El Programa de TCA de la Universidad de Stanford es uno de los programas de tratamiento de la AN, la BN y el Trastorno por Atracón y la Obsesidad más reconocidos a nivel internacional junto con el de la Universidad de Chicago, los cuales colaboran y trabajan de manera conjunta. El Programa ofrece formación académica y supervisión clínica en el Tratamiento Basado en la Familia para adolescentes con AN, único tratamiento de elección con resultados moderados en la AN. En nuestro contexto no existe formación ni supervisión a nivel nacional en este tipo de tratamiento psicológico. Además, el poder conocer y formarme directamente de la mano de los profesionales como el Dr. James Lock y la Dra Kara Fitzpatrick ha sido una oportunidad excepcional. Igualmente, abre la posibilidad de conocer la implementación de tratamientos psicológicos en TCA mediante una sofisticada metodología de investigación.

En este sentido, la estancia en el Centro Médico de la Universidad de Stanford me ha abierto la posibilidad de formarme en un marco de trabajo psicoterapéutico basado en la familia y de origen sistémico que promueve la relación familiar como fuente de ayuda primaria. Sin duda, es junto al Hospital Maudsley de Londres y el Hospital de la Universidad de Chicago los impulsores de que la terapia de familia pueda incorporarse a los tratamientos empíricamente validados rompiendo la hegemonía de la orientación cognitivo-conductual.

Tal y como ya he mencionado anteriormente, el protagonismo que cobra el Psicólogo Clínico en el tratamiento y la investigación del TCA en el Centro Médico de la Universidad de Stanford constata una apuesta a favor de un modelo Biopsicosocial real basado en la evidencia clínica que huye de un modelo Biomédico no apoyado por la evidencia científica.

El carácter formativo, clínico e investigador hace del programa un lugar más que óptimo para poder formarse en el tratamiento de los TCA, especialmente desde la terapia de familia pasando por la rehabilitación neuropsicológica. El equipo está formado por psicólogos clínicos y psiquiatras apasionados en las tres áreas que tiene como misión el programa y están en contacto continuo y estrecho con otros equipos

internacionales. Así, la creatividad en la implementación de tratamientos y su investigación promueven la construcción continua de conocimiento y avance. De esta manera, uno no encontrará profesionales integristas erigidos entorno a un pensamiento terapéutico único. Además, así lo avala el haber participado de forma activa en el avance del tratamiento de los TCA mediante la publicación e implementación satisfactoria de 8 manuales clínicos de tratamiento psicológico/psicoterapéutico en TCA y haber publicado 62 artículos en revistas internacionales indexadas solo en esta última década.

La organización y gestión de recursos es excelente, así como el compromiso de los profesionales. Ejemplo de ello es la importancia de una supervisión clínica exhaustiva.

Finalmente, valoro de manera más que positiva mi estancia en el Programa de Stanford. La formación obtenida durante mi estancia ha sido y será fundamental en el tratamiento del TCA a lo largo de mi carrera en mi entorno laboral, así como en la implantación paulatina del *FBT* para AN en niñas y adolescentes en nuestro contexto.

6. REFERENCIAS

- Arcelus, J., Mitchell, J. A., Wales, J. and Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*.68, 724–731.
- Chambless, D. L., Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 66, 7–18.
- Chen, H. and Jackson, T. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *Eur Eat Disord Rev*, 16, 375–85.
- de Souza Ferreira, J. E. and da Veiga, G. V. (2008). Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. *Appetite*, 51, 249–255.

- Eisler, I., Simic, M., Russell, G., and Dare C. (2007) A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*, 48, 552-560.
- Eisler, I., et al. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727–736.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). *The Eating Disorder Examination*. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford Press.
- Fisher, C., Hetrick, S. and Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H. G. Jr. and Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biol Psychiatry* 61, 348–358.
- Lock, J. and le Grange, D. (2001) Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *J Psychother Pract Res* 10, 253–261.
- Lock, J., & le Grange (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press. (Second Edition).
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard Univ Pr.
- Neumark-Sztainer, D. and Hannan, P. J. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154, 569–77.
- Schmidt, U. et al. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164, 591-598.

- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 159, 1284–1293.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. and Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 68, 714–723.
- Treasure, J., Claudino, A. M., and Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593.
- van Hoeken, D., Seidell, J. & Hoek, H. (2003). Epidemiology. En J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders*. (2da. Ed.) (pp. 11-34). West Sussex: Wiley & Sons.
- Wade, Byrne and Touyz (2013). A clinician's quick guide of evidence-based approaches Number 1: Eating disorders, *Clinical Psychologist*, 17, 31-32.
- WHO (Europe). (2005). *Mental health of children and adolescents. (Facing the challenges and finding solutions)*. Geneva: World Health Organization.

7. BIBLIOGRAFIA ESENCIAL EN CASTELLANO.

Lamentablemente no existe a día de hoy una bibliografía esencial disponible en castellano sobre el tratamiento FBT para AN y BN. Igualmente tampoco está disponible material en castellano sobre el Adolescent Focused Therapy ni sobre Cognitive Remediation Therapy.

Lock, J., & le Grange (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press. (Second Edition).

Lock, J., & le Grange (2007). *Treating Bulimia in Adolescents: A Family-Based Approach*. New York: Guilford Press.

Pearson, A. N., Heffner, M., and Follette, V. M. (2010). *Acceptance & Commitment Therapy for Body Image Dissatisfaction: A Practitioner's Guide to Using Mindfulness, Acceptance & Values-based Behavior Change Strategies*. New Harbinger Publications.

Tchanturia, K., and Davies, H. (2010). *Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa*. Cambridge University Press.