

Terapia de remediación cognoscitiva para la anorexia nerviosa

Juanita Gempeler¹

Resumen

Introducción: En los últimos años se ha venido desarrollando una nueva aproximación a la intervención para la anorexia nerviosa (AN) desde la neuropsicología: la terapia de remediación cognoscitiva. Basada en hipótesis derivadas de la práctica clínica, busca explorar la flexibilidad cognoscitiva en AN, a partir de dos conceptos: la dificultad para cambiar de un tipo de procesamiento de información a otro y la baja coherencia central, con miras a diseñar tratamientos específicos acordes. *Objetivo:* Revisar la literatura disponible, con el fin de estructurar una presentación de los desarrollos hechos hasta la fecha. *Método:* Se revisaron todos los artículos publicados hasta la fecha, según comunicación personal con la Dra. Kate Tchanturia, una de las autoras principales de la terapia de remediación cognoscitiva. La revisión de los artículos permite hacer un seguimiento del surgimiento, el desarrollo y el estado actual de este tipo de intervención terapéutica. *Conclusión:* Esta revisión pretende mostrar el desarrollo de este abordaje, así como la evidencia disponible desde el 2005 hasta la fecha.

Palabras clave: anorexia nerviosa, neuropsicología, terapia.

Title: Cognitive Remediation Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa.

Abstract

Introduction: In recent years a new approach to the clinical intervention of Anorexia Nervosa, based on neuropsychological concepts, has been developed: Cognitive remediation therapy. Based on hypotheses derived from clinical practice, it explores cognitive flexibility in Anorexia Nervosa within two concepts: Central coherence and set-shifting. The idea is to design a more tailored clinical treatment. *Objective:* A review of the available literature was performed, in order to structure a presentation of the developments up to date. *Method:* All the published articles were reviewed; information was obtained from personal communication with Dr. Kate Tchanturia, one of the main authors of Cognitive Remediation Therapy. The review of the articles allowed for the description of the appearance, development, and actual status of this therapy. *Conclusion:* This paper shows the development of this approach and the available evidence from 2005 to date.

Key words: Anorexia nervosa, neuropsychology, therapeutics.

¹ Psicóloga clínica, Pontificia Universidad Javeriana; diploma TCC, Universidad de Londres. Directora científica de Equilibrio.

Introducción

Al acercarnos a la efectividad en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, nos encontramos con un panorama difícil. Respecto a la *anorexia nerviosa*, la evidencia es pobre, tanto en número de estudios reportados, como en los tipos de diseños utilizados, y al integrar la información disponible, encontramos un estado del arte según los criterios NICE (2004) que nos sitúa en un nivel C, con poca evidencia en el nivel B y ausencia de estudios en el nivel A.

Kate Tchanturia y su grupo del Hospital de Maudsley, en Inglaterra, ha desarrollado una aproximación a la intervención para la anorexia nerviosa desde la neuropsicología: la *terapia de remediación cognoscitiva*. Esta revisión pretende mostrar el desarrollo de dicha aproximación, así como la evidencia disponible desde el 2005 hasta la fecha (2005, 2007-2009).

Neuropsicología y anorexia nerviosa

Los hallazgos neuropsicológicos en trastornos de alimentación han sido inconsistentes, posiblemente debido a la aplicación de un amplio rango de pruebas neuropsicológicas, (desarrolladas para evaluar el efecto de lesiones cerebrales o trauma), en grupos clínicos pequeños y heterogéneos, lo cual dificulta la posibilidad de detectar diferencias neuropsico-

lógicas sutiles en estos grupos, que claramente presentan alteraciones mucho menos severas (1).

En la actualidad, hay un consenso acerca de que no parece haber anomalías neuropsicológicas gruesas en AN. Los déficits reportados, como la rigidez cognoscitiva, tienden a ser sutiles (1,2).

Los TCA parecen estar asociados con un procesamiento anómalo de la información (3). Los hallazgos neuropsicológicos más fuertes en AN se refieren a déficits atencionales, como atención selectiva y funciones de flexibilidad/inhibición/selección de respuesta (2).

El grupo del Hospital de Maudsley, encabezado por Kate Tchanturia (1), propuso utilizar un abordaje más centrado, basado en hipótesis derivadas de la práctica clínica, para investigar a profundidad funciones específicas y mejorar la posibilidad de detectar el problema, explorar su validez ecológica y diseñar tratamientos “a la medida”, acordes con lo encontrado.

Su propuesta fue explorar la flexibilidad cognoscitiva en AN, a partir de dos conceptos: la dificultad para cambiar de un tipo de procesamiento de información a otro y la baja coherencia central.

Dificultad en el cambio de un tipo de información a otro (*set shifting*) en AN

La investigación del grupo de Maudsley se centra en la observación

de que las personas con AN muestran como característica principal una alta evitación de daño, inflexibilidad en el pensamiento, comportamientos rígidos alrededor de la comida y alto perfeccionismo. Éstos han sido postulados como endofenotipos de la anorexia nerviosa.

Los estudios neuropsicológicos han subrayado una tendencia de los pacientes con AN a ser inflexibles en tareas cognoscitivas y muy rígidos en el cambio de patrones de comportamiento. Estas dificultades implican una inhabilidad para cambiar el tipo de procesamiento de información (*set shifting*), habilidad que es esencial en la flexibilidad cognoscitiva, para permitir la adaptabilidad del comportamiento a las demandas del medio. Esta hipótesis ha sido sometida a prueba por este grupo, que encontró soporte experimental.

Los primeros estudios derivados de estudios longitudinales sugieren que lo encontrado no es función de la fase aguda de la enfermedad, sino que se mantienen tiempo después de restaurado el peso (1,4).

Debido a los resultados consistentes, que muestran una flexibilidad cognoscitiva reducida en AN, se está investigando la eficacia de un programa de intervención en flexibilidad cognoscitiva en pacientes hospitalizados. Las observaciones preliminares sugieren que la retroalimentación sobre la evaluación neuropsicológica y la remediación cognoscitiva usando un módulo de flexibilidad es beneficiosa para las

personas con AN en estados severos de su enfermedad, que tienen dificultades en las habilidades de cambio de procesamiento de información.

La búsqueda de evidencia para este abordaje va a requerir la utilización de muestras clínicas amplias para identificar los déficits neuropsicológicos sutiles, permitir su relación con la sintomatología clínica y establecer relaciones con medidas de personalidad y otras disposiciones biológicas. Al integrar este abordaje a un diseño longitudinal, también podría examinarse el concepto de *estado/rasgo* y el diseño de programas de intervención basados en la evidencia encontrada.

Empiezan a aparecer reportes en la literatura que dan cuenta de la evidencia en este tema: en el 2007, Roberts y colaboradores hicieron una revisión sistemática de la literatura y un metaanálisis de la habilidad de cambio de un tipo de procesamiento de información a otro en TCA, con el fin de mirar y sintetizar la literatura relacionada con este tema. Utilizaron las bases de información de Psycinfo, Medline y Web of Science, hasta diciembre del 2005. Igualmente, buscaron manualmente revistas de trastornos de información y secciones relevantes de referencias.

Seleccionaron quince estudios que contenían tanto TCA como grupos control de personas sanas y que habían empleado, al menos, una de las medidas neuropsicológicas determinadas en el estudio. La conclusión

fue que los problemas en el cambio de procesamiento de un tipo de información a otro están presentes en las personas que tienen un TCA.

Roberts y colaboradores (5) exploraron la dificultad de cambio en el procesamiento de información en AN y BN, como marcador de rasgo, factor de mantenimiento y candidato a endofenotipo de los TCA. Querían identificar el perfil cognoscitivo de esta dificultad, por medio de los diferentes diagnósticos de TCA, al evaluar si se constituye en un marcador de rasgo o de estado y hasta qué punto aparece en familias. Lo hicieron aplicando una batería neuropsicológica a 270 mujeres con AN, BN, mujeres recuperadas de AN, hermanas no afectadas de pacientes con AN y BN, y mujeres sanas.

La pobre capacidad de cambio en el procesamiento de un tipo de información a otro se encontró en una tasa mayor en las pacientes con TCA, particularmente en los subtipos purgativos. Alguna evidencia fue encontrada en pacientes recuperadas de AN y en hermanas no afectadas de pacientes con AN y BN. Clínicamente, se asoció con una mayor duración de la enfermedad y con mayor severidad de los rituales del TCA, pero no con el índice de masa corporal (IMC).

Este estudio parecería indicar que la pobre habilidad para procesar un tipo de información a otro es transdiagnóstica y se relaciona con otros aspectos de la enfermedad diferentes a la malnutrición. Pare-

cería ser un rasgo familiar, y muy probablemente está implicada en el mantenimiento de la enfermedad.

Baja coherencia central en mujeres con AN

Los pacientes con AN tienden a tener un procesamiento normal a superior en las tareas de procesamiento local de información y un bajo procesamiento de información global de información. Este patrón se ha denominado *baja coherencia central (weak central coherence)*.

Se refiere a un estilo cognoscitivo en el cual hay un sesgo hacia el procesamiento de información local o detallada, sobre la tendencia natural a integrar la información en un contexto. Este concepto es nuevo en el campo de los TCA. Podría explicar la sobrepreocupación por las reglas y los detalles.

Una de las investigadoras del grupo de Maudsley, López y colaboradores (6), diseñó un estudio cuyo objetivo fue medir la coherencia central en AN. Su hipótesis era que las personas con AN muestran un sesgo para el procesamiento local de información y un procesamiento débil de procesamiento global. Una hipótesis secundaria plantea que este sesgo debería ser más pronunciado en las tareas visoespaciales que en las verbales.

Los resultados de dicho estudio apoyan la hipótesis de que las personas con AN tienen una coherencia central débil, con fortalezas en el

procesamiento local, y una debilidad relativa en el procesamiento global, particularmente en el dominio visual. El perfil encontrado coincide con el del autismo y el síndrome de Asperger.

Los hallazgos coinciden con lo hallado por Kempys y Tokley (7), quienes encontraron un procesamiento local superior en pacientes con AN. Los resultados de este estudio sugieren que las personas con AN tienen una coherencia central débil, con un sesgo hacia el procesamiento local sobre el procesamiento global de información, particularmente en el dominio visual. Este perfil se asocia, particularmente, con síntomas obsesivos compulsivos (OC). Los rasgos OC tienen un impacto en el pronóstico de la AN y pueden ser factores mediadores y moderadores en el tratamiento.

Southgate, Tchanturia y Treasure (8), coordinadoras del grupo del Maudsley para este proyecto de CRT, buscaron identificar cuál era el estilo de procesamiento de información preferencial en TCA. Para esto compararon la ejecución de pacientes con TCA y la de controles sanos en una tarea, para medir estilo cognoscitivo; encontraron soporte para la hipótesis de que los individuos con AN tienen un sesgo hacia el procesamiento local detallado, indicativo de una coherencia central débil.

En el 2009, López, Tchanturia, Stahl y Treasure (8) quisieron explorar hasta qué punto la baja coherencia central puede ser vista

como un endofenotipo en los TCA; para ello, partieron de la base de que el trabajo anterior mostraba que las mujeres con AN y BN presentaban esta característica. Para buscar someter a prueba su hipótesis, trabajaron con 42 pacientes recuperadas de TCA y 42 mujeres sanas, a quienes evaluaron neuropsicológicamente, buscando aspectos de funcionamiento global, frente a local, de información. El grupo de pacientes recuperadas mostró un procesamiento de información local superior y uno global inferior frente al grupo de mujeres sanas, lo que indica una coherencia central débil. Dicho resultado sugeriría que esta característica es estable, más que un efecto del estado en un TCA, y soporta la hipótesis de verla como un endofenotipo para los TCA.

Terapia de remediación cognoscitiva

Los estudios neuropsicológicos han mostrado que los pacientes con AN tienen dificultades en flexibilidad cognoscitiva. Específicamente, parecen tener dificultades en el cambio de una estrategia cognoscitiva a otra, y de un estímulo al otro, así como en la realización de tareas simultáneas. Esta inflexibilidad es un estilo de pensamiento prevalente en AN y no mejora al ganar peso. Dicho estilo cognoscitivo puede ser considerado como un componente central de la patología anoréxica y contribuiría al mantenimiento de la enfermedad.

Estos hallazgos han sido utilizados para desarrollar una intervención clínica que busca utilizar ejercicios cognoscitivos con el fin de fortalecer habilidades de pensamiento.

Treasure (9) sugiere que los tratamientos para la AN deben ser hechos a la medida de los factores de predisposición y de mantenimiento, como las anormalidades en el procesamiento de información ya descritas. Es posible que la utilización de módulos específicos de tratamiento para corregir sesgos en el procesamiento de información, como la baja coherencia central, puedan mejorar el resultado de los tratamientos para la AN, al afectar los rasgos impulsivos de la enfermedad.

La TRC es un modelo de transición de la investigación neuropsicológica a la práctica clínica. Está diseñado para mejorar los síntomas y el funcionamiento general de los pacientes, al remediar sus déficits cognoscitivos (10,11).

Ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de esquizofrenia y TOC, y responde a una necesidad en el tratamiento de pacientes severamente enfermos que no parecen beneficiarse de la TCC. Además, puede ser usada como uno de los componentes de tratamiento.

Tchanturia y colaboradores (12) realizaron una investigación preliminar con TRC en cuatro pacientes con AN (todas ellas mujeres, diagnosticadas con AN, con un IMC menor de 17,5, entre los 22 y los 42 años de edad, con una duración de su

enfermedad entre 7 y 24 años, y una edad de inicio entre los 14-18 años, con un número de admisiones previas entre 1 y 3), quienes recibían tratamiento usual en el hospital de Maudsley, en Londres.

Los objetivos eran explorar si este entrenamiento mejoraba la ejecución en tareas que implicaban cambios de procesamiento de información, si dicha intervención era vista como apropiada y aceptable por los pacientes, y si lo era, usar la información para desarrollar un módulo de TRC para pacientes con AN. La intervención constó de 10 sesiones de TRC, de 45 minutos de duración. Los pacientes fueron evaluados antes y después de estas sesiones, con cinco pruebas que requerían cambio en el tipo de procesamiento de información. Los resultados indicaron una mejoría en su flexibilidad cognoscitiva, lo cual sugiere que la TRC cambia la ejecución en tareas de flexibilidad cognoscitiva, que podría ser benéfico para pacientes agudos con AN resistentes al tratamiento. En la discusión se sugiere la importancia de ligar los ejercicios con tareas en la vida real de las pacientes, en las que se facilite el procesamiento global.

La hipótesis sobre el funcionamiento de la TRC es que entrena procesos cerebrales básicos, por medio de la proliferación y el refinamiento de conexiones neurales, y enseña estrategias adaptativas. Mejora el procesamiento más que el contenido del pensamiento.

El *módulo manualizado* de TRC, desarrollado por Tchanturia y sus colaboradores en el Hospital de Maudsley, incluye ejercicios para mejorar la habilidad de cambio de procesamiento de información (1,12,13).

El *procedimiento* incluye los siguientes pasos:

- Evaluación neuropsicológica.
- Retroalimentación motivacional de los resultados de esta evaluación.
- Sesión de revisión. Metas y estrategias para moderar el sesgo al procesamiento local de información y la rigidez cognoscitiva.

La *técnica* consiste en la combinación de retroalimentación de los resultados de la evaluación neuropsicológica usando diálogo socrático, práctica intensa de tareas neuropsicológicas, sumadas a las sesiones regulares de terapia cognoscitiva comportamental.

Busca trabajar ejercicios mentales dirigidos a mejorar estrategias cognoscitivas, habilidades de pensamiento y sistemas de procesamiento de información. Se centra en el *cómo*, más que en el *qué* piensa el paciente; busca efectos en los rasgos, más que en estados, y es una intervención limitada en el tiempo.

El procedimiento no incluye la confrontación con emociones. Busca trabajar con las habilidades de pensamiento y los sistemas de procesamiento de la información. Pretende tocar el tema de la rigidez,

al trabajar con habilidades de cambio en el procesamiento de información, que no parecen cambiar con la restauración de peso.

Los ejercicios incluyen tareas como: ilusiones, mapas reales, ejercicios numéricos, pictóricos y verbales (palabras); palabras escondidas; resúmenes de tareas, de cartas; creación de títulos para textos. Enfatiza la validez ecológica, al buscar la aplicación de lo trabajado en las sesiones a la vida real y al acordar tareas comportamentales asociadas (1).

La TRC como preparación a la TCC

La TRC no toca los contenidos centrales de un TCA, y utiliza material afectivamente neutro. Los pacientes con AN tienden a evitar las emociones, y la TRC se los permite, al darles un medio no amenazante. Las tareas requieren periodos cortos de concentración y son sencillas, lo cual facilita el logro. En la medida en que el paciente pueda concentrarse mejor y ser más flexible, podrá hacer más útil la TCC, en la cual es central la habilidad para considerar diferentes perspectivas y para moverse entre varias opciones (por ejemplo, retar un pensamiento distorsionado implica recoger evidencia sobre diferentes opciones).

Igualmente, la TCC necesita la habilidad de tener una perspectiva amplia y global de un problema o un evento. Es decir, los procesos lógicos que son el objetivo de la TCC

están basados en procesos básicos de pensamiento, que son el objetivo de la TRC.

La TRC da al paciente una oportunidad de experimentar una relación terapéutica positiva, en un momento en el que todavía no puede tener logros terapéuticos complejos, como los que están implicados en la TCC.

La TRC puede irse mezclando con la TCC al buscar la aplicación de las habilidades desarrolladas en la vida cotidiana. Los pacientes no solamente son rígidos, también le temen al cambio, y ambos tipos de terapia se dirigen de manera complementaria a estos temas.

Sobre las implicaciones futuras, pareciera que la TRC puede ser una herramienta prometedora en el tratamiento de la AN. La retroalimentación de pacientes que han recibido TRC como parte del tratamiento de AN es generalmente positiva. La describen como refrescante, con un énfasis diferente a la comida. La encuentran útil en la reducción del perfeccionismo y la rigidez. La mayoría habla de la posibilidad de utilizar los principios en la vida real (14, 15). Sin embargo, es necesario esperar los resultados de los experimentos clínicos controlados actualmente en curso para evidenciar los efectos de la intervención y su sostenibilidad a mediano y largo plazo.

Referencias

1. Tchanturia K, Campbell IC, Morris R, Treasure J. Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2005;37 Suppl:S72-6, discussion S87-9.
2. Lauer CJ. Neuropsychological findings in eating disorders. En: D'Haenen, den Boer JA, Willner P (editores). *Biological Psychiatry.* Swansay, UK: Wiley; 2002. pp. 1167-72.
3. Southgate L, Tchanturia K, Treasure J. Neuropsychological studies in eating disorders: a review. New York: Nova Science Publishers; 2009.
4. López C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychol Med.* 2008;38(10):1393-404.
5. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res.* 2010;44(14):964-70.
6. López C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Central coherence in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2008;41(4):340-7.
7. López C, Tchanturia K, Stahl D, Booth R, Holliday J, Treasure J. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2008;41(2):143-52.
8. Southgate L, Tchanturia K, Treasure J. Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice. *J Ment Health.* 2005;14(6):553-66.
9. Treasure J, Tchanturia K, Schmidt U. Developing a model of the treatment for eating disorder: using neuroscience research to examine the how rather than the what of change. *Couns Psychother Res.* 2005;5(3):191-202.
10. Baldock E, Tchanturia K. Translating laboratory research into practice: foundations, functions and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Therapy.* 2007;4(3):285-93.
11. Tchanturia K, Davies H, López C, Schmidt U, Treasure J, Wykes T. Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case-series. *Psychol Med.* 2008;38(9):1371-3.
12. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preli-

- minary findings. *Ann Gen Psychiatry*. 2007;6:14.
13. Tchanturia K, Whitney J, Treasure J. Can cognitive exercises help treat anorexia nervosa? *Eat Weight Disord*. 2007;11(4):e112-6.
14. Whitney J, Easter A, Tchanturia K. Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *Int J Eat Disord*. 2008;41(6):542-50.
15. Cwojdzinska A, Markowska-Regulska K, Rybakowski F. [Cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa--case report]. *Psychiatr Pol*. 2009;43(1):115-24. Polish.

Conflicto de interés: la autora manifiesta que no tiene conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 2 de septiembre del 2010
Aceptado para publicación: 12 de noviembre del 2010

Correspondencia
Juanita Gempeler
Equilibrio
Calle 108 N° 14-22
Bogotá, Colombia
jgempeler@gmail.com