

Memoria de actividades 2009

1. Presentación	3
2. El modelo ITA	4
2.1 El modelo actual	4
2.2 Los TCA	5
2.2.1. La anorexia nerviosa	5
2.2.2 La bulimia nerviosa	5
2.2.3 Trastornos no especificados.....	6
2.2.4 Obesidad.....	7
2.2.5 Tratamiento de la comorbilidad asociada al TCA.....	8
3. ITA en cifras	9
3.1. Recursos asistenciales.....	9
3.2 Análisis de la población atendida	11
3.2.1 Evolución del total de la población atendida.....	11
3.2.2 Perfil demográfico de la población atendida.....	12
3.3 Análisis de la actividad asistencial	13
3.3.1 Alta terapéutica	13
3.3.2 Hospitalización	14
3.3.3 Hospital de día	14
3.3.4 Diagnóstico	16
3.3.5 Pisos terapéuticos	17
3.3.6 Peticiones de información.....	19
4. Vías de financiación	20
4.1 Acuerdos de colaboración	20
4.2 Convenios	21
4.3 Conciertos	21
5. El equipo humano	22
6. Datos económicos y financieros.....	23
6.1 Ingresos durante 2009 por tipo de financiador	23
6.2 Previsión de ingresos para 2010 por tipo de financiador	23
7. Entidades colaboradoras.....	24
8. Participación en Congresos y Jornadas.....	25
9. ITA en los medios de comunicación.....	25
10. Vías de financiación	26
10.1 Cambio de inmueble.....	26
10.2 Nuevo programa asistencial	27
10.3 Obesidad.....	28

1. PRESENTACIÓN

El 2009 ha sido un año de continuidad en las diferentes líneas de trabajo en las que se viene trabajando en ITA en los últimos años. En el plano asistencial se ha consolidado el modelo de tratamiento integral y multidisciplinar que ha sido la piedra angular del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria desarrollado por ITA desde sus inicios. Se han mantenido todos los recursos terapéuticos (internamiento, hospital de día, pisos terapéuticos) y se han establecido vínculos más estrechos entre ITA y FITA. Se ha empezado a desarrollar un nuevo programa dirigido al tratamiento de la obesidad, principalmente en la etapa infantojuvenil que resulta novedoso por tratarse de un abordaje multidisciplinar en el que los aspectos psicológicos adquieren especial relevancia

Para el año 2010 se plantean desde ITA una serie de cambios dirigidos a mejorar el nivel de calidad asistencial y de servicio. Uno de los objetivos ha sido avanzar en la línea de adaptar el tratamiento a las necesidades y situación personal de cada paciente. Para ello se está modificando el programa asistencial con el fin de personalizar el tratamiento en función de las características de cada paciente. Ello implica tener en consideración diversos elementos relacionados tanto con la enfermedad como con aspectos de personalidad-carácter así como la edad y momento del ciclo vital de los pacientes.

Está previsto también para el próximo año la apertura de un nuevo centro hospitalario en el que se unifiquen los servicios asistenciales de ITA de Tibidabo y Guillem Tell que supondrá una mejora importante en la infraestructura y que permitirá el desarrollo pleno de todos los cambios previstos en el programa asistencial.

2. EL MODELO ITA

2.1. El modelo actual

ITA nace con el propósito de crear nuevos recursos de abordaje específico de los trastornos de la conducta alimentaria, integrados en un modelo asistencial en el que la persona constituye el eje central y agente activo del tratamiento. Se ofrece por lo tanto un tratamiento personalizado y ajustado a las necesidades de cada paciente.

En el momento actual, ITA se organiza como una red asistencial especializada, coordinado por un equipo multidisciplinar que aborda el trastorno de una manera global, interviniendo en todas las áreas de la vida de los pacientes. Entendemos también que la atención de los TCA ha de englobar la **prevención de la enfermedad**, la **restitución de la salud**, la **rehabilitación** y la **reinserción** de las personas afectadas en su entorno.

Nuestro modelo pone un especial énfasis en el abordaje biopsicológico y socio-familiar de los TCA. Para ello, el tratamiento incluye, además del abordaje terapéutico individual y grupal, intervención familiar y psicoeducativa. Disponemos de recursos asistenciales específicos y diferenciados: hospitalización, hospital de día, pisos terapéuticos con o sin asistencia sanitaria y tratamiento ambulatorio. Esta red asistencial se articula a través de un continuum de tratamiento que facilita la consecución de la autonomía del paciente, objetivo final y prioritario de nuestro modelo.

En ITA se trabaja cada una de las áreas afectadas por el trastorno con ayuda de psicoterapia individual y de grupo, tratamiento psiquiátrico y médico-nutricional, tiempo de ocio organizado y talleres dedicados a tratar aspectos relacionados con la comida y/o la imagen corporal. La finalidad de todo ello no sólo es la restitución de la salud, sino poder evitar al máximo futuras recaídas.

Nuestro compromiso principal es la introducción de nuevas estrategias de intervención que cubran los vacíos asistenciales existentes, lo cual es posible gracias a la investigación y a nuestra propia experiencia clínica,

Nuestra realidad diaria con los TCA nos ha impulsado a ensayar y aplicar recursos nuevos, más allá del abordaje psicoterapéutico y farmacológico, y en los cuales se tengan en cuenta los déficits y las dificultades sociales y personales mantenedoras del problema. Así, nuestra iniciativa y los resultados terapéuticos conseguidos han hecho de ITA un referente en el tratamiento de los TCA a lo largo de todo el territorio español, hecho que nos ha permitido continuar creciendo e innovando cada día.

Es importante destacar que la decisión del tratamiento más adecuado y, principalmente, del ingreso en ITA también estará determinada por variables psicológicas, familiares, conductuales, sociales, etc. que se relacionan con el cuadro y no sólo con cuestiones físicas y nutricionales.

2.2. Los TCA

Dependiendo de las manifestaciones clínicas, diferenciamos los siguientes tipos de TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de conducta alimentaria no especificados.

En muchos casos resulta difícil distinguir casos puros de Anorexia y Bulimia nerviosa, ya que es frecuente la coexistencia de los dos tipos de síntomas en un mismo paciente y es también habitual el viraje de uno a otro trastorno a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad. De hecho, prácticamente la mitad de los pacientes con anorexia nerviosa desarrollan síntomas bulímicos y algunos pacientes inicialmente con bulimia nerviosa presentan en su evolución síntomas anoréxicos.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Se caracteriza por una preocupación obsesiva sobre la alimentación, fobia extrema a ganar peso y control del mismo. Cursa con bajo peso y en mujeres, normalmente, provoca pérdida de la menstruación. Aún así, en la mayoría de casos, sienten el deseo de seguir bajando peso aunque estén muy por debajo del considerado normal para su altura y talla.

En el caso de la anorexia nerviosa restrictiva la persona desarrolla estrategias conductuales dirigidas a restringir alimentos, generalmente acompañadas del abuso de actividad física. En el caso de la anorexia nerviosa purgativa (en la que puede aparecer puntualmente algún atracón), la persona utiliza el vómito.

2.2.2 .Bulimia nerviosa

Se caracteriza por la pérdida de control vinculado a problemas de manejo emocional. La persona expresa un importante malestar después de efectuar el atracón, aunque la necesidad de realizarlo es imperiosa. Presenta siempre un fuerte deseo obsesivo de perder peso.

Hablamos de bulimia nerviosa purgativa cuando compensa el atracón con conductas purgativas como pueden ser el vómito, los laxantes y los diuréticos.

Hablamos de bulimia nerviosa no purgativa cuando no utilizan estas estrategias de compensación, aunque sí se valen del ayuno y la restricción extrema para perder peso. Esto hace que se mantengan en un peso normal.

2.2.3 Trastornos no especificados

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) son los trastornos que no cumplen todos los criterios diagnósticos que contemplan los manuales de clasificación científica.

Los TCANE son en la actualidad los trastornos alimentarios más frecuentes y contrariamente a lo que se piensa, pueden ser los casos más graves. Su gravedad viene determinada no sólo por la clínica alimentaria sino también por diversos factores psicopatológicos, conductuales, relacionales, etc. que deberán ser evaluados por el equipo clínico, ya que a menudo, van acompañados de otros trastornos de conducta, alteraciones de personalidad, dificultades familiares, relacionales, de convivencia y hábitos en general, que influyen negativamente en la normalización del funcionamiento vital.

Por la complejidad de estos trastornos, es importante realizar una detección temprana, un buen diagnóstico diferencial y una correcta orientación de tratamiento, abordando toda la problemática acompañante de forma paralela al tratamiento del trastorno alimentario.

Los TCANE se pueden manifestar de las formas siguientes:

- Formas de inicio del trastorno aún no desarrolladas en su totalidad y por tanto parciales..
- Formas del trastorno en los que no se manifiestan de manera continuada la sintomatología anoréxica y/o bulímica, sino que se entremezclan en su curso.
- Formas crónicas del trastorno donde aparecen muchos de los síntomas originales sin resolver, así como otros más problemáticos vinculados a dificultades afectivas, sociales y relacionales que deben tratarse con prioridad.
- Formas del trastorno con una sintomatología diferente no incluida en los anteriormente descritos. Hablamos principalmente del **Trastorno por Atracón o Sobreingesta Compulsiva**. Este trastorno se define por la presencia del atracón como manifestación principal, pero a diferencia de la bulimia no hay conductas compensatorias. Se trata de personas con sobrepeso que suelen haber intentado múltiples dietas, sin éxito, estando con frecuencia el uso de la comida vinculado a conflictos emocionales. Es fundamental diferenciar este trastorno de la obesidad o el sobrepeso, ya

que su tratamiento deberá ser muy distinto. Es un trastorno que puede llegar a ser muy invalidante y podría requerir de un ingreso hospitalario para realizar una buena evaluación y controlar adecuadamente la conducta alimentaria. La base del tratamiento es el abordaje multidisciplinar, donde el eje principal será psicológico bajo supervisión nutricional y psiquiátrica.

2.2.4 Obesidad

La obesidad es un trastorno caracterizado por exceso de grasa corporal que altera la salud del individuo y que en muchas ocasiones conlleva un riesgo de desarrollar una enfermedad crónica. Se trata de una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Suele iniciarse en la infancia y adolescencia y se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen intervienen factores genéticos y ambientales-familiares que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según sexo, talla y edad.

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física, basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios. Aún hoy, son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento sólo en estos principios. Si bien es cierto que la modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, es importante no olvidar que para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables.

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan. Estos factores psicológicos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

De todo ello se desprende, la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática. Desde ITA proponemos un programa de intervención en el que se trabaje, no sólo desde la educación e instauración de hábitos nutricionales y de actividad física, sino en el que se incluyan estrategias motivacionales orientadas a conseguir aquellos cambios personales y familiares necesarios para favorecer la

conciencia de problema y la adherencia al tratamiento.

Todo esto requiere de un proceso, no sólo de aprendizaje psicoeducativo en adultos, sino mucho más complejo, que en alguno de nuestros casos va a requerir de una hospitalización residencial breve para poder llevar a cabo de modo intensivo muchos de los objetivos descritos.

Los principales aspectos psicológicos que se tienen en cuenta para un tratamiento adecuado de la obesidad son:

- Motivación para el cambio
- Habilidades sociales
- Autocuidado personal y autoestima
- Hábitos de actividad física
- Hábitos familiares relacionados con la alimentación y el tiempo libre

Para trabajar estos aspectos resulta fundamental tener en cuenta elementos como la autoestima y los problemas en la relación, así como aspectos relacionados con los hábitos alimentarios y de actividad física y la motivación para realizar cambios en los mismos. En ITA planteamos este abordaje de una forma integradora y multidisciplinar, desde diferentes recursos, graduando la intensidad en el tratamiento y el grado de control en la estrategia de intervención, en función de las necesidades de cada individuo y de su familia

2.2.5 Tratamiento de la comorbilidad asociada al TCA

Es frecuente la presencia junto con el TCA de otros trastornos psiquiátricos, lo cual hace más compleja la situación y dificulta en muchos casos el abordaje terapéutico, haciendo imprescindible tener en cuenta este aspecto en la elaboración del plan terapéutico..

Los trastornos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia con los TCA son:

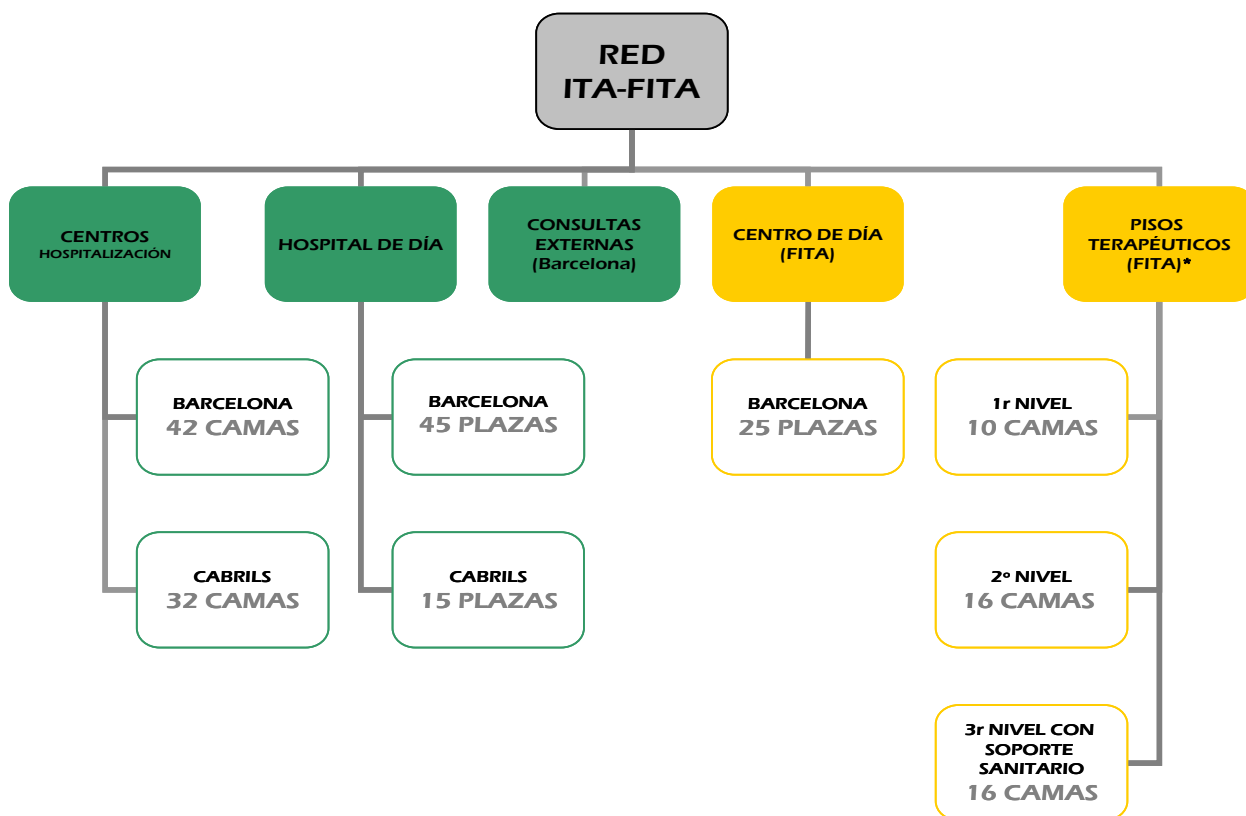
- Trastornos de personalidad (fundamentalmente de clusters B y C)
- Trastornos afectivos, principalmente depresión mayor
- Abuso de sustancias
- Trastornos de ansiedad. Principalmente:
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
 - Fobia social

3. ITA EN CIFRAS

3.1. Recursos Asistenciales

Actualmente, ITA dispone de una **red de recursos asistenciales** que se extiende a lo largo de un continuo de tratamiento que va desde la **hospitalización** de 24 horas de media-larga estancia, pasando por un régimen de **hospital de día**, hasta la **atención ambulatoria** y los **pisos terapéuticos**, recurso vinculado a los proyectos de FITA, la Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios.

A continuación, se muestra un esquema con los recursos y capacidad asistencial de la red de ITA y FITA.



La decisión sobre el recurso más adecuado a seguir por una persona que entra en el circuito se toma en función de una serie de criterios teórico-prácticos para favorecer una recuperación exitosa y reducir el riesgo de recaídas. Esta decisión no está basada en cuestiones solamente físicas, ya que se da la misma importancia, entre otros aspectos, a la problemática familiar, de conducta, de relación con la enfermedad, a los tratamientos previos, así como a aspectos personales.

- **Centros de Hospitalización.** Los centros de hospitalización disponen de servicio permanente de urgencia y atención continua 24 horas todo el año. Este recurso permite un abordaje intensivo del trastorno fuera del contexto sociofamiliar del/de la paciente, con unas posibilidades de contención físicas y psicológicas necesarias en los casos de mayor gravedad. Para atender las particularidades propias de cada rango de edad, cada uno de los centros de hospitalización, sitos en Cabrils y Barcelona, se han constituido como unidades especializadas en el tratamiento de pacientes infanto-juveniles y de adultos respectivamente.
- **Hospitales de Día.** El tratamiento en régimen de hospital de día está dirigido a pacientes que requieren un soporte terapéutico de contención durante parte del día, variando el tiempo de estancia en el hospital en función de la evolución de cada paciente. Se trata de una unidad de asistencia que ofrece un servicio suficientemente flexible para poder dar respuesta a las diversas necesidades que puede tener un/a paciente en los diferentes momentos de su proceso de recuperación.
- **Centro de día.** Se trata de un recurso de tipo psicosocial que tiene como objetivo la rehabilitación, la integración y la reinserción social de la persona en el medio desde una perspectiva comunitaria. Por ello, implementa programas de entrenamiento psicosocial y socioeducativo que fomentan las habilidades, competencias y aptitudes necesarias para la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas de TCA. Abarca aspectos como la orientación formativa y laboral, la inserción sociolaboral, el ocio y el tiempo libre, las actividades cotidianas de vida, la resolución de gestiones ante entidades externas, entre otros. En este sentido, se estructuran acciones de tutorización y guía personalizada, y otras de carácter grupal para implicar y activar a la persona en su propio proceso.
- **Pisos terapéuticos.** Este recurso asistencial está dirigido a pacientes con TCA que tienen dificultad para mantener y consolidar los objetivos terapéuticos alcanzados en los recursos anteriores. Desde este recurso se abordan las dificultades aspectos psicosociales que favorecen el mantenimiento del trastorno en pacientes con riesgo de cronicidad. Su objetivo es la consecución y consolidación de un nivel de autonomía adecuado en este tipo de pacientes, reduciendo el riesgo de posibles

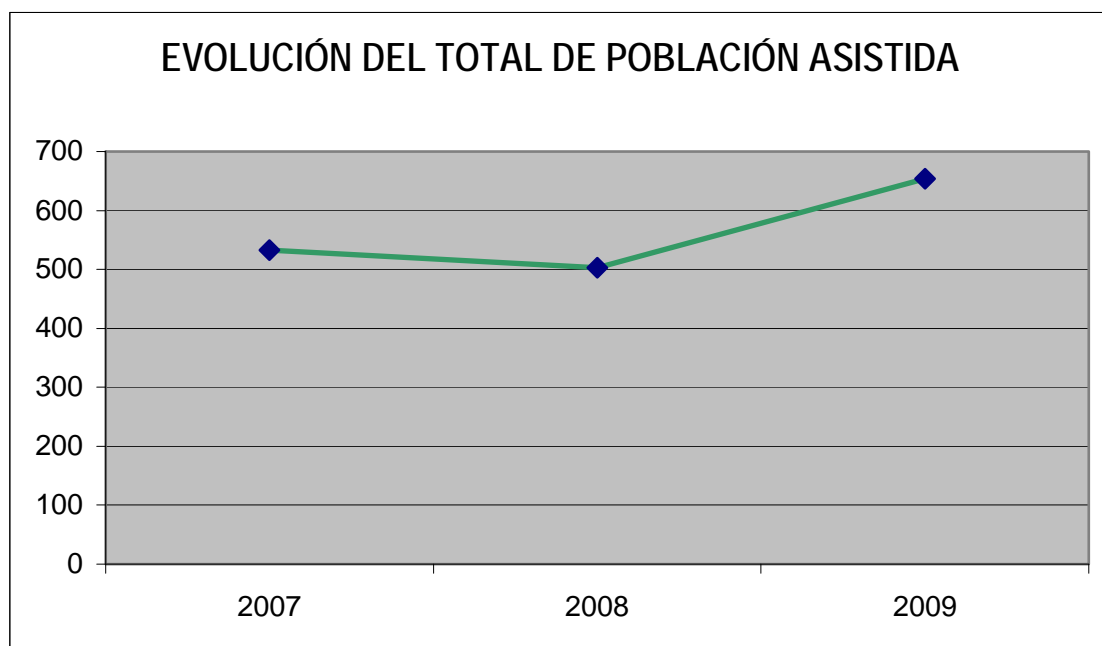
recaídas y reduciendo el grado de control externo de manera gradual y progresiva para conseguir una mejor calidad de vida.

- **Consultas externas.** Recurso de carácter ambulatorio especializado en la asistencia y estudio de trastornos de salud mental. Está formado por un equipo multidisciplinar formado por psicólogos, psiquiatras, educadores sociales y médicos, ofreciendo un gran número de servicios tanto terapéuticos como de orientación en diferentes ámbitos.

3.2. Análisis de la Población Atendida

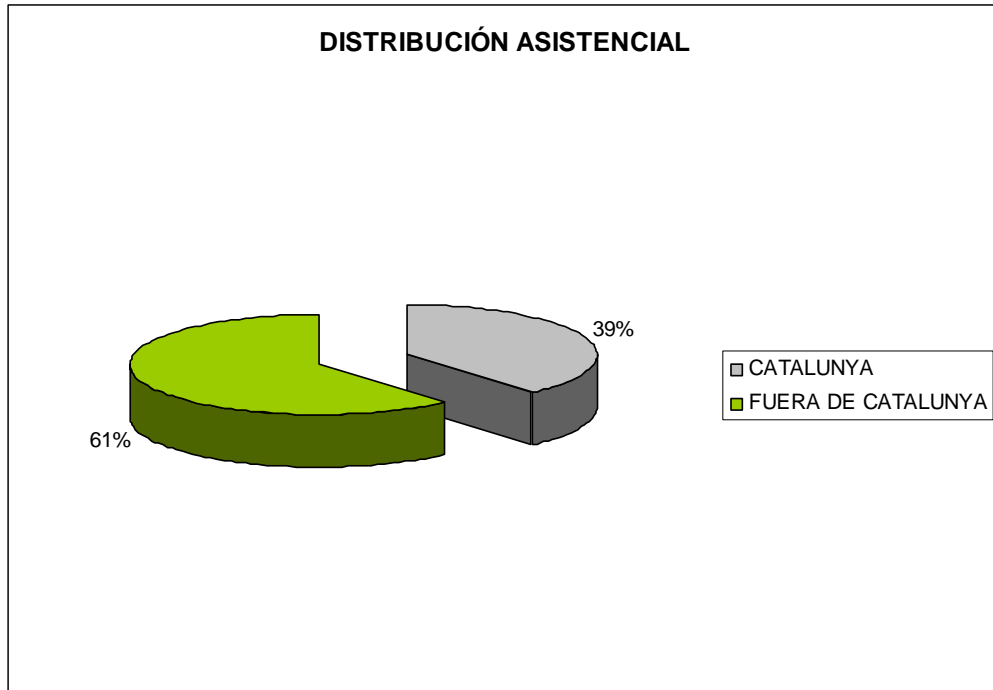
- 654 pacientes atendidos en régimen de hospitalización
- 1307 pacientes visitados en régimen ambulatorio (12002 visitas)
- Rango de edad: de 16 a 56 años

3.2.1. Evolución del total de la población atendida

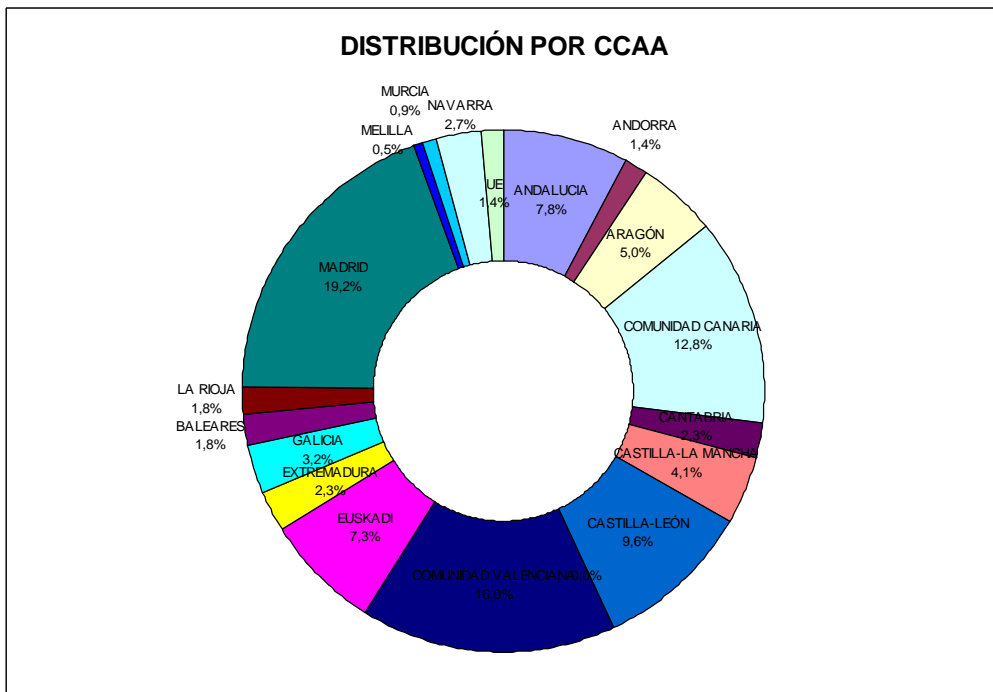


Distribución de la población atendida por pertenencia a Catalunya u otras Comunidades Autónomas

3.2.2. Perfil demográfico de la población atendida



Distribución de la población atendida por pertenencia a Catalunya u otras Comunidades Autónomas



Distribución de la población atendida por CCAA

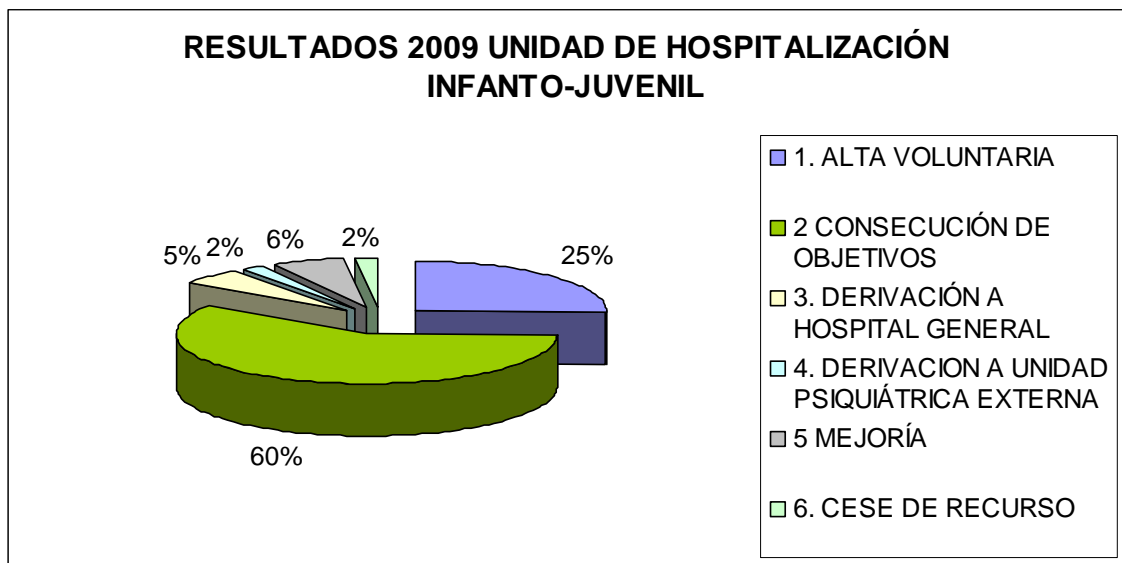
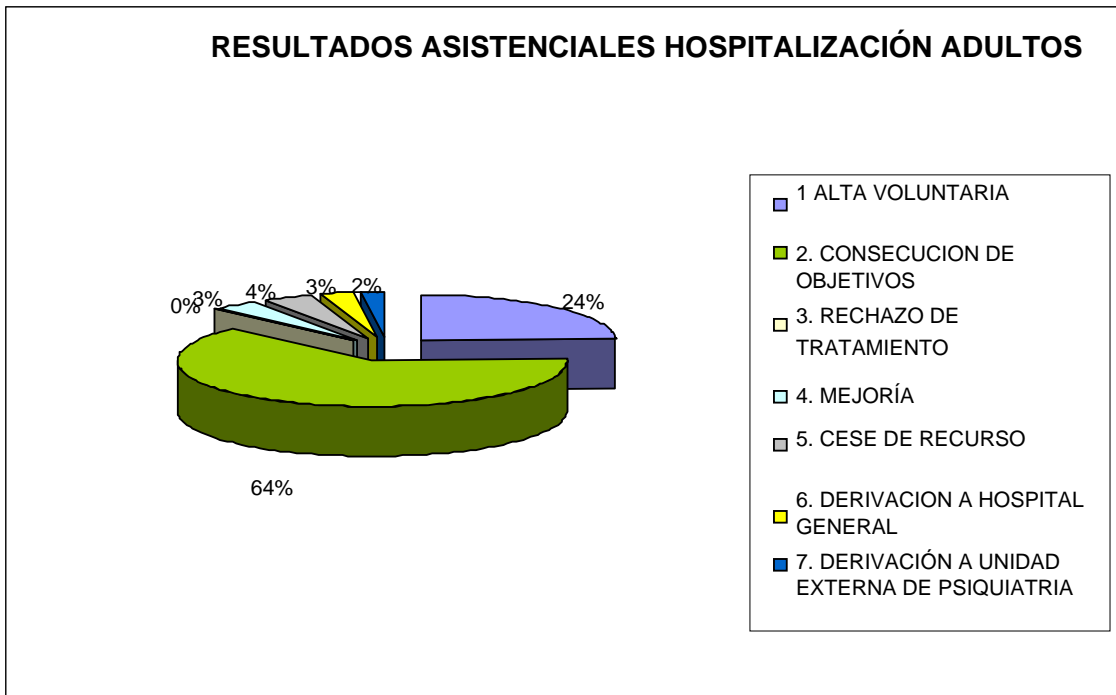
3.3. Análisis de la Actividad Asistencial

3.3.1. Alta Terapéutica

En ITA el concepto de alta terapéutica no se limita a la consecución de objetivos vinculados a la ganancia de peso y recuperación física del paciente. Sin descuidar este aspecto, cuya importancia esta fuera de toda discusión, se añaden otros criterios vinculados al bienestar psicológico y autonomía de los pacientes, entre los que destacamos los siguientes:

- Remisión de la sintomatología alimentaria, así como la de otro tipo de patologías comórbidas al TCA.
- Conseguir que el paciente asuma el control y se responsabilice de su alimentación diaria.
- Conseguir el conocimiento y manejo emocional necesario para una adecuada adaptación al medio.
- Restablecer y mejorar las relaciones familiares.
- Conseguir un funcionamiento normalizado y autónomo en los hábitos de vida diarios, como serían el cuidado personal, el cumplimiento de horarios y pautas de funcionamiento general.
- Restablecer o ayudar a la persona a constituir una adecuada red de relaciones con su grupo de iguales que le permita el logro de un correcto desarrollo psicosocial.
- Conseguir un funcionamiento estable y adecuado de inserción ocupacional que permita un mantenimiento autónomo de la persona.
- Superar adecuadamente un programa de prevención de recaídas que asegure un seguimiento de estabilidad en la salud.

3.3.2. Hospitalización

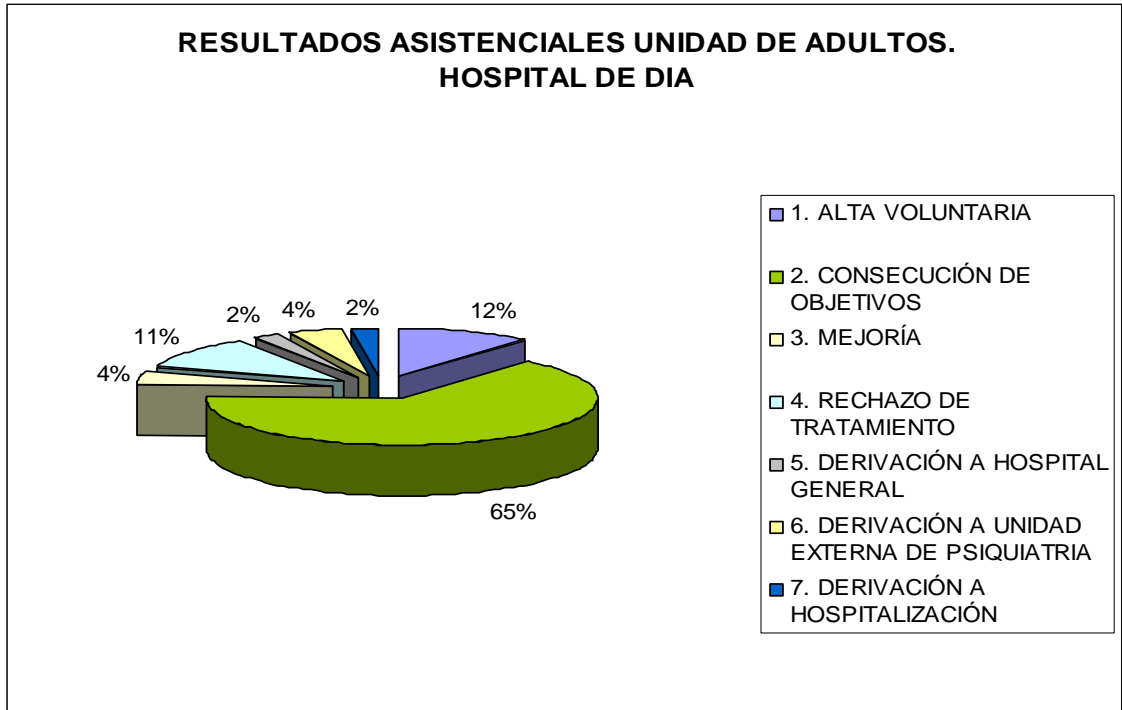


Edad promedio: 16 años

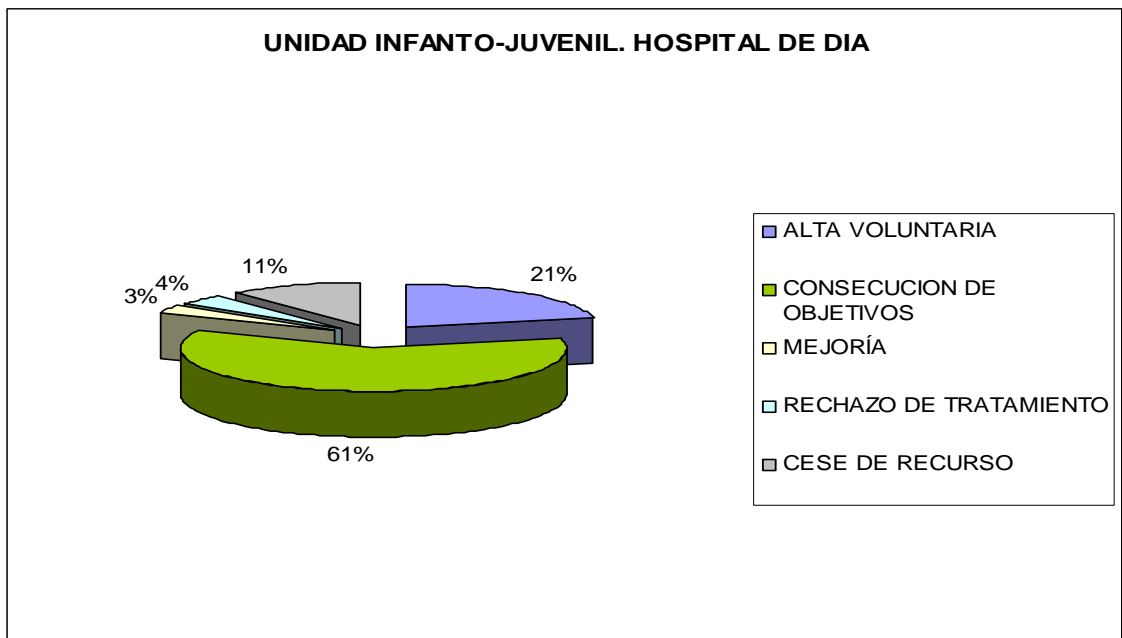
Rango: de 13 a 18 años

Promedio Estancias: 164 días

3.3.3. Hospital de Día

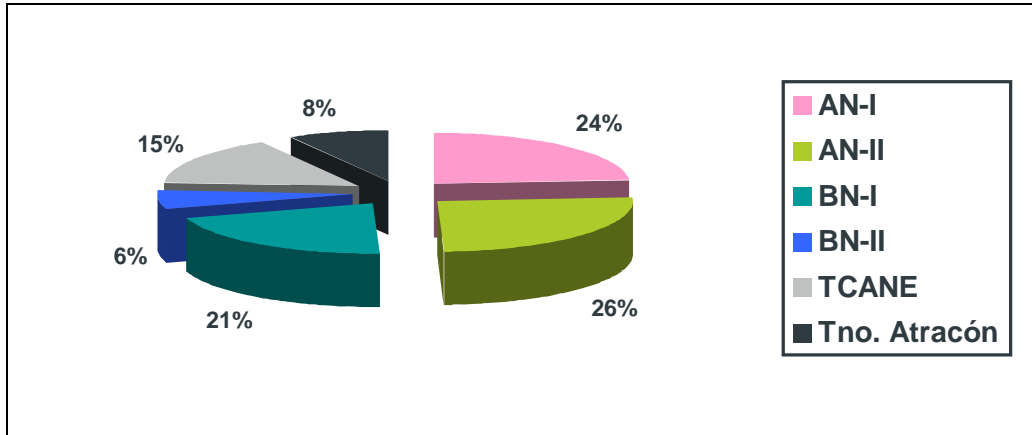


Edad Promedio: 29 años; Rango: de 18 a 50 años; Estancias Promedio: 148 días

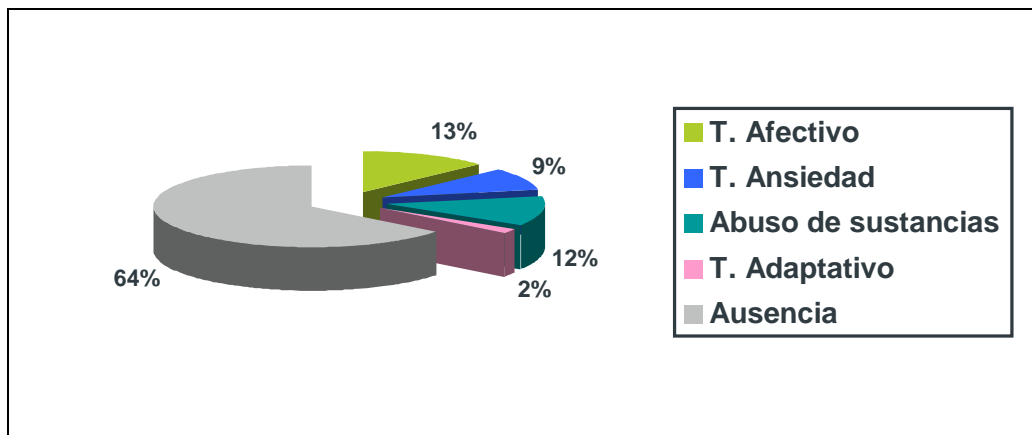


Edad promedio: 19 años; Rango: de 13 a 25 años; Estancia Promedio: 121 días

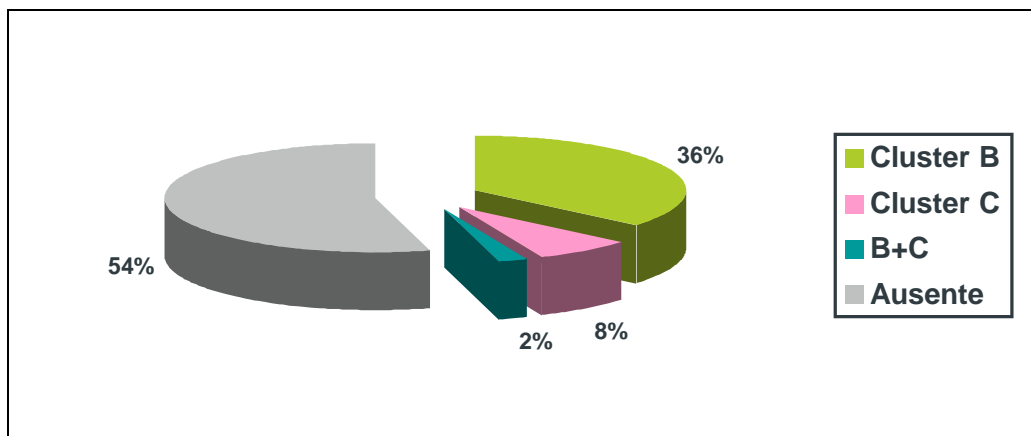
3.3.4. Diagnóstico



Diagnóstico TCA



Diagnóstico Eje I



Diagnóstico Eje II

3.3.5. Pisos Terapéuticos

Este recurso es un proyecto consolidado que funciona de forma ininterrumpida desde su creación en el año 2002 y que a lo largo del 2009 ha contado con plazas distribuidas en tres Pisos Terapéuticos en la ciudad de Barcelona.

La peculiaridad de este recurso se fundamenta en:

- Ser un **recurso tutelado por un equipo profesional multidisciplinar** del ámbito social, educativo y sanitario.
- Ser un recurso dirigido a una **tipología específica de personas con TCA**, con riesgo de cronificación y de recaídas afectados/as por TCA que, como consecuencia de la larga evolución de la enfermedad y de la amplitud de las áreas personales afectadas, encuentran múltiples carencias que dificultan su plena recuperación en un entorno normalizado, y que por tanto, están sometidos/as a un alto riesgo de exclusión social
- Ofrecer un **tratamiento integral** que abarca la recuperación de diversas áreas afectadas de la persona:

Área personal:

- Establecer unos hábitos de vida que permitan una adecuada adaptación personal.
- Consolidar una estabilidad emocional y una estructura cognitiva adecuadas.

Área sociofamiliar:

- Mejorar las relaciones familiares.
- Normalizar la vida social.
- Normalizar la vida laboral y/o académica.

Área biológica:

- Responsabilizarse de la salud física (responsabilizarse de las atenciones médicas en cada momento).

Los Pisos Terapéuticos en cifras...

Evolución de los Pisos Terapéuticos durante el año 2009

Durante el año 2009 se han consolidado los buenos resultados terapéuticos de este recurso, dónde destacan los siguientes aspectos significativos:

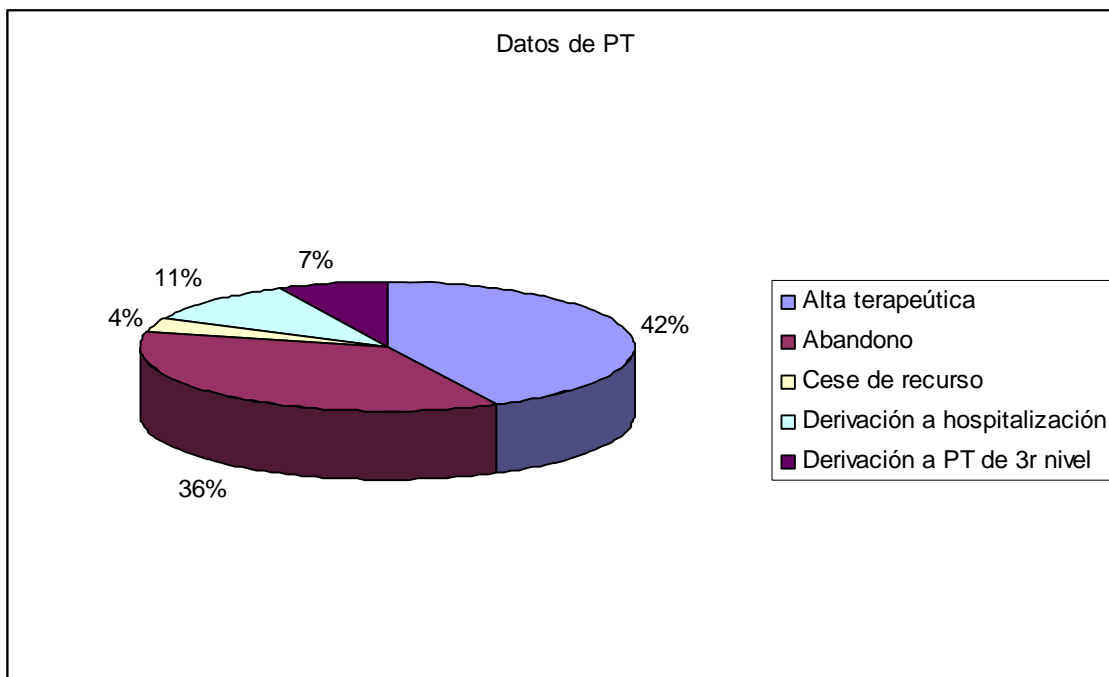
- Este recurso estimula y acompaña en el proceso de inclusión social y laboral y en el proyecto formativo y ocupacional.
- Se producen mejoras significativas en el funcionamiento y en la relación con la alimentación y se evitan recaídas.
- Promueve la rehabilitación psicosocial de la persona.
- Acompaña en el proceso de adaptación vital y social consiguiendo la autonomía personal.
- Facilita un importante aprendizaje en la práctica de los hábitos domésticos y de vida.
- Se produce una mejora en el control y la estabilidad emocional, hecho que permito la mejora en las relaciones con los otros.

Del análisis de los resultados conseguidos al proyecto de Pisos Terapéuticos en el año 2009 destacamos los siguientes datos cuantitativos:

- 32 ingresos nuevos
- 49 personas atendidas a lo largo de todo año
- El 89.8% eran mujeres y el 10.2% hombres.
- Un 93.9% tenían edades entre 18 y 29 años. El 6.1% restante de entre 30 a 40 años.
- 24.5% ha trabajado en PT
- 42.8% ha estudiado en PT
- 20.4% ha estudiado y trabajado en PT
- 8,2% no han estudiado ni trabajado en PT

- 85.7% han mejorado o mantenido sus relaciones sociales
- 83.7% han mejorado o mantenido sus relaciones familiares
- 81.6% han mejorado o mantenido la conducta de ingesta
- 81. han mejorado o mantenido la estabilidad emocional

Por lo que respecta a los resultados de Pisos Terapéuticos según tipo de alta:



3.3.6. Peticiones de Información

	2007	2008	2009
Llamadas informativas/mes	66	59	73
Visitas diagnósticas/mes	38	34	39
Procedencia llamadas informativas			
<u>Cataluña</u>	58.5%	55.7%	61.5%
<u>Resto CCAA</u>	41.5%	44.3%	38.5%

4. Vías de financiación

4.1 Acuerdos de colaboración

Actualmente, ITA colabora mediante esta fórmula, para la derivación y atención de pacientes, con las siguientes Comunidades Autónomas:

- Andalucía
- Canarias
- Castilla-La Mancha
- Castilla y León
- Extremadura
- Valencia
- Aragón

En estos casos, el responsable de la Unidad de TCA de referencia (generalmente un/a psiquiatra) realiza una “Petición o propuesta de canalización de pacientes a otros centros diferentes de los de referencia”, solicitando el traslado a ITA para realizar un tratamiento específico e intensivo del TCA. La petición se dirige a la Gerencia o Delegación Territorial correspondiente para su aprobación.

La aceptación de la propuesta de derivación cubre el tratamiento en ITA en régimen de hospitalización completa, hospital de día, tratamiento ambulatorio y pisos terapéuticos con o sin asistencia sanitaria.

4.2 Convenios

Los convenios para la derivación de pacientes implican el acuerdo formal y firmado mediante la fórmula jurídica de convenio anual o plurianual.

Actualmente se colabora mediante este formato con la Generalitat de Catalunya y se concreta en:

- Subvención anual del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Desde el año 2005 nos deriva pacientes que han realizado tratamiento en unidades específicas de TCA de la red pública y no habiendo obtenido una buena respuesta terapéutica. La subvención implica que la administración catalana de salud asume los gastos del tratamiento durante el tiempo necesario e implica la cobertura del tratamiento en régimen de hospitalización de la persona.

- Convenio trianual del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS). Departament d'Acció social i Ciutadania. Desde el año 2002, el ICASS subvenciona el recurso de los Pisos Terapéuticos para personas con TCA. En este caso, se subvenciona una parte del coste de las plazas mediante el sistema de co-pago.

4.3 Conciertos

Los conciertos para la derivación y atención de pacientes implican el acuerdo formal y firmado mediante la fórmula jurídica de concierto anual o plurianual. La firma del concierto recoge los mecanismos de derivación, coordinación, perfil de pacientes, la gestión de la facturación y el cobro por la prestación de servicios. Generalmente, este acota y relaciona más detalladamente las condiciones de acceso, de tiempo de estancia y tratamiento, y los mecanismos de control y evaluación.

Actualmente se colabora a través de esta fórmula con:

- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Somos centro concertado directo del INSS para la prestación sanitaria del seguro escolar desde julio de 2003, de forma que el tratamiento en ITA resulta totalmente subvencionado a aquellos/as pacientes que estén estudiando una formación reglada con edades comprendidas entre los 14 y los 28 años.
- Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS). Existe un concierto suscrito desde el año 2002 y cubre el tratamiento en ITA en régimen de hospitalización, hospital de día y pisos terapéuticos.
- Mutuas médicas: Cubren el tratamiento en ITA entre 1 y 3 meses las siguientes mutuas:
 - SANITAS
 - MAPFRE
 - ADESLAS
 - ASISA
 - ASSISTÈNCIA SANITÀRIA COL·LEGIAL (solamente los autorizados por la propia mutua).
 - Los funcionarios de MUFACE, ISFAS, MUGEJU tienen cubierta la totalidad del tratamiento durante el tiempo necesario.
 - Agrupación Mutua
 - Axa
 - Caser

- Colegio Oficial de Médicos de Barcelona: y la sociedad MEDINANKEIA que gestiona el programa de protección social “D’ara Endavant” firman una concertación con ITA para ofrecer asistencia médica especializada en TCA a colegiados y a sus familiares.

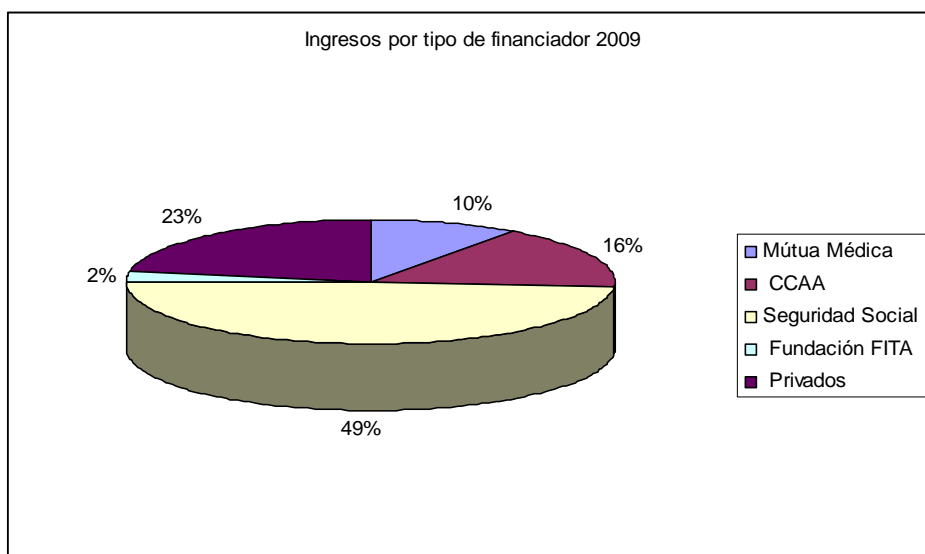
5. El equipo humano

Personal asistencial	Número de personas		
	2007	2008	2009
<i>Psicólogos/as</i>	37	38	35
<i>Médicos</i>	3	3	3
<i>Psiquiatras</i>	6	8	8
<i>Enfermeros/as</i>	15	15	13
<i>Trabajadores/as sociales</i>	1	1	1
<i>Educadores/as sociales</i>	1	2	2
Personal de dirección y gestión			
<i>Directora</i>	1	1	1
<i>Cargos de gestión (coordinación)</i>	5	6	6
Personal de administración			
<i>Administrativos/as y recepcionistas</i>	9	9	6
Personal de servicios generales			
<i>Cocina, mantenimiento, limpieza...</i>	13	14	13
	97	91	93

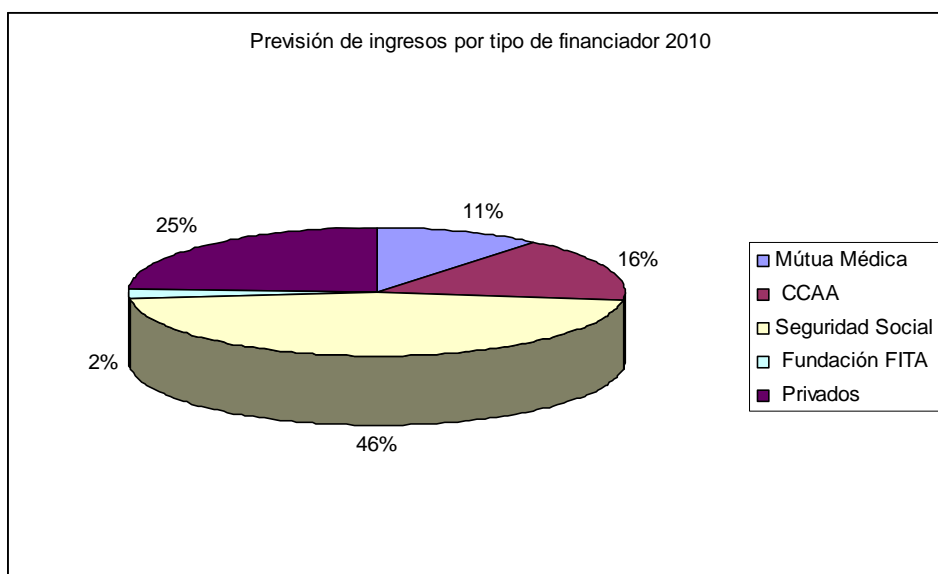
6. Datos económicos y financieros

ITA constituye una entidad con ingresos de carácter público y privado. A continuación representamos un gráfico del volumen de ingresos por tipo de financiador durante el año 2009. Se acompaña esta relación de porcentajes con un gráfico de la previsión de ingresos para el año 2010 en función de la tipología de financiación.

6.1 Ingresos durante el año 2009 por tipo de financiador



6.2 Previsión de ingresos para el año 2010 por tipo de financiador



7. Entidades colaboradoras

ITA también es el conjunto de colaboradores/as, que de una forma u otra, nos dan soporte:

INSS - Instituto Nacional de la Seguridad Social.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
Caixa Andorrana de Seguretat Social.
Conselleria de Sanitat de Generalitat Valenciana.
Servicio Canario de Salud - Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.
Servicio Extremeño de Salud - Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.
Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
Sanidad de Castilla y León – Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha - Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
Servicio Aragonés de Salud. Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.
Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón.
Unió Catalana d'Hospitals.
Centro Médico Teknon.
SANITAS.
MAPFRE.
ADESLAS.
ASISA.
AXA
Caser
Agrupación Mutua
Assistència Sanitària Col·legial.
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
Faura-Casas.
ICESE Prevención.
Janssen-Cilag.
Universitat de Barcelona.
Universitat Autònoma de Barcelona.
AEETCA - Asociación Española para el Estudio de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Comunicació Mahala Alzamora.

8. Participación en congresos y jornadas

- **“Emoción Expresada y TCA: Un estudio preliminar”**.VII congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta alimentaria(AEETCA). Palma de Mallorca, Mayo 2009. Ponente: Antoni Grau.
- **“Mindfulness y TCA”** VII congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta alimentaria(AEETCA). Palma de Mallorca, Mayo 2009. Ponentes: Gabriela Hernandez y Daniele Cipriano.
- **“Prevención en TCA” 1er Encuentro Internacional de TCA y Obesidad.** Ciudad de México. Septiembre 2009. Ponente: Montse Sanchez Povedano
- **“Terapia de los TCA basada en Mindfulness”**. Jornadas de Actualización en el Tratamiento de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. Fundación Valenciana de Estudios Avanzados. Valencia. Octubre 2009. Ponente Antoni Grau
- **“Grupo de Padres: Modulación Emocional”** XIII Jornadas de Avances en Trastornos Alimentarios. Hospital Niño Jesús. Madrid 2009. Ponente Toni Grau

9. ITA en los medios de comunicación

Durante el último trimestre del año 2007 ITA puso en marcha el plan de comunicación de la entidad, hecho que ha permitido que podamos tener informados a los medios de comunicación de nuestros avances y nuevos proyectos, así como de nuestro posicionamiento sobre temas de actualidad en TCA.

En el año 2009 hemos realizado más de 80 apariciones en medios de comunicación, tanto audio-visuales como de prensa escrita. A continuación detallamos algunas de las acciones de comunicación llevadas a cabo por nuestra entidad.

a. Apariciones en medios audio-visuales

- **Programa de Ana Rosa (Telecinco) 23 de febrero de 2009.** Reportaje sobre las nuevas manifestaciones de los TCA. Dando el testimonio un paciente y la opinión de un profesional.
- **Informativos. A fondo (Antena 3) febrero de 2009.** Reportaje sobre los TCA.
- **Informativos. (TV3) 25 de febrero de 2009.** Noticia sobre los TCA y

chicos y las nuevas manifestaciones de TCA.

- **Informativos (RAC1) 26 de febrero de 2009.** Noticia “ TCA y chicos”.
- **Repór. (TVE) 26 de marzo de 2009.** “Tengo una obsesión”. Reportaje en el que da testimonio una paciente y la opinión de un experto de ITA.
- **España Directo. (TVE) 12 mayo de 2009.** Reportaje sobre Pisos Terapéuticos dando testimonios dos pacientes y la opinión de un experto de ITA.
- **Informativos. (BTV) 20 de mayo de 2009.** Reportaje. Curso de remo de pacientes de ITA en el Club Náutico de Barcelona.
- **Cadena Ser. 22 de Mayo de 2009.** Un experto de ITA da su opinión sobre como detectar los TCA.
- **Cadena Ser. “L’ hora L” 4 de julio de 2009.** Entrevista a un profesional de ITA sobre las nuevas manifestaciones de los TCA.
- **COPE Barcelona. 11 de julio de 2009.** Entrevista a un profesional de ITA sobre la influencia del verano y los TCA.
- **ONDA CERO Barcelona. 12 de agosto de 2009.** Entrevista a un profesional de ITA sobre la influencia del verano y los TCA.
- **Informativos. (TV3) 21 de agosto de 2009.** Reportaje. “El 40% dels trastorns alimentaris es desencadena a l’ estiu”. Entrevista a un profesional de ITA y da testimonio una paciente de ITA.
- **Informativos (Telecinco) 21 de octubre de 2009.** Reportaje. “Comedores compulsivos”. Entrevistan a un profesional de ITA.
- **Noticiasmédicas.es 23 de octubre de 2009.** “Mindfulness, una intervención para tratar los TCA”.
- **Informativos (Telecinco.es) 19 de diciembre de 2009.** “Anorexia, ¿necesitas ayuda? Conseguir que el enfermo reconozca su trastorno es el Principio de su recuperación”. Entrevistan a un experto de ITA.
- **Heraldo.es de Aragón. 23 de septiembre de 2009.** “Las Navidades, unas fiestas duras para los afectados de TCA”.
- **Telenoticias Vespre (TV3). 25 de diciembre de 2009.** “Advierten que la Navidad puede favorecer recaídas de trastornos alimentarios”. Entrevista a Montse Sánchez directora de ITA.

b. Apariciones en medios de prensa escrita

- **El Mundo. Suplemento Salud. 12 de febrero de 2009.** “Se alarga la sombra de los trastornos alimentarios”. Reportaje en el suplemento Salud de El Mundo a un profesional de ITA y a un paciente.
- **Europa Press. 13 de febrero de 2009.** “Los trastornos alimentarios representan un 10% de la población general”.
- **Galicia Hoxe. 16 de febrero de 2009.** “O 10% dos afectados por trastornos coa comida xa son homes”.

- **ADN.es. 10 de marzo de 2009.** “Baja autoestima y un afán perfeccionista llevan a los trastornos de alimentación”.
- **Avui. 19 de diciembre de 2009.** Montse Sánchez participa en la en la presentación del libro *Julia, aprenc a estimar-te* de Marga Serra.

10. Proyectos para 2010

10.1 Cambio de inmueble

La nueva sede que se inaugurará el próximo abril del 2010 permitirá aumentar la capacidad y la calidad asistencial a pacientes que padecen TCA y patologías comórbidas.

El nuevo inmueble estará más adaptado a las necesidades y exigencias de ITA, permitiendo la creación de más espacios para la docencia, la implementación de más equipamiento médico, el desarrollo de nuevas posibilidades de investigación, la creación de nuevas instalaciones para la asistencia psicológica y la unificación del equipo clínico y una optimización de la comunicación entre profesionales.

Además, el cambio de sede posibilitará la apertura de una unidad de obesidad infanto-juvenil y obesidad funcional, y el desarrollo de un programa específico para su tratamiento.

10.2 Nuevo programa asistencial

Con el objetivo de seguir ajustando el tratamiento a las necesidades específicas de cada paciente, en el 2010 se pondrán en funcionamiento diferentes programas asistenciales, desarrollados atendiendo no sólo a las particularidades del trastorno alimentario, sino a las características de personalidad de cada persona una de las personas atendidas.

La decisión de incluir estas variantes en el tratamiento se debe a la consideración de su importancia en el curso y mantenimiento de la patología. Los nuevos programas asistenciales se adaptarán a las características de personalidad de las pacientes, a las del TCA, a la fase evolutiva del trastorno a tratar, y a la edad cronológica y grado de motivación de cada paciente.

10.3 Obesidad

ITA como centro de extensa y demostrada experiencia en el campo de los trastornos alimentarios considera que no sólo es imprescindible dar respuesta a esta problemática social y de salud pública sino involucrarse de forma responsable y plena en el tratamiento de este complejo sintomático, ofreciendo estrategias eficaces que permitan tratar adecuadamente a las personas afectadas y poner en marcha las medidas eficaces más oportunas.

Para ello desarrollamos **un programa de intervención** que tiene como objetivos principales:

- Educación e instauración de hábitos nutricionales.
- La modificación de conducta que implique tanto al sujeto como a la familia y que incluya estrategias psicoeducativas basadas en la motivación y orientadas a conseguir cambios que favorezcan la conciencia de problema y la adherencia al tratamiento en base a acuerdos explícitos con el niño y la familia. Así como trabajo en la autoestima personal y el autocontrol frente a la comida.
- Incorporación paulatina del sujeto a un programa de actividades lúdico-deportivas que permita reducir las horas dedicadas a la inactividad y reeducar en hábitos saludables que acaben formando parte de la rutina diaria.

Se lleva a cabo **un plan terapéutico** que contará con un equipo multidisciplinar compuesto por médico, nutricionista, enfermera, psicólogo, educador físico y monitor de tiempo libre.

Dicho **plan terapéutico** se divide en función del momento cronológico, y en base a esto en **programas diferentes** y con **tiempos** distintos que incluyen al niño o joven y a la familia.

➤ Edad de 7-10 años

Programa semiexterno (3 meses) y **programa externo** (4 meses), los objetivos de trabajo están encaminados a:

- entrenamiento psicoeducativo a la familia (alimentación y hábitos de vida saludables)
- pérdida ponderal
- implicación y mantenimiento en hábitos de ocupación del tiempo libre familiar e individual
- trabajo en HHSS, imagen corporal y autoestima
-

Dichos objetivos de tratamiento se llevarán a cabo en sesiones de terapia y sesiones de talleres.

➤ **Edad de 11-18 años**

Programa de estancia residencial (4-6 semanas), **programa semiexterno** (3 meses) y **programa externo** (3 meses).

Los objetivos de trabajo están encaminados a:

- adherencia al tratamiento y conciencia al cambio
- la pérdida ponderal
- educación en nuevos hábitos alimentarios y su implicación en el ámbito familiar
- trabajo en HHSS, emocional e imagen corporal
- introducción, mantenimiento y consolidación de la actividad física en la rutina diaria
- mantenimiento y consolidación en los hábitos familiares de ocupación del tiempo libre

Dichos objetivos de tratamiento se desarrollarán en sesiones de terapia y sesiones de talleres.