



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Curso 2017/2018

Trabajo de Fin de Máster

Intervención Psicológica de un Trastorno de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa en un contexto hospitalario.

Autor: Compañy López Medina, Micaela

Director: Quiles Sebastian, María José

Co-director: Quiles Marcos, Yolanda

Convocatoria: febrero 2017

1. Resumen

En el presente estudio se expone un procedimiento de intervención psicológica cognitivo – conductual aplicada a un caso diagnosticado de TCA dentro de un contexto hospitalario. La terapia aplicada permitió trabajar en profundidad los pensamientos distorsionados sobre la figura, el peso y la alimentación del paciente, y facilitó el abordaje de los objetivos propuestos para la intervención. Los objetivos trabajados fueron el establecimiento de un patrón alimentario mecánico y saludable, la recuperación ponderal, el desarrollo de herramientas de gestión emocional y la reestructuración de creencias irracionales entorno al peso y la comida. Los resultados obtenidos al finalizar la intervención señalaron la utilidad del tipo de tratamiento escogido y la terapia aplicada.

Palabras clave: Caso único; Contexto Hospitalario; Trastorno de la Conducta Alimentaria; Intervención; Terapia Cognitivo Conductual; Anorexia.

Abstract

In the present study, a cognitive - behavioral psychological intervention is applied to a case diagnosed of eating disorders in a hospital context. The applied therapy allowed to work in depth the distorted thoughts on the shape, the weight and the feeding of the patient, and it facilitated the approach of the proposed objectives for the intervention. The objectives worked were the establishment of a healthy and mechanical eating pattern, weight recovery, the development of emotional management tools and the restructuring of irrational beliefs about weight and food. The results obtained at the end of the intervention indicated the utility of the type of treatment chosen and the therapy applied.

Keywords: Unique case; Hospital context; Eating Disorder; Intervention; Behavioral Cognitive Therapy; Anorexia.

2. Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) representan un grave problema de salud física y mental con importantes consecuencias orgánicas, psicológicas y psicosociales (Escandón-Nagel, Dada, Grau, Soriano y Feixas, 2017). Influyen directamente en la calidad de vida, ocasionando importantes desajustes a nivel emocional y funcional, lo que afecta tanto a las personas implicadas como a su entorno social (Guerri, 2013).

La incidencia y prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ha aumentado en las últimas décadas (Rosen, 2010) sobre todo en poblaciones jóvenes y adolescentes (Ortiz, 2015), afectando a un hombre de cada diez mujeres (López y Treasure, 2010).

Los estudios realizados en población española muestran que del 4% al 6'4% de la población femenina sufre algún TCA. La prevalencia es del 0'14% al 0'9% para la Anorexia Nerviosa, del 0'4% al 2'9% para la Bulimia Nerviosa y del 2'8% al 5'3% en los Trastornos de la Conducta No Especificados (Guinot, 2015). Las recaídas de los TCA se producen entre un 5 y un 20% de los casos, lo que complica el pronóstico de las personas afectadas (Lowe et al., 2001).

Los TCA son un trastorno grave tanto de la conducta alimentaria como de aquellas conductas voluntarias para controlar el peso corporal. Como consecuencia, la salud física y el funcionamiento psicosocial se ven intensamente deteriorados. Algunas de las características prototípicas de estos trastornos son; las alteraciones en la imagen corporal, las fluctuaciones en el peso, y los sentimientos de baja autoestima (Fairburn y Walsh, 2002).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), incluye dentro de la categoría de los TCA trastornos como la pica, la rumiación, la evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones. La anorexia se caracteriza por: la restricción de ingesta energética prolongada, el miedo intenso a ganar peso o a engordar y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución corporal. El individuo llega a un peso corporal por debajo del mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (American Psychiatric Association, 2013).

En la tabla 1 se reúnen los criterios diagnósticos establecidos para la Anorexia Nerviosa según el DSM-V.

Tabla 1. *Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según DSM-V.*

Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según DSM V.

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades del individuo, que provoca un peso corporal significativamente bajo para la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física del sujeto.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, excesiva influencia del peso y/o constitución en la autoevaluación y poca consciencia de la gravedad.

Especificar si:

- Tipo restrictivo: El individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, por lo que la pérdida de peso es debida principalmente a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico excesivo.
-

-
- Tipo con atracones/purgas: El individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. Es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.
-

Respecto al curso de la anorexia nerviosa, según el DSM-V, habitualmente su inicio se produce durante la adolescencia o la edad adulta temprana y suele ir asociado a un acontecimiento vital estresante. El curso de esta enfermedad y el desenlace de la misma pueden ser muy diversos. De hecho, es posible que, algunos individuos se curen después de un solo episodio. Mientras que otros permanezcan en un patrón más fluctuante, en el que tras cada recuperación ponderal se produzca una bajada de peso significativa (APA, 2013).

En la etiopatogenia de esta enfermedad intervienen tanto factores genéticos, como biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Todos ellos actúan como factores predisponentes (riesgo), desencadenantes (precipitantes) o mantenedores del TCA, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial (Madruga, Leis y Lambruschini, 2012).

Algunos de los factores que pueden precipitar el inicio del trastorno son; Trastornos afectivos, trastornos de personalidad, críticas peyorativas del entorno hacia el cuerpo de la persona, el inicio de dietas, las fluctuaciones en el peso, los cambios corporales (sobre todo en la etapa de la adolescencia), acontecimientos vitales (ruptura amorosa, separación familiar...) y enfermedades médicas, sobre todo las que implican una pérdida de peso (Santana, Junior, Giral y Raich, 2012).

Respecto a los factores de riesgo para TCA, se clasifican en tres categorías: factores individuales, psicosociales y socioculturales. Véase la tabla 2.

Tabla 2. *Clasificación de factores de riesgo* (adaptación de Schiltz, 1997).

<i>Clasificación de factores de riesgo</i>		
<i>Factores individuales</i>	<i>Factores psicosociales</i>	<i>Factores socioculturales</i>
-Experiencias de abuso sexual	-Trastornos afectivos (en individuo y en familiares de primer grado)	-Ideales culturales de belleza
-Insatisfacción con la figura física	-Necesidad de aprobación para actividades mínima	-Actitudes de la familia hacia el peso corporal
-Insatisfacción con el peso corporal	-Dificultad para expresar sentimientos	-Falta de definición de límites
-Práctica crónica de dietas	-Presencia constante de ira	-Rigidez y confusión de roles en la familia
-Pérdida de un ser querido	-Evasión de conflictos	
-Ruptura de una relación importante	-Patrón de pensamiento rígido	
-Divorcio de los padres	-Sensación de ausencia de autocontrol	
-Cambio geográfico en la zona de residencia y estudio	-Perfeccionismo	
	-Problemas básicos de identidad	

Como factores mantenedores de la enfermedad se encuentran las alteraciones psicológicas, el aislamiento social, la falta de apoyo familiar, la malnutrición, las crisis familiares y la interacción social, en la cual el entorno del paciente refuerza la pérdida ponderal (Madruga et al., 2012).

Existen determinados rasgos de personalidad que pueden predisponer a la expresión sintomática y el mantenimiento de los desórdenes alimenticios. Se ha relacionado la Anorexia y Bulimia Nerviosas con rasgos de perfeccionismo, obsesivo-compulsivos, emocionalidad negativa, ansiedad y depresión (Regalado, 2013). Otros rasgos asociados a esta patología son los autoesquemas de insuficiencia, perfección, y ascetismo, acompañados de creencias culturalmente sobre la virtud de la delgadez (Garner y Bemis, 1982; Vitousek y Ewald, 1993).

Por último, respecto al tratamiento para esta patología, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) (2017) recomienda un abordaje multidisciplinar que integre a profesionales de psicología, psiquiatría, nutrición y endocrinología. El NICE establece que es imprescindible la implicación del tratamiento psicológico, siendo la terapia cognitivo-conductual el tratamiento de primera elección. Dentro del tratamiento es importante la presencia de objetivos como reducir el riesgo de problemas de salud física asociados a la anorexia, promover hábitos de alimentación saludables y alcanzar un peso corporal saludable. El NICE también incluye la rehabilitación nutricional, la regulación emocional, las habilidades sociales, la autoestima y la prevención de recaídas.

Concretamente, la terapia cognitivo-conductual, aplicada a los TCA, permite trabajar en profundidad los pensamientos distorsionados sobre la figura, el peso y la alimentación, y lo logra a través de la normalización de los patrones alimentarios, la reestructuración cognitiva y la exposición de los pacientes a situaciones de riesgo y miedos irracionales (Lock, 2005).

La terapia familiar y los grupos de autoayuda, sobretodo en jóvenes, también resultan efectivos al abordar la problemática de la patología alimentaria (Guinot, 2015). En relación a la terapia familiar, los TCA también pueden abordarse desde una

perspectiva sistémica o contextual, desde la cual se estudia la familia en varios niveles: estructura, jerarquía, comunicación, procesos relacionales y sistema de creencias (Espina, 2009).

Otro tipo de abordaje terapéutico es la terapia conductual, especialmente recomendada para la recuperación ponderal en pacientes hospitalizadas, a través del empleo de refuerzo positivo y negativo contingente al aumento de peso (Saldaña, 2001).

Respecto a los dispositivos de atención para los pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria de la provincia de Alicante, se encuentran las Unidades de Salud Mental Infantil o de Adultos (USMI/USMA), los Centros de Día y la Unidad Hospitalaria de Trastornos de las Conducta Alimentaria del Hospital de San Juan (UHTCA). Para acceder a la UHTCA el paciente tiene que haber agotado previamente todos los recursos ambulatorios, y debe ser derivado desde su Unidad de Salud Mental contando con una valoración y un tratamiento realizados con anterioridad. Por último, las personas afectadas también pueden recibir atención, tanto para ellas como para sus familias, acudiendo a asociaciones especializadas en TCA.

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio de caso único, con el fin de diseñar y aplicar un plan de intervención cognitivo-conductual a un paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

3. Método

Participantes

Varón de 19 años de edad, diagnosticado de anorexia nerviosa restrictiva que fue derivado desde la Unidad de Salud Mental para Adultos (USMA) del Hospital Vinalopó de Elche.

El paciente vivía en el domicilio familiar, con su madre (48 años), padre (50 años), y sus dos hermanos (11 y 13 años). No llevaba a cabo ninguna actividad académica y/o laboral desde finales del año 2016. Su último año académico fue tercero de la ESO, con 15 años de edad. Como única ocupación asistía a clases de teatro, desde hacía cuatro años (con 15 años de edad), dedicándole una media de dos a tres días semanales.

El inicio de la enfermedad se situó a los 11 años, en sexto de primaria, a raíz de los comentarios discriminativos hacia su físico que recibió por parte de sus compañeros de clase. El cuadro clínico comenzó con conductas restrictivas y con ejercicio físico intenso, de 4 a 5 horas diarias. La enfermedad inició con episodios de conductas bulímicas a la par que atracones y vómitos, de al menos una vez al mes, que remitieron durante el año 2016 hasta el año 2017.

Tras ser diagnosticado el Trastorno de la Conducta Alimentaria, el paciente fue derivado por su médico de cabecera a la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) del Hospital Vinalopó. El contacto con el servicio fue irregular, durante 6 años (de los 11 a los 17 años). A partir de los 18 años acudió a la USMA, sin embargo, al remitir la enfermedad durante el año 2016/2017, el servicio perdió contacto con el paciente, hasta septiembre del 2017.

Debido a la gravedad de la sintomatología, el paciente acudió nuevamente a la USMA, donde fue derivado para ser ingresado en la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital de San Juan.

En el momento de la entrevista el paciente presentaba, a nivel emocional, bajo estado de ánimo, apatía, irritabilidad y ansiedad diaria, que se habían incrementado en los últimos 5 meses. A nivel físico, astenia, debilidad generalizada, dolor y taquicardias ocasionadas por el insomnio. A nivel cognitivo, se daba una ausencia de ideas de muerte y/o planes autolesivos, las cuales se habían dado hace 3 años (año 2015), cuando realizó conductas autolesivas (cortes en los brazos para canalizar del malestar) hasta el año 2016. A partir de este año no se produjo ninguna otra conducta autolesiva. En el momento de la entrevista, el paciente presentaba también una clara distorsión de la imagen corporal, pensamientos obsesivos en relación al peso y a la alimentación, que propiciaban las conductas restrictivas de la alimentación y el ejercicio físico moderado, caminando dos horas diarias máximo. No tenía conductas purgativa ni bulímica informadas.

Al ingreso su índice de masa corporal (IMC) es de 16,93 y su peso de 47,450 kilos. El peso máximo y mínimo alcanzado por el paciente ha oscilado desde los 64 kilos hasta los 42 kilos.

El paciente no tenía antecedentes médicos de relevancia. Consumía cannabis, aproximadamente de tres a cuatro cigarros al día como mínimo y como máximo nueve. También consumía tabaco, unos tres o cinco al día. Respecto al consumo de alcohol, bebía de forma ocasional.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

- *Motivación*

Test de actitud frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA).

El ACTA fue creado en España para evaluar la actitud frente al cambio en los TCA, con base en el Modelo Transteórico del Cambio. Consta de 59 ítems distribuidos en 6 subescalas: Precontemplación, Contemplación, Decisión, Acción, Mantenimiento y Recaída. Dispone de una adecuada fiabilidad y validez. Su consistencia interna para las subescalas está entre 0,74 y 0,90 (Fernández y Rodríguez, 2003).

- *Depresión*

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa la presencia y severidad de la depresión en adolescentes y adultos a partir de los 13 años. Consta de 21 ítems que se responden a través de una escala de tipo Likert donde cada ítem se valora de 0 a 3 (Beck; Steer y Brown, 1996). La adaptación española del BDI-II obtuvo un coeficiente alfa de fiabilidad de 0,89, considerado alto (Sanz, García-Vera, Espinosa y Vázquez, 2005).

- *Ansiedad*

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Se trata de un instrumento empleado para evaluar la ansiedad, concretamente en dos dimensiones; la primera, ansiedad estado y la segunda, ansiedad rasgo (Spielberger, 1994). Por un lado, la ansiedad estado, hace alusión al estado de ansiedad del momento actual del sujeto, que puede llegar a percibirlo por ejemplo mediante la tensión y activación del sistema nervioso

central (Spielberger, 1966). Por otro lado, la ansiedad rasgo se refiere a la tendencia y predisposición de un individuo a interpretar de forma amenazante diversas situaciones, creando así niveles de ansiedad constantes y habituales en la persona (Spielberger, 1966)

En la adaptación a la población española, el análisis de fiabilidad mediante alfa de Cronbach fue de 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado (Guillén, 2014)

- *Personalidad*

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)

Este cuestionario que consta de 175 ítems con respuesta dicotómica, que evalúa sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de intensidad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y drogas) y 3 síndromes clínicos graves (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Además contiene escalas de control como; validez, sinceridad, deseabilidad y exageración deliberada de la sintomatología. En cuanto a la puntuación de corte, se encuentra que una puntuación de: 74 implica la presencia de un tipo de personalidad o síndrome; de 84 indica el tipo de personalidad o síndrome más alto o sobresaliente; de 60 que es la puntuación de la mediana de todos los pacientes; y de 35 que es la puntuación media correspondiente a los sujetos no clínicos. Según Sanz (2007) en la adaptación española se siguen las mismas directrices. Este autor explica que ninguna de las ediciones de la

adaptación española del MCMI-II presenta estudios o datos de validez diagnóstica de los puntos de corte obtenidos a partir de los baremos españoles.

- *Conducta Alimentaria Patológica*

Inventario de trastornos alimentarios-3 (EDI-3)

Se trata de un instrumento de fácil aplicación y corrección, que facilita el enfoque del caso y la planificación del tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de TCA.

El EDI-3 está compuesto por 91 ítems, organizados en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son altamente relevantes para los TCA. También facilita 6 índices: uno específico de los TCA (Riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). Además incluye tres escalas de validez para detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa.

La consistencia interna de las muestras clínicas es alta, puesto que los valores de alfa se dan entre 0,74-0,96, mientras que las puntuaciones de alfa de las no clínicas son más bajas, entre 0,44-0,95 (Garner, 2004).

Existe una adaptación de este inventario a la muestra española, llevada a cabo por Elosua, López-Jáuregui y Sánchez (2010).

- *Pensamientos Irracionales*

Autorregistro ad hoc (Tabla 3. *Autorregistro ad hoc*. Anexo 1).

Este método de evaluación de propio diseño nos permite trabajar con el paciente a través de la técnica de reestructuración cognitiva. Facilita la descripción concisa de una situación, y la distinción entre el pensamiento y la

emoción, permitiendo comprender la relación existente entre todas estas variables. El fin de este instrumento será identificar y reestructurar pensamientos irracionales. Para ello, en el autorregistro se hará distinción entre: la situación, el pensamiento, la emoción y conducta resultantes, y el pensamiento y la conducta alternativos.

Formulación clínica del caso

A continuación se presenta resumidamente la información relevante que describe y explica las conductas-problema.

➤ *Análisis topográfico*

- Control patológico de la alimentación
- Síntomas fisiológicos de ansiedad (rigidez, tensión muscular, sudoración)
- Evitación del malestar emocional
- Creencias irracionales acerca de la comida y el peso.

➤ *Análisis funcional* (Tabla 4. *Análisis funcional*. Anexo 2)

Hipótesis funcional

El paciente decidió comenzar una dieta restrictiva, influenciado tanto por acontecimientos externos como internos. Los acontecimientos externos fueron el acoso escolar y las burlas sobre su físico. Y los internos su vulnerabilidad individual, es decir, la insatisfacción corporal, la intolerancia del malestar emocional y la deseabilidad social. Como resultado, se produjo una pérdida ponderal significativa y el comienzo de un estado de desnutrición. Esta pérdida se vio reforzada por el entorno social y al final logró instaurarse un patrón restrictivo de alimentación, que provocó en el paciente unas alteraciones conductuales, físicas y mentales que acabaron por mantener y reforzar aún más

su vulnerabilidad individual, la distorsión de la imagen corporal y la dieta restrictiva. (Véase el gráfico 1. *Desarrollo y mantenimiento de la enfermedad*. Anexo 3).

Se considera de gran importancia trabajar con los factores de vulnerabilidad individual para romper con la dinámica patológica creada por la enfermedad.

Objetivos terapéuticos

- *Objetivo general*
 - Reducir la sintomatología de un paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria a través de una intervención psicológica cognitivo-conductual.
- *Objetivos específicos*
 - Establecer un patrón de alimentación mecánico y más saludable
 - Lograr una recuperación ponderal progresiva
 - Desarrollar herramientas de gestión emocional a través de la reestructuración cognitiva y la relajación.
 - Reestructurar creencias irracionales entorno al peso y la comida.

Procedimiento

Al ingreso en la UTCA el paciente presentaba los siguientes criterios; fracaso del tratamiento ambulatorio previo, un IMC igual a 16 que implica estar bajo riesgo vital, la existencia de conductas graves de enfermedad y un entorno familiar desfavorecedor.

El tratamiento de primera elección para la intervención fue la Terapia Cognitivo Conductual, por ser activa, directiva, estructurada y limitada en el tiempo (Beck, Rush,

Shaw y Emery, 2010). Asimismo, este abordaje terapéutico permite trabajar el modo en que el paciente interpreta y evalúa las situaciones que le acontecen, lo que influye directamente en sus emociones y conductas (Beck, 2000).

Al aplicar la terapia cognitivo-conductual se pudo trabajar en profundidad los pensamientos distorsionados sobre la figura, el peso y la alimentación, además de la normalización de los patrones alimentarios, la reducción de la ansiedad ante las comidas y la exposición del paciente a los miedos irracionales.

Dado que el abordaje fue intrahospitalario, también se trabajó con el paciente mediante el programa de fases de la UTA, basado en el condicionamiento operante. Este programa consiste en administrar refuerzos (pertenencias de las pacientes, visitas y llamadas) de forma contingente a la conducta alimentaria que tengan. De esta manera, si la conducta alimentaria es adecuada, se reforzará y sino, se perderá privilegios. A continuación se resume las 5 fases del programa. Fase 0: Al ingreso, durante 3 días, no puede salir de la habitación y debe realizar todas las comidas dentro de ésta. Fase 1: Llamadas telefónicas a familiares. Fase 2: Puede recibir visitas de sus familiares en la Unidad. Fase 3: Es necesario un IMC superior a 16 para pasar a esta fase. Puede salir a merendar todas las tardes y si el progreso es adecuado, puede tener permiso de salida de 24 horas. Fase 4: Salida de 24 horas un fin de semana entero (próximo al alta).

La duración de la intervención psicológica fue de 6 semanas, con una periodicidad de dos sesiones semanales de 50 minutos de duración. De forma previa al inicio de la evaluación e intervención, se administró al paciente el consentimiento informado (Anexo 4), garantizando así el uso de sus datos, y resultados, única y exclusivamente con fines científicos.

A partir de entonces, se trabajó con el paciente de manera individual, siempre partiendo de la íntegra confidencialidad por la parte profesional.

La intervención realizada se expone en la tabla 5.

Tabla 5. *Sesiones de intervención.*

<i>Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Contenidos</i>
Sesión 1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> – Presentar al paciente la Unidad. – Integrar al paciente en el programa terapéutico. – Registrar información del paciente y su historia clínica. – Adquirir nociones del trastorno alimentario. – Comenzar a controlar la activación fisiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explicación de normas de la Unidad al ingresar en el hospital. – Explicar Programa de fases – Entrevista clínica – Comienzo de Psicoeducación sobre TCA – Evaluación: test EDI-3 – Autorregistros alimentarios diarios – Ejercicios de respiración profunda
Sesión 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar programa de refuerzo del hospital. – Valorar conciencia de enfermedad y factores de vulnerabilidad individual. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explicación de refuerzos según su compromiso y adhesión al tratamiento. – Indagar cuál cree él que es su problema y por qué ha desarrollado TCA. Redacción.

	<ul style="list-style-type: none">– Adquirir pautas de alimentación estables y saludables.– Lograr exposición con prevención de respuesta a las 5 tomas diarias.– Controlar la activación fisiológica.	<ul style="list-style-type: none">– Explicación de las normas de comedor.– Psicoeducación sobre la alimentación y lo indispensable que es ésta para el funcionamiento de la persona.– Explorar exposición a las comidas en la unidad.– Entrenamiento en relajación muscular progresiva.– Evauación: test Millon.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none">– Conocer las consecuencias físicas y psicológicas de la desnutrición.– Asociar la inestabilidad emocional a la reducción de la ingesta y a la desnutrición.– Familiarizar al paciente con los términos de peso biológico (set point), IMC.	<ul style="list-style-type: none">– Psicoeducación sobre las causas de la desnutrición en los distintos órganos y los mecanismos compensatorios del cuerpo para sobrevivir. Y nociones de las consecuencias a nivel cognitivo y emocional.– Explicarle los distintos parámetros de IMC, y aprender a usarlo como dato objetivo ante distorsiones cognitivas.– Relajación muscular progresiva.

Sesión 6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> – Reestructurar pensamientos de enfermedad. – Comprender el funcionamiento de las emociones y la influencia del pensamiento sobre ellas. – Conocer el valor adaptativo de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Psicoeducación sobre las emociones, específicamente la ansiedad. – Psicoeducación sobre el modelo cognitivo A-B-C y sobre la técnica de reestructuración cognitiva. – Análisis de situaciones concretas del paciente (autorregistros). – Relajación muscular progresiva. – Evaluación: test STAI e inventario de Beck.
Sesión 8 y 9	<ul style="list-style-type: none"> – Buscar estrategias de afrontamiento al malestar emocional alternativo a dejar de comer y a consumir cannabis. – Dar a conocer conceptos básicos sobre el cannabis, su principio activo y sus consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> – Relajación muscular progresiva de Jacobson, con grupos musculares reducidos. – Se indaga sobre tipos de estrategias de regulación emocional. – Psicoeducación sobre cannabis.

Sesión 10 y 11	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar mantenedores de enfermedad y reflexionar sobre ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar función del TCA. En qué ayudaba al paciente la enfermedad. – Hacer balance de los costes y las ganancias de la enfermedad y de empezar a salir de ella.
Sesión 12	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocer situaciones de riesgo. – Plantear estrategias de afrontamiento a estas situaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se reflexiona sobre las circunstancias que pueden hacer vulnerable al paciente a recaer, por lo que se buscan métodos de actuación que le permitan protegerse y evitar la recaída. Reforzamos que siga utilizando la relajación como método de “enfriamiento emocional”.

Contenido de las sesiones

Sesión 1 y 2.

Se recibió al paciente y se le realizó una entrevista semiestructurada, en la que se procuró obtener información específica sobre la psicopatología, su inicio, evolución e intervenciones planteadas hasta el momento. Además, se le explicó al paciente de forma nítida toda la información necesaria para llevar a cabo el ingreso en la Unidad. Es decir, las normas, el programa de fases, el tratamiento a establecer y algunas nociones básicas

de los riesgos de la enfermedad que estaban, en aquel entonces, justificando su ingreso en el Hospital. Se inicia la evaluación psicométrica (EDI-3), la psicoeducación sobre TCA y los ejercicios de entrenamiento en respiración, con el fin de poder aplicar de forma posterior la relajación progresiva y en imaginación.

Sesión 3 y 4.

Se le explicó nuevamente al paciente el programa operante de refuerzos llevado a cabo en el hospital, puesto que ya debía progresar a una nueva fase con nuevos refuerzos y privilegios (llamadas telefónicas por las tardes). Se aprovecharon estas dos sesiones para indagar sobre el estado de conciencia de la enfermedad, la noción de gravedad de la misma y el riesgo vital al que estaba sometido. Se reflexionó también sobre aquellos factores que asociaba al inicio, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad y se continuó trabajando con la psicoeducación sobre la alimentación. Se le reforzó todas las comidas bien realizadas y los ejercicio de entrenamiento en relajación llevados a cabo. Se continuó con la evaluación de personalidad (test MCMI-II) que facilitó la conciencia sobre su vulnerabilidad individual a desarrollar un TCA.

Sesión 5.

Para continuar con la psicoeducación, se le dieron a conocer las consecuencias tan graves de la desnutrición, tanto a nivel físico (dolores, debilidad, intolerancias alimentarias, etc.) psicológico (problemas de atención, concentración y memoria) y fisiológico y emocional (labilidad emocional, irritabilidad y en ciertas ocasiones apatía con tendencia a un estado anímico bajo). De esta manera pudo comprender muchos de los síntomas que presentaba durante el ingreso, y pudo además basarse en ellos para trabajar la conciencia de enfermedad. En la psicoeducación se abordaron también los términos de IMC y peso biológico (set point) para tener pruebas objetivas con las que

reestructurar más adelante los pensamientos de enfermedad. Se continuó realizando ejercicios de relajación.

Sesiones 6 y 7.

Continuamos con el psicoeducativo de la enfermedad, abordando los pensamientos irracionales e introduciendo el modelo cognitivo A-B-C sobre el que se trabajó con la reestructuración cognitiva. Se le explicó lo que era este modelo, cómo podíamos utilizarlo para reestructurar los pensamientos y cómo cuestionar estos últimos para modificarlos. También se trabajó de forma intensiva con el psicoeducativo emocional, para comprender cómo una percepción distorsionada y sesgada de sí mismo y de la realidad podía influir en el malestar emocional. Éste era uno de los aspectos que más le preocupaba al paciente, puesto que cuando llegaba el malestar emocional (ansiedad), no disponía de las herramientas necesarias para afrontarlo, situación que le llevaba a consumir cannabis, empeorando su estado de salud física y mental. Se continuó con la evaluación (STAI y BECK) y la relajación.

Sesión 8 y 9.

En estas sesiones se trabajó principalmente el abordaje de la ansiedad, realizando un psicoeducativo sobre su función adaptativa y las consecuencias a nivel físico, fisiológico y mental en los casos en los que la ansiedad era desadaptativa para la persona. También se trabajó la búsqueda de herramientas o estrategias que facilitasen la gestión emocional para poder abandonar el cannabis como medio de canalización del malestar. Para lo que también se impartió un psicoeducativo sobre cannabis.

Sesión 10 y 11.

Puesto que el paciente había logrado ya una recuperación ponderal y una rehabilitación nutricional, se plantearon estas dos sesiones para comenzar a concluir la

intervención en la Unidad. Por tanto la labor se centró en reflexionar sobre el circuito de desarrollo de la enfermedad, es decir, los factores que precipitaron su inicio, y lograron su mantenimiento, haciendo especial hincapié en este último. Para trabajar con los factores mantenedores, fue necesario indagar sobre las aportaciones que tenía para él la enfermedad, es decir, qué función cumplía el TCA en su vida que lo estaba reforzando y manteniendo. Además, para debilitar estos mantenedores, se abordó la motivación al cambio. En este caso se le realizó un ejercicio de balance decisional sobre los costes y las ganancias de seguir con la enfermedad y de empezar a salir de ella. Lo que se consideró muy necesario en este caso para empezar a abandonar la etapa de contemplación y pasar a la de acción, ya que posteriormente al alta de la Unidad, debería continuar bajo tratamiento psicológico. Por último, se realiza durante estas dos sesiones la evaluación post-tratamiento.

Sesión 12.

La última sesión con el paciente se orientó a reflexionar e identificar las posibles situaciones de riesgo al salir de alta de la Unidad. Asentando a la par las estrategias aprendidas en el Hospital que podría aplicar a dichas situaciones para protegerse, disminuyendo así las posibilidades de recaída en la enfermedad. Por último, se realizó un resumen abordando lo trabajado durante el ingreso, los logros efectuados y la importancia del mantenimiento de los mismos, tomando conciencia de los aspectos concretos que aún quedaban por trabajar. Se concluyó la intervención con la derivación del paciente a la USMA y a un centro de día, ya que para este caso concreto era necesario facilitar una estructura y organización temporal al paciente, debido a la falta de actividad académica y/o laboral.

Diseño

El presente trabajo es un estudio de caso de intervención terapéutica. Por tanto, el objetivo se centró en describir un trastorno clínico, de TCA, y evaluar los efectos de un tratamiento, en este caso cognitivo-conductual, haciendo distinción en las características del caso y en los resultados obtenidos.

La metodología utilizada en este estudio sigue un diseño A-B (N=1). Esto requiere de una fase de evaluación (para establecer la línea base) seguida de otra de tratamiento y posteriormente una evaluación final.

4. Resultados

Una vez efectuada la evaluación pre y post-tratamiento, se exponen los resultados de la intervención.

En la escala de Depresión la puntuación obtenida en la evaluación inicial fue de 13 puntos. Tras la aplicación de la intervención psicológica, se pudo observar un descenso de la misma hasta 4 puntos de los valores iniciales obtenidos, logrando así una puntuación de 9. Lo que permitió apreciar la utilidad del tratamiento orientado a la gestión emocional, a las técnicas de relajación y a otras técnicas de “enfriamiento emocional” aportadas por el paciente.

Respecto a la escala de Ansiedad, se pudo observar un descenso, tanto en las puntuaciones de la escala Rasgo como Estado. Para la escala de Ansiedad Rasgo se obtuvo una reducción de hasta 10 puntos (pre-test: 80 y post-test: 70). Mientras que para la escala de Ansiedad Estado, la reducción fue de 15 puntos (pre-test: 85 y post-test: 70). Se considera por tanto, que la intervención psicológica fue útil en la reducción de los niveles de ansiedad y del malestar físico asociado y referido por el paciente (tensión, rigidez muscular e insomnio).

Los resultados de la evaluación del MCMI-II no permitieron la realización de un diagnóstico de personalidad franco, sin embargo se pudo concretar un trastorno de personalidad por rasgos, en este caso de tendencia a la evitación, inestabilidad emocional, dependencia y elevado estado de ansiedad. Véase la tabla 6.

Tabla 6. *Resultados del MCMI-II.*

<i>Inventario Clínico Multiaxial de Millon</i>		
Escala de Validez	Validez	0
	Sinceridad	80
	Deseabilidad Social	53
	Autodescalificación	25
Patrones Clínicos de Personalidad	Esquizoide	39
	Evitativo	79
	Dependiente	65
	Histriónico	42
	Narcisista	30
	Antisocial	22
	Agresivo-Sádico	17
	Compulsivo	60
	Pasivo-Agresivo	34
	Autoderrotista	55
	Patología Severa de Personalidad	Esquizotípico
Borderline		17
Paranoide		7
Síndromes Clínicos	Ansiedad	80

	Somatomorfo	32
	Bipolar	13
	Distimia	43
	Dependencia de alcohol	65
	Dependencia de drogas	71
Síndromes Severos	Desorden del pensamiento	18
	Depresión mayor	5
	Desorden delusional	21

Al comienzo de la intervención, los resultados de la evaluación de las conductas alimentarias patológicas (mediante el EDI-3) reflejaron baja autoestima, desajuste emocional, déficits interoceptivos y alto riesgo de TCA, resumiéndose todo ello en un desajuste psicológico general. Sin embargo, luego de la intervención realizada, las puntuaciones en todas las áreas mencionadas se vieron reducidas notoriamente, percibiéndose así una mejoría considerable tanto en el índice de ajuste emocional como en el índice de riesgo de TCA. Estos resultados se pueden apreciar en la tabla 7.

Tabla 7. *Resultados del EDI-3.*

<i>Inventario de trastornos alimentarios-3 (EDI-3)</i>		Pre-	Post-
		tratamiento	tratamiento
Escala e índices de riesgo	Obsesión por la delgadez	70	63
	Bulimia	10	9
	Insatisfacción corporal	42	33

	*Índice de riesgo de TCA	86	78
Escalas e índices	Baja autoestima	83	78
psicológicos	Alienación personal	60	54
	Inseguridad interpersonal	55	50
	Desconfianza interpersonal	43	46
	Déficits interoceptivos	78	70
	Desajuste emocional	84	75
	Perfeccionismo	60	56
	Ascetismo	18	15
	Miedo a la madurez	13	10
	*Índice ineficacia	70	63
	*Índice problemas	43	57
	interpersonales		
	*Índice problemas afectivos	73	68
	*Índice exceso de control	52	44
	*Índice desajuste psicológico	78	70
	general		
Escala de inconsistencia		14	17
interna			
Escala de infrecuencia		2	3
Escala de impresión		7	5
negativa			

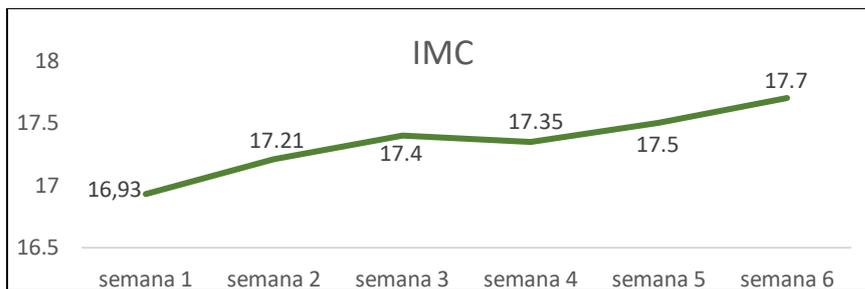
En lo que se refiere al estado motivacional del paciente, se produjo una clara mejoría respecto a la predisposición al cambio, ya que, de forma previa la intervención, la máxima puntuación obtenida se situaba en la escala de contemplación (22), mientras que de forma posterior al tratamiento, la máxima puntuación acabó por corresponder a la escala de acción (24). Los resultados del ACTA se pueden observar en la tabla 8.

Tabla 8. *Resultados del ACTA.*

<i>Test de actitud frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA).</i>		
	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Escala precontemplación	17	15
Escala contemplación	22	12
Escala decisión	13	18
Escala acción	10	24
Escala mantenimiento	15	16
Escala recaída	16	10

Por último, la recuperación ponderal del paciente, observada a lo largo de la estancia hospitalaria, permitió considerar efectiva la rehabilitación nutricional. Durante el ingreso, la rehabilitación nutricional llevada a cabo fue de vital importancia, puesto que la normalización del peso implicó una mejoría clínica tanto a nivel físico como mental, facilitando de esta manera la intervención psicológica realizada de forma semanal. Esta mejoría se puede observar en el gráfico 2, donde se aprecia el incremento del IMC inicial (16.93), respecto al final (17.7).

Gráfico 2. *Evolución Índice de Masa Corporal.*



5. Discusión y conclusiones

Siguiendo las tendencias actuales en intervención para TCA dentro del campo de la psicología, se adoptó la línea cognitivo-conductual, puesto que el NICE (2017) y autores como Wilson (2005) y Lock (2005) la presentan como el modelo probado más eficaz hasta el momento para los trastornos alimentarios.

En el presente trabajo se corrobora la eficacia del tratamiento cognitivo conductual apoyada por estos autores, puesto que los resultados obtenidos de la evaluación post-tratamiento fueron satisfactorios.

La intervención realizada permitió trabajar en profundidad todas las conductas problemas planteadas al comienzo del caso, como fueron los pensamientos distorsionados sobre la figura, el peso y la alimentación, propios de un TCA.

Una vez finalizada la intervención y la evaluación de los resultados obtenidos, se puede observar la mejoría del paciente en aquellas áreas propuestas para llevar a cabo la intervención. Es decir, se logró una reducción del estado anímico bajo, una mejora del estado motivacional y del control fisiológico. De igual manera se evidenció una mejoría a nivel orgánico y fisiológico debido al éxito de la realimentación y la adquisición de hábitos saludables. Además, gracias al trabajo realizado mediante el análisis funcional, se pudo comprobar cómo el paciente al subir de peso (impidiendo la dieta restrictiva) y

trabajar su vulnerabilidad personal, logró romper la retroalimentación de las alteraciones conductuales, físicas y mentales. De esta manera, se logró una mejoría en la agilidad mental, que le permitió realizar un trabajo introspectivo de mayor profundidad y abordar de forma más contundente el componente cognitivo de la enfermedad. Sin embargo, pese a todos estos logros alcanzados tras la intervención, al tener en cuenta el progreso del paciente durante su ingreso hospitalario, sus rasgos de personalidad detectados en la evaluación y el grado de motivación que presentaba al momento de finalizar la terapia, cabe esperar que la evolución sea oscilante. Y por tanto, que se produzcan recaídas en determinados momentos, potenciadas por la falta de habilidades de afrontamiento del malestar emocional y la tendencia a la evitación para la reducción del mismo.

Considero importante destacar que pese a que la evolución esperada sea incierta y oscilante, el paciente finalizó la intervención en la UTCA de forma satisfactoria, puesto que informó mejoría subjetiva a nivel emocional, físico y mental. A nivel emocional percibía más reactividad, menos apatía, reducción del estado de ánimo bajo y ansiedad. A nivel físico se encontraba más enérgico, con menos dolores corporales y estomacales, y menos taquicardias. A nivel cognitivo, percibía mayor agilidad mental, junto a una leve mejoría en los procesos de atención y memoria. Por último, refirió mayor percepción de autocontrol emocional, facilitada por las técnicas de relajación y el abandono del cannabis. En resumen, el paciente manifestó encontrarse satisfecho con los resultados obtenidos en el ingreso.

Para finalizar, teniendo en cuenta la totalidad de los resultados, la hipótesis inicial quedaría corroborada, habiendo logrado una reducción de la sintomatología de enfermedad y progresado adecuadamente en todas las áreas propuestas para trabajar.

Algunas de las limitaciones encontradas son, por una parte, las propias de un caso único, como es la falta de validez interna, y por otra, el no poder trabajar determinadas distorsiones con el paciente durante el ingreso. Por ejemplo, las distorsiones de la imagen corporal, que no se abordaron debido a que el paciente, aun encontrándose fuera de riesgo vital, salió de alta estando todavía dentro de parámetros de desnutrición. Por ello no fue posible realizar un trabajo cognitivo con él, pues sus funciones se encontraban mermadas. Las limitaciones para este caso fueron, por tanto, las de no poder ampliar el ingreso hospitalario hasta lograr un nivel de nutrición compatible con un buen trabajo psicológico e introspectivo. Además de no poder abordar pilares de la enfermedad, como el de la distorsión de la imagen corporal. Como última limitación, al trabajar con el paciente desde un recurso sanitario de tercer nivel, no fue posible llevar a cabo un seguimiento constante del mismo al alta. Debido a que posteriormente se le derivó a su centro de salud y a un centro de día, interrumpiéndose así el contacto directo con el paciente, con su evolución y el trabajo terapéutico realizados hasta el momento en la Unidad.

6. Bibliografía

- Aláez M., Martínez- Arias, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Niños y Adolescentes, su Relación con Edad y Género. *Psicothema* 12, 525-532.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed)*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness Subtraits: Arousal and Information Processing. En J. T. Spence y C. E. Izard (Eds.), *Motivation, Emotion and Personality*, 137-146. Holanda: Elsevier Science.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). El Cuestionario de Actitudes Frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Desarrollo y Propiedades Psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 3, 111-119.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión (20 ed.)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Texas, EEUU: Psychological Corporation.
- Beck, J. (1995) *Cognitive Therapy, Basics y Beyond*. Nueva York, EEUU: Guilford Press.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva, Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona, España: Gedisa.

- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia Cognitivo Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria Según la Visión Transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8, 21-33.
- Ellis, A. (1994) *Reason & Emotion in Psychotherapy, Revised and Updated*. Nueva York, EEUU: Carol Publishing.
- Elosua, P., López-Jáuregui, A. y Sánchez, F. (2010). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-3 (EDI-3)*. Madrid, España: TEA ediciones.
- Escandón-Nagel, N., Dada, G., Grau, A., Soriano, J. y Feixas, G. (2017). La Evolución de los Pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria Tres Años Después de Ingresar a Hospital de Día. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1, 59-69.
- Espina, A. (2009) *Terapia Familiar Sistémica en los Trastornos Alimentarios*. Málaga, España: Editorial CCS.
- Fairburn, C. G. y Walsh, B. T. (2002). Atypical Eating Disorders (Eating Disorder Not Otherwise Specified). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 171–177. Nueva York, EEUU: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: a “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fernández, L. B, y Rodríguez, T. (2003). El Cuestionario de Actitudes Frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA). Desarrollo y Propiedades Psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 3, 111-119.

- Galsworthy-Francis, L. y Allan, S., (2016) *Terapia Cognitivo-Conductual para la Anorexia Nerviosa: Una Revisión Sistemática*. Department of Clinical Psychology. Universidad de Leicester. Leicester, Reino Unido.
- García, J.J., (2011) *Abordaje Funcional de un Caso de Anorexia Nerviosa con Características Esquizoides y Evitativas de la Personalidad*. Trabajo de Fin de Máster. Universidad de Almería.
- Garner, D., y Bemis, K. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D.M. (2004). Eating Disorder Inventory - 3 Professional. Manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Gongora, V.C., (2002) Trastornos de Personalidad en Pacientes con Desórdenes de la Conducta Alimentaria. *Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- Guerri, C. (2013). *Estudio de caso único: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado con comorbilidad depresiva*. Trabajo Final de Integración. Universidad de Palermo. Argentina.
- Guillén, A. (2014) Validación de la Adaptación Española del State-Trait Anxiety Inventory en Diferentes Muestras Españolas. *Dialnet*. Universidad de Granada.
- Guinot, S., (2015) *Programa de Educación para la Salud de Prevención de las Recaídas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Trabajo de Final de Grado. Escuela universitaria de enfermería, Gimbernat. Barcelona.

- Herzog, D., Keller, M., Sacks, N., Yeh, C. y Lavori, P. (1992). Psychiatric Comorbidity in Treatment Seeking Anorexics and Bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Iniesta, M., Nadeau, J., Whelan, M., Oiler, C., Ramos, A., Riemann, B., y Storch, E. (2017). Intensive Family Exposure-Based Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Psicothema*, 4, 433-439.
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). (1995). *Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General. Madrid.
- Kendall, P. (2000). *Child and Adolescent Therapy*. Nueva York, EEUU: Guilford Press
- Kennedy, S., McVey, G. y Katz, R. (1990). Personality Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 259-269.
- Lock, J. (2005). Adjusting Cognitive Behavior Therapy for adolescents with Bulimia Nervosa: Results of Case Series. *American Journal of Psychotherapy*, 3, 267-281.
- López, C. y Treasure, J. (2010) Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: Descripción y Manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 85-97.
- Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L. y Herzog, W. (2001) Long-Term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-Year Follow-Up Study. *Psychological Medicine*, 5, 881-90.
- Madruga, D., Leis, R. y Lambruschini, N. (2012) *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. Protocolos Diagnóstico-

Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

SEGHNP-Asociación Española de Pediatría.

Martín, F. M., Cangas, A. J., Pozo, E. M., Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de Personalidad en Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Psicothema, 21(1), 33-38.

McCarthy, J. D. y Hoge, D. R. (1982). Analysis of Age Effects in Longitudinal Study of Adolescent Self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379.

Mendoza, P. y Posada, E. (2001) *Prevalencia y Población Afectada de Anorexia, Bulimia y otros Trastornos de la Alimentación*. Universidad del Valle. Cali. Colombia.

Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Filadelfia, EEUU: Saunders.

Millon, T. (1990). *Toward a New Personology. An Evolutionary Model*. Nueva York, EEUU: Wiley.

Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis, EEUU: NCS

Millon, T. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. Madrid, España: TEA ediciones.

Monterrosa-Castro, A., Ruiz-Martínez J. J., y Cuesta-Fernández G.C. (2012). Factores de riesgo para Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3 (2).

National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2017). *Eating Disorders –Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia*

- Nervosa and Related Eating Disorders. *Clinical Guideline*, Londres, Reino Unido.
- Ortiz, R. (2015) Epidemiología de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia*. Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria. Alicante.
- Peláez, M.A., (2003) *Estudio Epidemiológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Población Escolarizada de la Comunidad de Madrid*. Memoria para optar al Grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid.
- Peláez, M.A., Labrador, F. J., y Reich, R. M., (2004) Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71.
- Peláez, M.A., Labrador, F.J., y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Consideraciones Metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Regalado, D., A. (2013). *Estilos de Personalidad Relacionados con Tendencia al Desarrollo de Trastornos de Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 19 Años del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos*. Disertación previa a la obtención del título de médica cirujana. Quito, Ecuador.
- Rosen, D. (2010) Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-53.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton. Nueva Jersey, EEUU: Princeton University Press.
- Saldaña, C. (2001) Tratamientos Psicológicos Eficaces para Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392

- Santana, M. P., Junior, H. D., Giral, M. M. y Raich, R. M. (2012). La Epidemiología y los Factores de Riesgo de los Trastornos Alimentarios en la Adolescencia; Una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 391-401.
- Sanz, J. (2007) Algunos Problemas con la Utilización de la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 3. Madrid.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (DBI-II). Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Shiltz T. (1997) Eatings concerns support group curriculum grades, 7-12. Greenfield, EEUU: *Community Recovery Press*.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and Research on Anxiety. *Anxiety and Behavior*, 3-20. Nueva York, EEUU: Academic Press.
- Spielberger, C., y Sydeman, S. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. En M.E. Maruish (Ed.) *The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*, 1, 292-321. Hillsdale, Inglaterra.
- Steinhausen, H., C. (2002). The outcome of Anorexia Nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 8, 84-93.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y Validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 2, 247-255.

Vitousek, K y Ewald, L. (1993). Self-representation in Eating Disorders: A cognitive perspective. *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives*, 221-257. Nueva York, EEUU: Guildford Press.

Wilson, G.T. (2005). Psychological Treatment of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.



7. ANEXOS

- Anexo 1.

Tabla 3. *Autorregistro ad hoc.*

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta realizada	Pensamiento alternativo	Conducta alternativa
-----------	-------------	---------	-----------------------	----------------------------	-------------------------



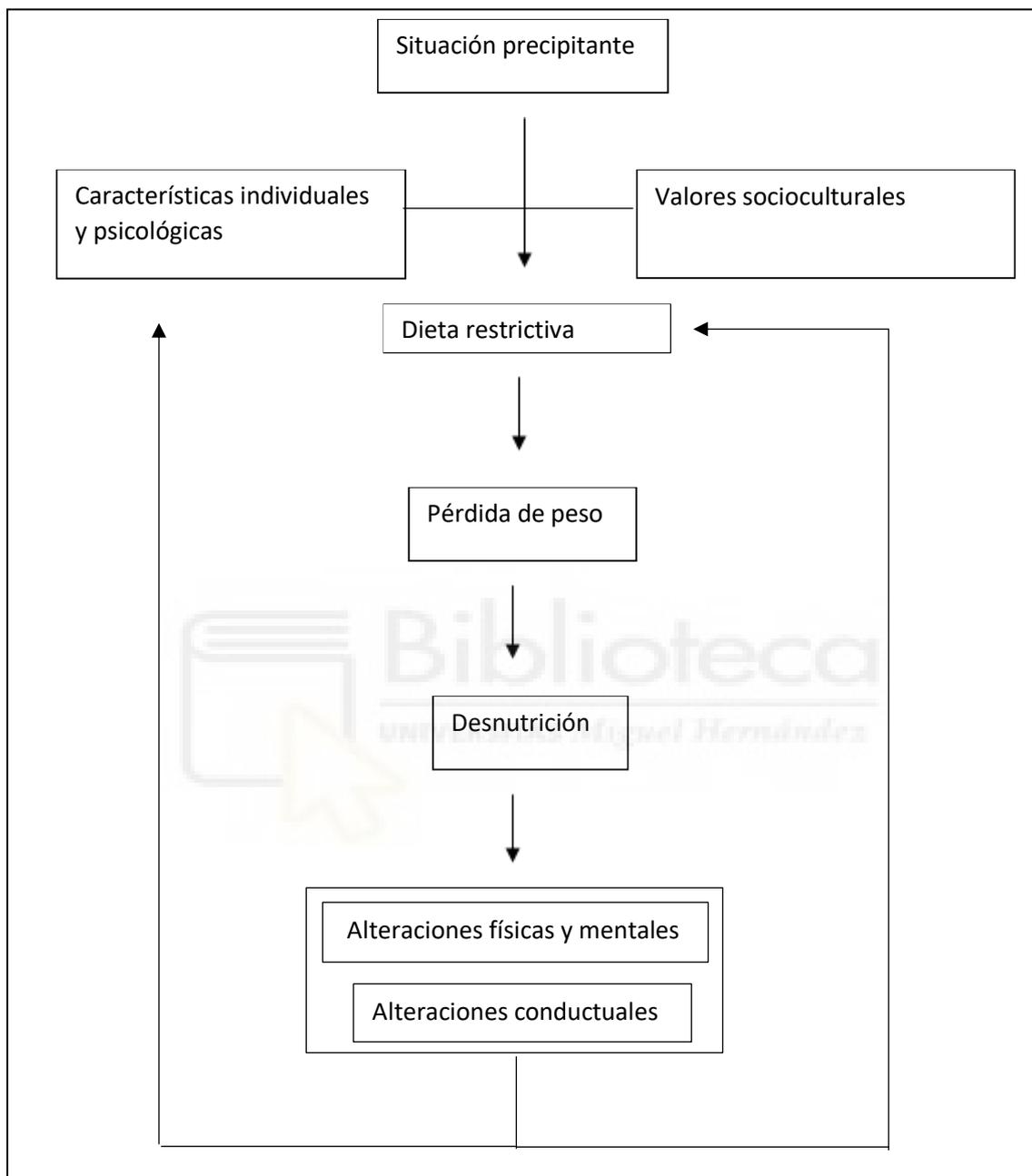
- Anexo 2.

Tabla 4. *Análisis funcional.*

<i>Antecedentes</i>	<i>Organismo</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Consecuencia</i>
<i>Antecedentes históricos externos</i>	<i>Características personales</i>	<i>Cognitiva</i>	<i>Corto plazo</i>
Acoso escolar y burlas desde los 6 años por parte de compañeros del colegio hacia su aspecto físico.	Intolerancia al malestar emocional y a la incertidumbre	Dificultades de concentración y memoria	Tristeza, falta de satisfacción y vitalidad. Relativa tranquilidad, por la restricción y el consumo de cannabis.
<i>Antecedentes actuales externos</i>	Carencia de habilidades para la resolución de conflictos o problemas	Pensamientos irracionales	<i>Medio plazo</i>
Ausencia de actividades. Mucho tiempo libre.	Afrontamiento evasivo	Distorsión de la imagen corporal	Ansiedad, inseguridad y disminución del contacto social.
Comidas que realiza con sus familiares y/o amigos	La apariencia física es un gran valor	Catastrofismo	<i>Largo plazo</i>
<i>Antecedentes actuales internos</i>		Percepción de incontrollabilidad	Aislamiento social-familiar
Deseabilidad social		<i>Fisiológica</i>	Baja autoestima
Miedo a subir de peso y a la ingesta.		Rigidez y tensión muscular	Generalización de la ansiedad
Insatisfacción corporal		Insomnio	Empeoramiento y cronificación del TCA
		Ansiedad	Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y depresión.
		Bajo estado de ánimo, apatía	
		<i>Motora</i>	
		Consumo de cannabis	
		Restricción alimentaria	
		Aislamiento social	
		Evitación de toda situación que le genere malestar asociada a las comidas	

- Anexo 3

Gráfico 1. *Desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.*



- Anexo 4. Consentimiento Informado.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA SOBRE UN
PACIENTE CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

D.
como paciente, de ...19... años de edad, con domicilio en ...
..... DNI nº

DECLARO:

Que el/la psicóloga Micaela Compañy López Medina, me ha explicado que:

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de San Juan realiza investigaciones para estudiar aspectos relacionados con la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria a través de la colaboración con el departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández. El Responsable de este estudio es la Dra. María José Quiles Sebastian.

El procedimiento que se me propone consiste en una intervención psicológica de 6 semanas de duración, durante las cuales habrá dos encuentros semanales con el psicólogo. Cada encuentro será de 40 minutos aproximadamente, y de un total de 12 sesiones.

La decisión de permitir el análisis de mis datos es totalmente voluntaria, pudiendo negarme e incluso pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación. Si decido libre y voluntariamente permitir la evaluación de mis datos, tendré derecho a decidir ser o no informado de los resultados de la investigación, si es que ésta se lleva a cabo.

Yo no recibiré ninguna compensación económica ni otros beneficios.

La evaluación de mis datos clínicos, demográficos y de antecedentes nunca supondrá un riesgo adicional para mi salud.

Protección de datos personales y confidencialidad.

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada en una base de datos informatizada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

La cesión a otros centros de investigación de la información contenida en las bases de datos y relativa a mi estado de salud, se realizará mediante un procedimiento de disociación por el que se generará un código de identificación que impida que se me pueda identificar directa o indirectamente.

Asimismo, se me ha informado que tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si decidiera revocar el consentimiento que ahora presto, mis datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado mi consentimiento, si bien, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte de la investigación.

Yo entiendo que:

Mi elección es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Otorgo mi consentimiento para que la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital de San Juan y el departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández utilicen mis datos para investigaciones médicas, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **CONSIENTO PERMITIR EL USO DE MIS DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS PARA INVESTIGACIÓN.**

En San Juan de octubre de 2007.

Firma del paciente

Firma de un testigo
DNI:

Firma del médico

Fdo.: MS

Fdo.:

Fdo.:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

Biblioteca
UNIVERSIDAD Miguel Hernández

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA INVESTIGACIÓN

D./D^a como paciente (o representante del paciente D.....), de años de edad, con domicilio en DNI. nº

Revoco el consentimiento prestado en fecha....., que doy con esta fecha por finalizado, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

En dieci de Noviembre de 2007

Firma del paciente

Firma de un testigo
DNI:

Firma del médico

Fdo.: mt
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:
(Nombre y dos apellidos)



Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

- Anexo 5. Solicitud al Órgano Evaluador de Proyectos.




AUTODECLARACIÓN DE ACTIVIDAD SIN RIESGOS SIGNIFICATIVOS

Investigador/a Principal	María José Quiles Sebastian	
Tipo de actividad	Otros	Trabajo de Fin de Máster
Título del proyecto	Intervención psicológica en un paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad ¹		

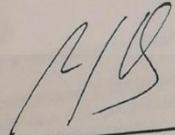
D/Dña. María José Quiles Sebastian
, como investigador/a principal declaro que mi proyecto/contrato/prestación de servicios carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

Afirmo que mi proyecto/contrato/prestación de servicios:

- No se desarrolla total ni parcialmente en laboratorios o talleres
- Se desarrolla en edificios de pública concurrencia, exclusivamente en despachos y zonas de libre acceso.
- No se utiliza ni el personal se expone a los efectos de: maquinaria o instalaciones, productos químicos, agentes biológicos, organismos modificados genéticamente ni nanomateriales.

En Elche, a _____ de Enero de 2018

Firma²



X _____
Investigador/a Principal

1. Introduzca los códigos GIS de los espacios de la UMH que encontrará en el enlace: <http://umh.es/localizacion/geoUMH.es.html>
2. Firme el documento electrónicamente tras cumplimentar todo el formulario y envíelo al correo: oeep@umh.es. Opcionalmente, puede firmarlo manualmente y dirigirlo al Vdo. de Investigación e Innovación a través de Registro General.



Órgano Evaluador de Proyectos
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE