



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025/2026



Trabajo Fin de Máster

Intervención Psicológica en una Adolescente con Anorexia Nerviosa: Un Estudio de Caso

Autora: Laura Sahuquillo Torres

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

Código de la Oficina de Investigación Responsable: 250325040552

Convocatoria: 29 de Enero de 2026

Abstract

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria de alta complejidad clínica, caracterizado por restricción alimentaria persistente, distorsión de la imagen corporal y elevada resistencia al cambio, lo que dificulta su abordaje terapéutico, especialmente en la adolescencia. Este trabajo presenta un caso clínico de anorexia nerviosa restrictiva tratado en contexto ambulatorio desde un enfoque psicológico integrador orientado al cambio cognitivo, emocional y conductual.

Se realizó una evaluación inicial exhaustiva que incluyó medidas antropométricas, autorregistros alimentarios y emocionales, instrumentos estandarizados y una entrevista familiar semiestructurada. La intervención se basó en la terapia cognitivo-conductual, incorporando exposición progresiva, reestructuración cognitiva y entrenamiento en regulación emocional, junto con estrategias de autocompasión, y se complementó con seguimiento nutricional y apoyo psiquiátrico. Tras 24 sesiones, se observaron mejoras significativas en el estado nutricional ($IMC \approx 18,5$), la normalización de la pauta alimentaria, la reducción de la evitación conductual y de los rituales, la disminución de distorsiones cognitivas y emocionales, así como un aumento de la conciencia de enfermedad, el compromiso terapéutico, la autoestima y el autoconcepto desvinculado de la imagen corporal. La implicación familiar favoreció una comunicación más empática y un entorno regulador. En conjunto, los resultados respaldan la utilidad de una intervención psicológica estructurada, intensiva e individualizada basada en la terapia cognitivo-conductual en contexto ambulatorio para adolescentes con anorexia nerviosa restrictiva, destacando la necesidad de intervenciones prolongadas para consolidar los cambios y prevenir recaídas.

Palabras clave: anorexia nerviosa restrictiva, adolescencia, intervención cognitivo-conductual, regulación emocional, imagen corporal, familia.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos mentales graves caracterizados por alteraciones persistentes en la ingesta y conductas alimentarias, acompañadas de percepción distorsionada del cuerpo e intensa preocupación por el peso y la figura corporal (Treasure, Cardi & Schmidt, 2023). Estas alteraciones afectan significativamente la salud física y mental, deteriorando la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de quienes los padecen (Zipfel, Giel & Bulik, 2022).

La etiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es compleja y multifactorial, incluyendo factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Biológicamente, se han identificado alteraciones en neurotransmisores como serotonina y dopamina, así como disfunciones hormonales reguladoras del apetito, como leptina y grelina (Rodríguez & Sagués, 2023). La predisposición genética contribuye entre un 33 % y un 84 % del riesgo de desarrollar anorexia nerviosa, afectando sistemas neurobiológicos implicados en el estado de ánimo, la recompensa y la ingesta alimentaria (Donato et al., 2022; Paolacci et al., 2020).

Desde el punto de vista psicológico, son comunes la baja autoestima, el perfeccionismo y los trastornos afectivos (Gámez Calvo, 2022). En el ámbito sociocultural, la presión de los medios y redes sociales hacia ideales de delgadez extrema constituye un factor de riesgo relevante, especialmente en adolescentes (Lladó et al., 2024).

En los últimos años se ha observado un aumento preocupante de los TCA, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes (Levinson et al., 2023; Solmi et al., 2022; Vázquez-Giraldo et al., 2024). Estudios recientes muestran un incremento significativo de la prevalencia, con tasas particularmente elevadas tras la pandemia de COVID-19, incluyendo un aumento del 25 % en los ingresos hospitalarios de adolescentes, siendo las mujeres

adolescentes el grupo más afectado (Levinson et al., 2023; Solmi et al., 2022). La pandemia amplificó vulnerabilidades psicosociales, intensificando aislamiento social, estrés emocional y exposición a contenidos perjudiciales en redes sociales, contribuyendo al aumento y la gravedad de los TCA en población infantojuvenil (Taquet et al., 2021).

Dentro de los TCA, la anorexia nerviosa (AN), foco de este trabajo, se distingue por su gravedad y complejidad clínica. Se caracteriza por restricción alimentaria severa, miedo intenso a ganar peso y alteración significativa de la imagen corporal (American Psychiatric Association, 2022). La AN presenta la tasa de mortalidad más alta entre los trastornos psiquiátricos, tanto por complicaciones médicas derivadas de la desnutrición como por suicidio (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2023).

La AN afecta de manera significativa los ámbitos cognitivo, físico y social. Cognitivamente, se caracteriza por patrones de pensamiento desadaptativos y distorsiones como pensamiento dicotómico, generalización excesiva, magnificación de errores y minimización de logros, que refuerzan creencias disfuncionales sobre peso, imagen corporal y control (Fairburn et al., 2020). Asimismo, se observa rigidez cognitiva, dificultando la adaptación a nuevas situaciones y la toma de decisiones flexibles durante el tratamiento (Schmidt et al., 2022).

Además, las personas con AN presentan pensamientos obsesivos sobre la comida, el cuerpo y el ejercicio, que generan ansiedad anticipatoria y conductas de evitación o compensación (Giel et al., 2021). Estas obsesiones suelen asociarse a hiperfocalización atencional, afectando la concentración, planificación y resolución de problemas (Tenconi et al., 2021), así como alteraciones en funciones ejecutivas como memoria de trabajo, atención sostenida y toma de decisiones, lo que contribuye a la resistencia al cambio (Haynos et al., 2020).

Estas dificultades cognitivas perpetúan el trastorno y dificultan el proceso terapéutico, limitando el insight, el establecimiento de metas realistas y el compromiso con la recuperación (Lask & Bryant-Waugh, 2023). La AN también genera alteraciones fisiológicas en varios sistemas: gastrointestinales (estreñimiento crónico, distensión abdominal, gastroparesia y dolor inespecífico; Moskowitz et al., 2019) y endocrinos (amenorrea, hipogonadismo hipogonadotrófico, disminución de hormona tiroidea y disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal; Misra & Klibanski, 2014).

La anorexia nerviosa (AN) suele generar aislamiento social por la evitación de situaciones con comida, limitando vínculos significativos (Levine, 2021; Helsingen et al., 2020). En el ámbito familiar provoca conflictos, sobreprotección y dificultades de comunicación, aumentando el estrés y manteniendo el trastorno (Accurso et al., 2020). El estigma social y la percepción de que la enfermedad es una “elección personal” dificultan la expresión emocional, la búsqueda de apoyo y el acceso a tratamiento (Schaefer et al., 2022). En lo académico y laboral, produce falta de concentración, fatiga y obsesión por controlar peso y comida, afectando rendimiento y desarrollo personal (Treasure et al., 2021; Mitchison et al., 2023).

La prevalencia de la AN a lo largo de la vida se estima entre 0,3% y 1% en mujeres y alrededor de 0,1% en hombres (Smink et al., 2023). Aunque es uno de los TCA más graves, no es el más frecuente; el trastorno por atracón (BED) y los TCA no especificados (TCANE) son más comunes (Udo & Grilo, 2018). La edad de inicio ha disminuido, registrándose casos desde los 9–10 años, con picos entre los 12 y 17 años (Hilbert et al., 2021; Solmi et al., 2022), lo que, junto con su alta morbilidad y mortalidad, subraya la necesidad de intervención temprana (Wade et al., 2024). Este adelanto se relaciona con la mayor exposición a redes sociales y modelos de belleza irreales desde edades tempranas (Lladó et al., 2024).

El tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes requiere un enfoque multidisciplinar que combine intervención médica, psicológica y nutricional, adaptado a las necesidades individuales (Fonseca-Pedrero et al., 2021). Desde la perspectiva psicológica, además de la Terapia Familiar Basada en la Evidencia (FBT) (Lock & Le Grange, 2015), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) cuenta con amplio respaldo empírico y grado de recomendación A para abordar síntomas depresivos y ansiosos frecuentes en los TCA (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

La TCC es un enfoque psicológico ampliamente respaldado para la anorexia nerviosa en adolescentes, eficaz y seguro para reducir síntomas centrales y mejorar el funcionamiento general (Byrne et al., 2020). Se basa en que pensamientos y creencias disfuncionales sobre peso, figura y alimentación mantienen el trastorno, estableciendo esquemas rígidos de autoevaluación donde la valía se vincula al control corporal y la restricción alimentaria (Linardon et al., 2022). La sobreevaluación de la delgadez y el peso, mecanismo clave de mantenimiento, se relaciona con conductas restrictivas, evitación de alimentos y estrategias compensatorias, perpetuando el ciclo del trastorno y dificultando la recuperación espontánea (Calugi et al., 2020).

Los objetivos de la TCC en adolescentes con anorexia nerviosa buscan modificar procesos cognitivos y conductuales para promover un patrón alimentario saludable y flexible, reducir sesgos sobre la autoimagen, trabajar la insatisfacción corporal, mejorar la regulación emocional y prevenir recaídas (Linardon et al., 2021). Van más allá de la recuperación de peso, abarcando psicopatología alimentaria, calidad de vida y funcionalidad social y académica (Zipfel et al., 2020).

La intervención se organiza en fases progresivas adaptadas a las necesidades clínicas y evolutivas. La primera fase prioriza motivación y estabilización clínica mediante

psicoeducación y autorregistros que relacionan pensamientos, emociones y conductas, crucial ante la baja conciencia de enfermedad y resistencia al cambio (Byrne et al., 2020; Linardon et al., 2022). La segunda fase se centra en reestructuración cognitiva y exposición gradual a alimentos temidos para reducir ansiedad y evitación, favoreciendo hábitos más flexibles (Calugi et al., 2020). La tercera fase consolida cambios y previene recaídas fortaleciendo recursos personales y estrategias de afrontamiento que promueven la autonomía (Zipfel et al., 2020).

En TCC se utilizan autorregistros para identificar patrones de pensamiento y su influencia en la conducta alimentaria (Linardon et al., 2022) y análisis funcional para comprender conductas restrictivas y diseñar alternativas adaptativas (Byrne et al., 2020). La reestructuración cognitiva cuestiona creencias rígidas sobre peso y figura (Calugi et al., 2020), y la exposición con prevención de respuesta enfrenta progresivamente alimentos o situaciones ansiogénicas sin conductas compensatorias, reduciendo ansiedad y aumentando la tolerancia emocional (Linardon et al., 2022). El trabajo sobre imagen corporal incluye ejercicios de espejo, habituación y reducción de autoobservación crítica (Zipfel et al., 2020), mientras que el entrenamiento en afrontamiento y regulación emocional enseña a manejar ansiedad, autocrítica y perfeccionismo, factores centrales en la cronificación del trastorno (Calugi et al., 2020).

La evidencia respalda la eficacia de la TCC en adolescentes con AN: mejora síntomas nucleares, ajuste psicológico y social (Byrne et al., 2020), facilita recuperación ponderal y mantiene avances hasta doce meses (Calugi et al., 2020), y disminuye comorbilidades como depresión y ansiedad, mejorando la calidad de vida (Linardon et al., 2021, 2022). Su flexibilidad permite adaptarla a contextos ambulatorios y hospitalarios, consolidándola como tratamiento de primera elección (Zipfel et al., 2020).

En conjunto, la TCC es una intervención empíricamente validada y clínicamente efectiva, abordando mecanismos de mantenimiento del trastorno, promoviendo recuperación de peso, reducción de síntomas y mejorando funcionalidad, autonomía y bienestar general (Byrne et al., 2020; Calugi et al., 2020; Linardon et al., 2021, 2022; Zipfel et al., 2020).

El objetivo de este trabajo es describir y analizar la intervención integral basada en TCC aplicada en un caso clínico de anorexia nerviosa restrictiva en adolescente, buscando recuperación ponderal, normalización de hábitos alimentarios, reducción de sintomatología ansiosa y mejora de la satisfacción con la imagen corporal.

Método

Historia del Problema

Adolescente de 15 años, cursa 4º de ESO, acude a consulta por indicación de sus padres por pérdida progresiva de peso, alteraciones alimentarias, ansiedad, labilidad emocional, bajo estado de ánimo y amenorrea. Vive con ambos padres (profesionales de enfermería) y una hermana menor, con quien mantiene buena relación. La familia es estable, aunque con cargas de cuidado por enfermedad de los abuelos. Socialmente, la paciente tiene un grupo de amigas estable y se siente integrada. Académicamente, destaca por alto rendimiento y autoexigencia, lo que aumenta su ansiedad escolar.

El problema comenzó entre finales de 3º y principios de 4º de ESO (primavera-verano 2024), cuando la paciente empezó a experimentar hinchazón abdominal y molestias gastrointestinales, percibiendo su abdomen como “redondeado”. Esta experiencia generó malestar, ansiedad progresiva y síntomas ansioso-depresivos iniciales. Antes del diagnóstico médico, interpretaba estos cambios como “engordar”, aumentando su preocupación por la imagen corporal.

A partir de esta percepción, inicia por cuenta propia una restricción alimentaria con el objetivo de “controlar la hinchazón”. Su peso habitual previo al inicio del cuadro era de aproximadamente 45 kg, manteniendo menstruaciones regulares y un IMC dentro del normopeso. Excluye azúcares y grasas, reduce raciones y limita la ingesta a tres comidas diarias. Más adelante se diagnostica celiaquía, lo que explica los síntomas abdominales, pero el patrón restrictivo ya está consolidado y reforzado por el miedo a “ganar barriga”, su principal temor.

El patrón alimentario se caracteriza por restricción calórica sostenida y evitación de ciertos alimentos. La paciente muestra miedo intenso a engordar, especialmente en el abdomen, y distorsión de la imagen corporal (“sé que estoy delgada, pero tengo miedo a engordar”), acompañada de pensamientos rumiativos sobre peso e ingesta. No se observan conductas purgativas, pero existe un control creciente de lo que consume. Comentarios escolares y familiares sobre su delgadez funcionan como reforzadores sociales, mientras que la sensación de logro y autocontrol al cumplir sus exigencias personales actúa como refuerzo interno, consolidando el patrón restrictivo.

La paciente presenta actividad física elevada: acude al gimnasio dos veces por semana, realiza pilates diario en casa y sale a correr o montar en bicicleta con su padre. Inicialmente percibe el ejercicio como “desahogo” ante la presión escolar y el malestar emocional, pero se ha vuelto rígido y difícil de interrumpir, incluso con ingesta calórica reducida.

En los meses posteriores, la paciente experimenta una pérdida de peso mantenida, descendiendo de 45 kg (IMC = 20,0) a 37 kg (IMC = 16,4), lo que corresponde a un estado de desnutrición moderada según los criterios de la OMS. Presenta amenorrea desde mayo de 2024, aproximadamente tres meses antes de la valoración inicial. Este deterioro físico y la

persistencia de la conducta restrictiva motivan la derivación a intervención psicológica especializada. Previo al inicio de la terapia, y con el fin de facilitar la ingesta, sus padres acordaron temporalmente retirar la férula Invisalign.

En el área de personalidad, la información obtenida a través de la paciente y su familia señala la presencia de rigidez comportamental, perfeccionismo, elevada responsabilidad y rasgos obsesivos. Estos resultados se ven respaldados por la evaluación mediante el MACI-II, que indica además la presencia de ansiedad de base, especialmente vinculada al rendimiento académico, además de una rigidez cognitiva y cierta tendencia a la somatización.

Asimismo, la paciente refiere que admira el cuerpo de una compañera y presta atención a sus hábitos alimentarios, lo cual actúa como factor de comparación y refuerzo de las conductas restrictivas dentro del contexto habitual de preocupación corporal presente en la adolescencia.

Motivo de Consulta

La demanda principal de los padres se centra en la preocupación por los cambios observados en el estado físico y emocional de su hija durante los últimos meses. Acuden a la consulta tras notar una pérdida significativa de peso, alteraciones en su conducta alimentaria y una creciente labilidad emocional. En el relato familiar, se ha evidenciado la presencia de pensamientos recurrentes y rumiativos, así como expresiones frecuentes de autorreproche tras las ingestas, lo cual ha generado un notable malestar en el entorno familiar.

A pesar de estas manifestaciones, la paciente verbaliza sentirse bien y no manifiesta una preocupación explícita por su estado. La pauta de actividad física se percibe como

compulsiva y difícil de modificar, lo que refuerza la preocupación parental y motiva la solicitud de atención especializada.

Conducta Problema

La conducta problema central está constituida por un patrón alimentario restrictivo, mantenido en el tiempo y fuertemente influido por la preocupación por la imagen corporal y por el miedo a aumentar de peso. La paciente evita determinados grupos de alimentos, controla de forma estricta las cantidades ingeridas y mantiene un número reducido de comidas al día. Este patrón se ve acompañado de un miedo intenso al aumento ponderal, especialmente en la zona abdominal, asociando cualquier sensación de hinchazón o distensión con la idea de “estar engordando”. Presenta una distorsión de la imagen corporal, con pensamientos contradictorios tales como: “sé que estoy delgada, pero tengo miedo a engordar”, así como rumiaciones persistentes en torno al peso y la comida.

La paciente no presenta conductas purgativas ni ocultación deliberada de alimentos según la información aportada por la familia, aunque sí un control exhaustivo de lo que consume y una marcada inquietud ante la posibilidad de aumentar la ingesta. A este patrón se suma una actividad física elevada y rígida, utilizada como estrategia de regulación emocional y como medio para compensar el malestar percibido en relación con su cuerpo.

Como consecuencia directa de este patrón restrictivo, la paciente presenta una pérdida de peso clínicamente significativa, pasando de un peso previo habitual de aproximadamente 45 kg (IMC = 20,0) antes del inicio del cuadro a un peso actual de 34–37 kg, con un IMC de 16,4, indicativo de desnutrición moderada. Aunque inicialmente se encontraba dentro del normopeso, el descenso sostenido y acelerado en un periodo de siete meses constituye un marcador de gravedad clínica, justificando la intervención especializada. Esta pérdida

ponderal se acompaña de amenorrea de aproximadamente tres meses, evidenciando el impacto fisiológico del déficit energético mantenido.

Análisis de necesidades

En primer lugar, es fundamental evaluar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de la paciente, prestando atención a la ingesta actual, la frecuencia y el tipo de comidas, así como posibles restricciones, como la exclusión de ciertos grupos de alimentos. También se debe valorar el miedo a ganar peso, dado que está estrechamente relacionado con las conductas alimentarias restrictivas. Es esencial monitorizar el índice de masa corporal (IMC), el peso corporal y los signos de desnutrición, prestando especial atención a manifestaciones físicas asociadas con la anorexia nerviosa, como la amenorrea.

En cuanto a los procesos cognitivos, es crucial identificar creencias disfuncionales que mantienen la conducta restrictiva, como la sobrevaloración del peso y la figura corporal. Asimismo, se deben evaluar la rigidez cognitiva y los pensamientos obsesivos relacionados con el control del peso y la imagen corporal. La percepción de la imagen corporal también requiere atención, identificando distorsiones significativas asociadas a angustia por la figura y comparaciones constantes con ideales corporales.

Es importante valorar el malestar emocional y la presencia de trastornos afectivos comórbidos, como ansiedad o depresión, así como la labilidad emocional que puede contribuir a conductas desadaptativas. Además, se deben considerar rasgos de perfeccionismo y la actitud ansiosa en el ámbito académico, dado que pueden afectar el bienestar y los hábitos alimentarios de la paciente.

La dinámica familiar juega un papel clave en el tratamiento, por lo que es necesario identificar posibles patrones que contribuyan al mantenimiento del trastorno. También se

debe evaluar la motivación de la paciente para el cambio, ya que su disposición a participar activamente facilitará la modificación de conductas desadaptativas.

Finalmente, se recomienda valorar el impacto social y académico de la anorexia nerviosa, especialmente en el rendimiento escolar y la presión percibida por responsabilidades académicas. Este enfoque integral permite comprender cómo el trastorno afecta la vida de la paciente y orienta el diseño de una intervención terapéutica más efectiva.

Análisis de las Dificultades

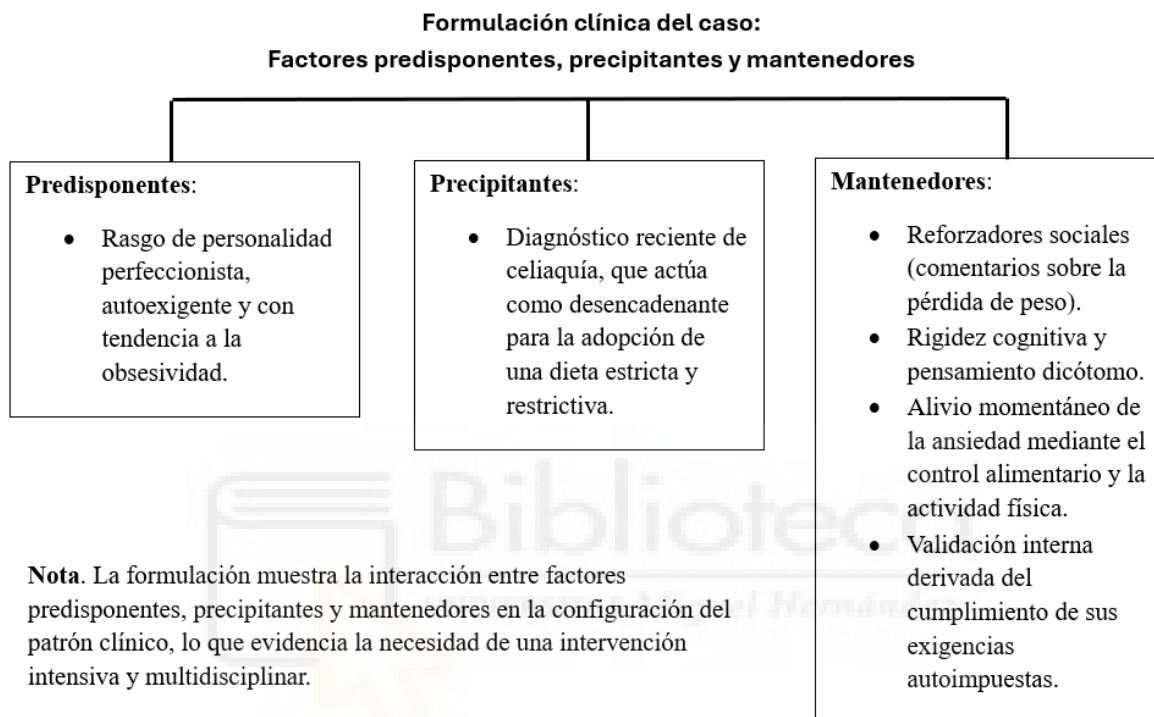
La paciente presenta anorexia nerviosa con evolución progresiva desde primavera/verano de 2024, destacando amenorrea secundaria desde mayo, hiperactividad física diaria incluso con ingesta deficitaria y alimentación restrictiva que evita grasas, azúcares y harinas, generando una dieta limitada y poco variada. Además, muestra labilidad emocional, pensamientos rumiativos tras las comidas y elevada autocrítica, aunque refiere “sentirse bien”, y sus conductas se intensifican ante ansiedad académica o emocional.

Las dificultades afectan varias áreas de su vida. Académicamente, mantiene alto rendimiento, pero con ansiedad y perfeccionismo. En la familia, la negativa a flexibilizar la alimentación o reducir ejercicio genera tensión y preocupación parental. En autocuidado, hay rigidez diaria y distorsión de la imagen corporal. Emocionalmente, presenta dificultad para identificar y expresar emociones, tendencia al aislamiento social y baja conciencia de enfermedad, limitando motivación y adherencia al tratamiento.

Desde la formulación clínica, se identifican factores predisponentes como perfeccionismo, autoexigencia y necesidad de control. El diagnóstico reciente de celiaquía actuó como factor precipitante, desencadenando una dieta estricta. Los factores mantenedores incluyen reforzadores sociales por pérdida de peso, rigidez cognitiva, alivio temporal de

ansiedad mediante control alimentario y ejercicio, y validación interna al cumplir exigencias autoimpuestas. La hinchazón abdominal por celiaquía refuerza la evitación de alimentos. Este patrón clínico complejo requiere intervención intensiva y multidisciplinar.

Evaluación Inicial



La recogida de datos, la evaluación clínica y la intervención fueron realizadas por la profesional responsable y por la autora de este TFM en una clínica psicológica especializada. Se obtuvo el consentimiento informado de los progenitores, autorizando la evaluación y el tratamiento de la paciente. Todo el procedimiento se llevó a cabo siguiendo los principios éticos de la práctica profesional con menores, garantizando confidencialidad, respeto y protección del bienestar de la participante. Este estudio cuenta con la autorización de la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández (250325040552).

Evaluación antropométrica y nutricional

Se registraron variables antropométricas básicas, incluyendo peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC), calculado como peso (kg) / talla (m²) y evaluado según los rangos de la OMS (2020) para población adolescente. Estas medidas permitieron estimar el estado nutricional, monitorizar la evolución ponderal y detectar signos de desnutrición moderada, frecuentes en la anorexia nerviosa. También se registraron manifestaciones físicas relevantes, como amenorrea y déficits nutricionales.

Autorregistro de emociones

De forma complementaria, se utilizaron autorregistros emocionales semanales (véase Anexo A), en los que la paciente registraba el nivel de malestar emocional experimentado antes y después de las ingestas, las emociones predominantes y los pensamientos automáticos asociados a la alimentación, así como las estrategias de afrontamiento empleadas. Este instrumento permitió identificar momentos de mayor ansiedad anticipatoria y la relación entre los estados emocionales y la conducta alimentaria, así como posibles refuerzos emocionales vinculados al control alimentario. Su uso favoreció el aumento de la conciencia emocional y de enfermedad, y constituyó una herramienta relevante para el trabajo posterior de regulación emocional y reestructuración cognitiva.

Autorregistros alimentarios

Se utilizaron autorregistros semanales de alimentación, elaborados por la paciente bajo supervisión terapéutica (véase Anexo B). Estos registros incluían la ingesta alimentaria diaria, la frecuencia y el tipo de comidas realizadas, así como los pensamientos asociados a la comida y a la ingesta. El uso de este instrumento permitió identificar patrones de restricción, evitación de determinados alimentos, presencia de rituales alimentarios y creencias disfuncionales relacionadas con el control, el peso y la autoevaluación. Asimismo, facilitó la

monitorización del cumplimiento de las pautas acordadas y del progreso terapéutico a lo largo de la intervención.

Instrumentos

Para la evaluación de sintomatología propia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA):

Self-report Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008). Versión autoadministrada del EDE que evalúa frecuencia e intensidad de síntomas de TCA en las últimas cuatro semanas: atracones, purgas, ejercicio excesivo y preocupaciones sobre peso, figura y alimentación. Consta de 28 ítems en cuatro subescalas: alimentación, peso, figura corporal y restricción dietética, además de una puntuación global. Presenta alta fiabilidad interna ($\alpha > .90$), y la versión española (Penelo et al., 2011) mantiene consistencia adecuada ($\alpha = .89-.93$) y estructura factorial válida.

Escala de Distorsión de la Imagen Corporal (adaptación española de Gardner, 1996). Evalúa la discrepancia entre imagen percibida e ideal y el grado de insatisfacción corporal. Con 18 siluetas por sexo, permite estimar distorsión perceptiva y cognitiva. La versión española (Marco, Perpiñá & Botella, 2010) mostró buena fiabilidad test-retest ($r > .80$) y validez convergente, siendo útil en evaluación clínica y de investigación.

Inventario de Trastornos de la Personalidad para Adolescentes (MACI-II; Millon et al., 2006). Evalúa estilos de personalidad, patrones clínicos, dificultades emocionales y conductas problemáticas en adolescentes de 13 a 19 años. Consta de 160 ítems en formato verdadero/falso y se completa en 25-30 minutos. Permite identificar autocrítica, baja autoestima, perfeccionismo, ansiedad social y estilos de afrontamiento desadaptativos,

factores implicados en la AN. La adaptación española (Cruzado, Rodríguez & Lemos, 2008) mostró buena fiabilidad ($> .80$) y validez convergente.

Cuestionario ACTA (Actitudes Frente al Cambio en TCA; Beato Fernández & Rodríguez Cano, 2003). Evalúa actitud y disposición al cambio según el modelo transteórico (Prochaska & DiClemente). Con 59 ítems en seis subescalas (precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída), respuestas Likert 1–5. Permite clasificar la etapa motivacional y orientar la intervención. Consistencia interna adecuada ($\alpha \geq .70$) y validez convergente y factorial, siendo útil en contextos clínicos y de investigación.

Entrevista Semiestructurada de Dinámica Familiar. Se realizó una entrevista clínica semiestructurada con la paciente y sus progenitores para evaluar la dinámica familiar, los patrones de comunicación, los estilos educativos, las expectativas parentales y el apoyo emocional. Se exploraron asimismo la percepción del problema alimentario, la gestión de conflictos y el grado de implicación familiar en el proceso terapéutico, prestando especial atención a factores familiares mantenedores del TCA, como la sobreprotección, la minimización del problema y la elevada exigencia parental, entre otros.

Justificación de la elección y tipo de intervención

En este caso, la intervención individual en clínica privada se considera adecuada, ya que la paciente, con un IMC indicativo de desnutrición moderada ($\text{IMC} = 16,4$), no presenta riesgo vital inmediato ni descompensación médica grave que requiera hospitalización (American Psychiatric Association [APA], 2023; Arcelus et al., 2020). No se observan conductas purgativas y cuenta con un entorno familiar colaborador y una red de apoyo adecuada, lo que permite un tratamiento ambulatorio intensivo eficaz.

Se optó por una intervención integradora basada principalmente en el modelo cognitivo-conductual, centrada en modificar pensamientos disfuncionales sobre el peso, la figura y la alimentación, así como en abordar conductas restrictivas, perfeccionismo, hiperactividad física y ansiedad anticipatoria (Fairburn, 2019). Esta intervención se complementa con seguimiento psiquiátrico, incluyendo prescripción de sertralina (50 mg/día) para manejo de ansiedad, rumiación y afecto depresivo leve.

El abordaje multidisciplinar incluye también pautas nutricionales estructuradas: comidas y snacks regulares, reintroducción progresiva de alimentos evitados, monitorización de ingestas y conductas alimentarias, y educación sobre necesidades nutricionales y consecuencias de la desnutrición. Todo ello se integra con la intervención psicológica, centrada en regulación emocional, manejo de la conducta alimentaria y trabajo sobre factores de mantenimiento del patrón restrictivo.

En definitiva, esta estrategia busca ofrecer una intervención temprana, intensiva, integradora y basada en la evidencia, en el entorno natural de la paciente, aprovechando la ventana de oportunidad que representa la fase inicial del trastorno para optimizar el pronóstico y reducir el riesgo de cronificación mediante un tratamiento personalizado, flexible y continuo (Treasure et al., 2021).

Objetivos

Objetivo General. Lograr la recuperación nutricional y funcional de la paciente, restaurando un peso y estado nutricional que permitan su crecimiento y desarrollo normales, estabilizando su salud médica y restableciendo hábitos alimentarios y funcionamiento psicosocial, y prevenir recaídas

Objetivos Específicos.

1. Incrementar la conciencia de enfermedad y el compromiso terapéutico mediante psicoeducación sobre la anorexia nerviosa, sus consecuencias físicas y psicológicas, y la función de los síntomas en el mantenimiento del trastorno.
2. Modificar pensamientos disfuncionales relacionados con la imagen corporal, el miedo a la ganancia de peso y la autoevaluación basada en el control mediante reestructuración cognitiva adaptada a su nivel de desarrollo.
3. Reducir la evitación conductual y el malestar ante la comida, el cuerpo y situaciones sociales mediante exposición progresiva a estímulos temidos, incluyendo trabajo sobre la propia imagen corporal.
4. Entrenar habilidades de regulación emocional, perfeccionismo y autocrítica excesiva mediante mindfulness, flexibilización cognitiva y autocompasión.
5. Fortalecer autoconcepto y autoestima promoviendo identidad basada en aspectos no relacionados con el cuerpo ni el rendimiento, fomentando autoexploración y expresión emocional.
6. Normalizar patrones alimentarios mediante apoyo nutricional, estableciendo una rutina estructurada y flexible que reduzca reglas rígidas, rituales y conductas compensatorias.
7. Fomentar la implicación activa de la familia mediante comunicación empática, validación emocional y manejo adecuado de conductas sintomáticas.
8. Evaluar y ajustar dinámicas familiares que mantengan el trastorno, promoviendo un entorno seguro, colaborativo y regulador.
9. Mejorar funcionamiento académico y social identificando impacto de perfeccionismo, presión escolar y comparación social, y fomentando estrategias adaptativas y equilibrio entre exigencia y autocuidado.

10. Prevenir recaídas mediante consolidación de estrategias adaptativas, detección temprana de señales de alerta y planificación de recursos personales y familiares para mantener el progreso terapéutico.

A continuación, se describe la estructura y el funcionamiento de las sesiones:

Tabla 1

Organización de las sesiones terapéuticas: objetivos, contenidos y secuenciación

Objetivo terapéutico	Sesiones	Contenido
Evaluación diagnóstica inicial y formulación clínica	1-2	Aplicación de S-EDE-Q, Escala de Distorsión de Imagen Corporal, MACI-II y ACTA. Entrevista semiestructurada individual y familiar. Identificación de factores mantenedores, riesgo nutricional y necesidades terapéuticas.
Psicoeducación sobre el trastorno y aumento de conciencia de enfermedad	3-4	Información sobre anorexia nerviosa, efectos físicos y emocionales, función del síntoma y ciclo de restricción. Normalización del proceso terapéutico. Introducción al modelo cognitivo-conductual.
Motivación para el cambio y adherencia terapéutica	5-6	Análisis de balance decisional. Revisión de resultados en ACTA y reflexión sobre etapas de cambio. Identificación de metas personales y resistencias. Establecimiento de contrato terapéutico y objetivos realistas.
Intervenciones sobre patrones alimentarios restrictivos	7-9	Introducción de registro alimentario simple. Análisis de reglas rígidas y rituales. Trabajo sobre exposición a alimentos evitados mediante jerarquías graduales. La coordinación interdisciplinar con el área de nutrición no se mantuvo, dado que la profesional de nutrición

otorgó el alta tras alcanzar los objetivos previamente establecidos.		
Reestructuración cognitiva vinculada a peso, figura y control	10-12	Identificación de pensamientos automáticos. Distorsiones cognitivas frecuentes (catastrofismo, dicotomía, lectura mental). Debate socrático adaptado y búsqueda de alternativas funcionales.
Trabajo sobre imagen corporal y evitación conductual	13-14	Exposición a espejo guiada. Identificación de zonas evitadas. Técnica de descripción objetiva del cuerpo. Diferenciación entre autovalía y apariencia. Introducción de tareas para casa.
Regulación emocional + manejo de perfeccionismo + autocrítica	15-16	Regulación emocional: mindfulness, identificación y modulación de emociones, tolerancia al malestar, manejo de ansiedad post-ingesta. Perfeccionismo: análisis funcional, flexibilización de estándares, exposición controlada a errores. Autocrítica: reencuadre compasivo, autoafirmaciones funcionales y diálogo socrático.
Autoconcepto y autoestima no basados en apariencia ni rendimiento	17-18	Identificación de áreas identitarias no corporales. Revisión de logros internos vs. externos. Plan de actividades gratificantes y autodirección.
Intervención familiar: psicoeducación y pautas comunicativas	19-20	Explicación modelo AN a padres. Validación emocional. Manejo de conductas sintomáticas sin refuerzo inadvertido. Estrategias de comunicación empática.
Evaluación de dinámica familiar y factores de mantenimiento	21	Detección de sobreprotección, minimización, exigencia y control. Propuestas de ajuste relacional orientadas a seguridad y autonomía progresiva

Funcionamiento académico y social	22	Revisión de presión escolar, impacto del perfeccionismo, comparación social. Estrategias de afrontamiento, balance estudio–autocuidado y límites saludables.
Prevención de recaídas y cierre de fase	23-24	Identificación de señales tempranas. Plan personal de mantenimiento. Clarificación de recursos ante crisis. Revisión de logros y proyección futura.

Nota. La tabla resume la secuenciación de las sesiones terapéuticas, los objetivos específicos de cada fase y los contenidos trabajados. La información se basa en el registro clínico de la intervención individualizada realizada con la paciente.

Desarrollo de la Intervención por Objetivos

Incremento de la conciencia de enfermedad y compromiso terapéutico. Se trabajó la comprensión de la anorexia nerviosa mediante psicoeducación sobre sus efectos físicos y psicológicos, relacionando síntomas como bajo peso, amenorrea y dificultades emocionales con la experiencia cotidiana de la paciente. Mediante materiales visuales y ejemplos adaptados a su edad se abordaron resistencias cognitivas y se promovió la identificación de metas personales, consolidando el contrato terapéutico, reduciendo la defensividad y favoreciendo un rol activo en el tratamiento.

Modificación de pensamientos disfuncionales sobre imagen corporal, peso y control. Se trabajaron distorsiones cognitivas relacionadas con cuerpo, comida y miedo al aumento de peso, identificando pensamientos automáticos y diferenciando lo emocional de lo racional. Se aplicaron técnicas de reestructuración cognitiva (debate socrático, evaluación de evidencia y cuestionamiento de reglas rígidas) y se entrenó la generación de cogniciones

funcionales centradas en el autocuidado y la valoración personal independiente del cuerpo, reduciendo creencias absolutistas y aumentando la tolerancia a sensaciones corporales.

Reducción de la evitación conductual mediante exposición alimentaria, corporal y social. Se implementó un plan progresivo de exposición a alimentos, situaciones sociales y actividades relacionadas con la imagen corporal, siguiendo jerarquías individuales y respetando la seguridad nutricional. Se emplearon autorregistros, tolerancia al malestar y análisis post-situación, mientras se trabajaba la imagen corporal mediante espejo, reconocimiento de partes evitadas y diferenciación entre apariencia y autovalía, con el objetivo de reducir la evitación y las conductas restrictivas, fomentando el afrontamiento sin compensación.

Entrenamiento de habilidades de regulación emocional, perfeccionismo y autocrítica. Se identificaron y gestionaron emociones intensas asociadas a la comida y la autoevaluación corporal mediante respiración diafragmática, grounding, presión profunda y autoabrazo. El perfeccionismo se abordó con exposición a errores, flexibilización de estándares y cuestionamiento de narrativas centradas en rendimiento. La autocrítica excesiva se intervino con reencuadre compasivo, diálogo socrático y prácticas de autocompasión. Se buscó reducir rigidez cognitiva y emocional, mejorar autogestión y disminuir el control corporal como estrategia regulatoria.

Fortalecer autoconcepto y autoestima no basados en apariencia ni rendimiento. Se exploraron áreas de identidad independientes del cuerpo, como relaciones, intereses, valores y logros internos, usando el “mapa de identidad” y promoviendo actividades gratificantes. Esto aumentó la valía personal, amplió la narrativa identitaria y consolidó la base psicológica para el cambio conductual.

Normalizar patrones alimentarios mediante coordinación interdisciplinar.

Se instauró un patrón regular de cuatro comidas diarias, respetando hambre y saciedad, reduciendo reglas rígidas y rituales. Se monitorizó sintomatología digestiva y se coordinó con la nutricionista para progresión calórica segura y reintroducción gradual de alimentos evitados. El objetivo fue consolidar flexibilidad alimentaria, mantener estado nutricional y prevenir recaídas.

Implicación familiar y ajuste del sistema relacional.

Se proporcionó psicoeducación a los padres sobre TCA, comunicación efectiva y manejo de conductas restrictivas sin reforzarlas. Se trabajaron dinámicas mantenedoras (sobrepotección, exigencia, evitación emocional) y se promovió equilibrio entre apoyo y autonomía, incluyendo manejo de crisis, validación emocional y acompañamiento coherente al proceso terapéutico.

Funcionamiento académico y social.

Se entrenó autorregulación frente a perfeccionismo, presión escolar y comparación social, estableciendo límites entre autoexigencia y autocuidado. Se enseñaron estrategias de afrontamiento ante estrés académico y pensamientos intrusivos post-ingesta, y se fomentó participación social activa y disfrute en actividades no centradas en la imagen corporal.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación corresponden al periodo en el que se han llevado a cabo mis prácticas clínicas y reflejan la evolución observada hasta el momento. Cabe destacar que la intervención con la paciente aún no ha finalizado, por lo que los hallazgos deben considerarse como preliminares y sujetos a posibles cambios a medida que continúe el proceso terapéutico.

Evolución Antropométrica y Estado Nutricional

Durante la intervención, la paciente mostró una recuperación ponderal progresiva: partiendo de un estado de desnutrición moderada ($IMC \approx 16,4$), aumentó hasta alcanzar un IMC aproximado de 18,5, situándose cercano al rango de normalidad para su edad y talla. Este cambio se acompañó de una estabilización de la ingesta: la paciente pasó de un patrón restrictivo severo con solo tres comidas al día a una pauta estructurada y más flexible, con cuatro comidas diarias, reducción de reglas rígidas y introducción gradual de alimentos previamente evitados. Además, se monitorizaron signos de recuperación nutricional y se gestionaron las intolerancias digestivas (lactosa/fructosa), lo que facilitó la diversificación de la dieta. Este tipo de normalización alimentaria se alinea con los objetivos terapéuticos planteados y ha sido considerada fundamental en intervenciones integradas de trastornos alimentarios.

Cambios en Patrones Alimentarios, Evitación y Conductas Compensatorias

Los autorregistros semanales y la supervisión terapéutica reflejaron una disminución marcada del control rígido sobre la comida, de la evitación de grupos alimentarios y de los rituales asociados al miedo a ganar peso. La paciente incorporó alimentos temidos —como pasta o arroz— y toleró sensaciones de plenitud o hinchazón sin recurrir a conductas compensatorias (ejercicio excesivo, restricción post-ingesta). Además, aprendió a retrasar posibles reacciones impulsivas ante pensamientos intrusivos (“he comido demasiado”), manteniendo la ingesta pautada de desayuno, comida, merienda/almuerzo (dependiendo del día) y cena. Este cambio de patrón conductual evidencia una desactivación progresiva del mecanismo de evitación, lo cual es un indicador clave de recuperación en tratamientos integrados de trastornos alimentarios.

Cambios cognitivos y emocionales.

Durante el proceso terapéutico se observaron mejoras significativas en los ámbitos cognitivo y emocional, con reducción de la frecuencia e intensidad de pensamientos disfuncionales sobre imagen corporal, miedo a la ganancia de peso y autocontrol, favorecida por reestructuración cognitiva y autocompasión. La paciente desarrolló mayor flexibilidad cognitiva y menor rigidez interpretativa. Asimismo, las intervenciones en regulación emocional (tolerancia al malestar y técnicas de grounding) mejoraron la tolerancia a la ansiedad post-ingesta, la autocrítica y la reactividad emocional, favoreciendo un autoconcepto menos centrado en la imagen corporal y una identidad más integrada basada en valores y roles diversos.

Percepción de la Imagen Corporal y Evitación Corporal

La combinación de exposición progresiva al espejo, descripción objetiva del cuerpo y tareas de reencuadre de la autovalía permitió reducir la distorsión de la imagen corporal. La paciente refiere una autoimagen más realista y equilibrada, con menor insatisfacción y menor sufrimiento ante su cuerpo. La evitación conductual vinculada al cuerpo y a la comida disminuyó, y se observó un aumento en la confianza para afrontar situaciones sociales con actividad alimentaria (quedar con amigas, cenas adaptadas).

Funcionamiento Familiar, Social y Calidad de Vida

La implicación de la familia en el proceso terapéutico facilitó una comunicación más empática, una regulación emocional compartida y un entorno más seguro. Se redujeron los reforzamientos involuntarios de conductas sintomáticas y se promovió un clima de apoyo, autonomía progresiva y supervisión equilibrada. A nivel social, la paciente mantiene relaciones normativas con su grupo de amigas, participa en actividades sociales y no centra

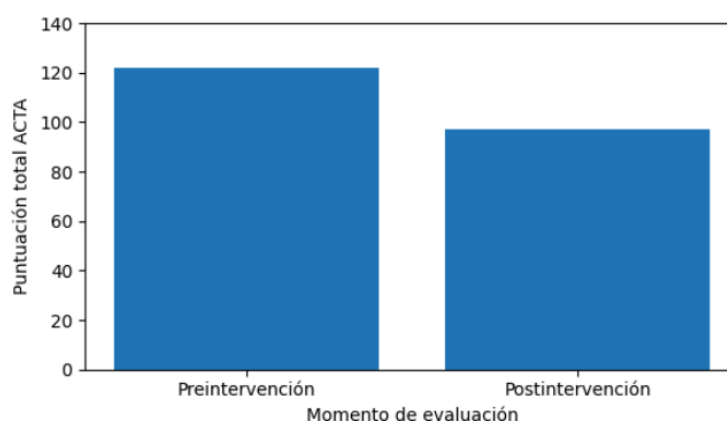
su vida en la comida o el cuerpo. Esto ha contribuido a una mejora del bienestar subjetivo y de su calidad de vida global, disminuyendo el aislamiento y favoreciendo una identidad más adaptativa.

Resultados de instrumentos psicométricos

En el presente apartado se exponen los resultados obtenidos mediante la administración de distintos instrumentos psicométricos en las fases pre y post intervención, con el fin de analizar la evolución de variables clínicas relevantes en el contexto de la anorexia nerviosa restrictiva. En concreto, se evalúan la actitud y disposición al cambio, la sintomatología alimentaria, los perfiles de personalidad y síndromes clínicos, así como la percepción y satisfacción corporal. La comparación de las puntuaciones obtenidas antes y después del proceso terapéutico permite describir los cambios observados a lo largo de la intervención y aporta información objetiva sobre la evolución clínica de la paciente.

Figura 1.

Puntuaciones pre y post intervención en actitud frente al cambio en TCA (ACTA-A)

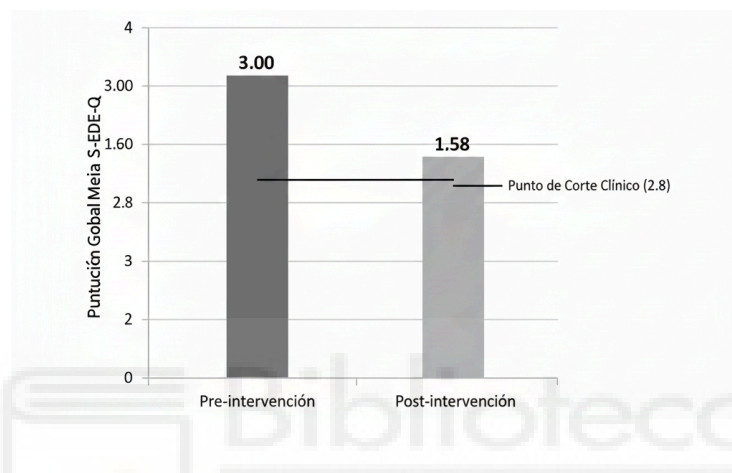


Nota. ACTA-A = Acceptance and Action Questionnaire for Adolescents; adaptado a TCA como cuestionario de actitud frente al cambio (Beato Fernández & Rodríguez Cano, 2003).

Las puntuaciones más altas indican mayor disposición y motivación para el cambio y menor evitación experiencial. Este instrumento permite clasificar la etapa motivacional del paciente y orientar la intervención terapéutica.

Figura 2.

Comparación de la Puntuación del S-EDE-Q Pre y Post Intervención.



Nota. M = Media; S-EDE-Q = *Short form of the Eating Disorder Examination Questionnaire*.

Las barras representan la puntuación media global (rango 0-6). La línea horizontal sólida indica el punto de corte clínico de 2.8 para población española; puntuaciones superiores sugieren psicopatología alimentaria significativa. El descenso de M = 3.00 a M = 1.58 indica una remisión de la sintomatología hacia rangos normativos tras la intervención.

Tabla 1.

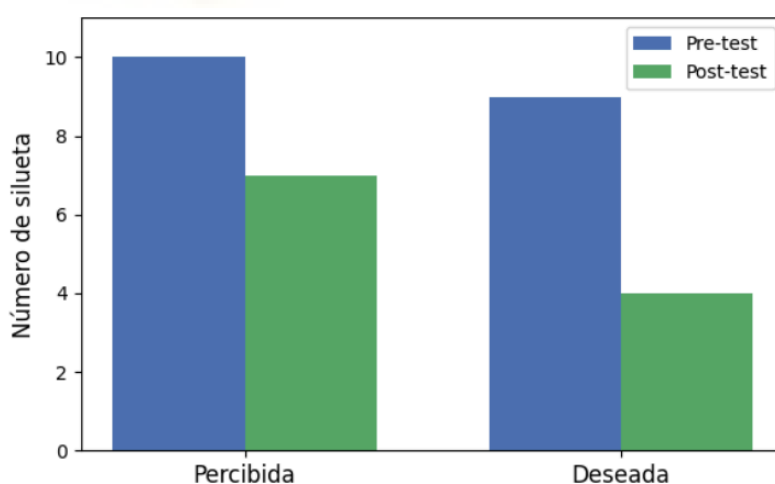
Evolución de los perfiles de personalidad y síndromes clínicos (MACI-II) antes y después de la intervención.

Escala	Tipo	PRE (TB)	POST (TB)	Evolución
Introvertido (1)	Personalidad	80	62	Reducción significativa
Inhibido (2)	Personalidad	82	65	Reducción significativa
Conformista (7)	Personalidad	85	68	De prominente a normativo
Inseguridad Pares (B)	Preocupación	75	58	Mejora en relaciones
Ansiedad (DD)	Síndrome	75	60	Reducción de síntomas

Nota. TB = Tasa Base. Las puntuaciones $TB \geq 75$ indican la presencia de la característica; $TB \geq 85$ señalan un patrón prominente. El perfil inicial (pre-test) mostró rasgos prominentes de inhibición, introversión y conformidad, acompañados de sintomatología ansiosa clínicamente significativa. Tras la intervención (post-test), todas las escalas descendieron por debajo del umbral clínico ($TB < 75$), situándose en rangos de normalidad o tendencia leve.

Figura 3.

Comparativa de la silueta percibida y deseada en la Escala de Gardner (Pre-test vs. Post-test).



Nota. Los valores representan el número de silueta elegido por la paciente en una escala de 1 (mínimo volumen) a 11 (máximo volumen). El perfil inicial (Pre-test) mostraba una silueta percibida de 10 y una silueta deseada de 9, reflejando distorsión corporal significativa. Tras la

intervención (Post-test), la silueta percibida descendió a 7 y la deseada a 4, aproximándose a rangos normativos.

Discusión

Este trabajo presenta un caso clínico de intervención psicológica en una adolescente con anorexia nerviosa restrictiva en contexto ambulatorio. La mayoría de los objetivos planteados se alcanzaron, observándose una mejora significativa del estado nutricional con la instauración de una pauta alimentaria estructurada y flexible. Asimismo, se registró una reducción de la evitación conductual, la rigidez alimentaria y las conductas compensatorias, respaldada por el descenso de la sintomatología alimentaria global en el S-EDE-Q tras la intervención.

La intervención permitió modificar creencias disfuncionales sobre el cuerpo, la comida y el control, mejorar la regulación emocional y reducir la autocrítica, como reflejan los cambios en los perfiles de personalidad y síndromes clínicos del MACI-II, que pasaron de rangos clínicos a valores no clínicos en el post-test. De manera complementaria, se fortaleció el autoconcepto y la autoestima, desvinculándolos progresivamente de la imagen corporal, en consonancia con la disminución de la distorsión corporal observada en la Escala de Siluetas de Gardner, donde se redujo la discrepancia entre la silueta percibida y la deseada tras la intervención.

La implicación activa de la familia generó un entorno más protector y regulador, mejorando el funcionamiento social y la calidad de vida, con mayor participación en actividades sociales, menor preocupación por la comida y mayor integración emocional, acompañados de una mejora en la actitud y disposición al cambio evaluada mediante el ACTA-A en la fase post intervención. Este caso muestra que la anorexia nerviosa restrictiva

se mantiene por la interacción de factores individuales, familiares y socioculturales, cuya identificación permitió orientar la intervención hacia objetivos adaptados a la motivación, capacidades cognitivas y necesidades emocionales de la paciente. En conjunto, los resultados sugieren que la intervención multidisciplinar, integradora e individualizada fue eficaz para promover cambios clínicos, mejorar la salud física y mental, y reducir factores de riesgo de recaída, tal como evidencian los cambios consistentes observados en los instrumentos psicométricos aplicados en la evaluación pre y post tratamiento.

La intervención combinó reestructuración cognitiva y regulación emocional para abordar distorsiones y emociones relacionadas con el peso, la imagen corporal y la alimentación, considerando también factores socioculturales para fomentar un pensamiento más flexible y realista (Hay et al., 2023). La práctica autónoma de habilidades fuera de sesión favoreció la internalización de estrategias terapéuticas, en línea con la eficacia de intervenciones estructuradas y adaptadas a la edad en adolescentes con anorexia nerviosa (Linardon et al., 2022; Lock et al., 2023). La implicación familiar resultó fundamental, permitiendo psicoeducación, normalización emocional y un entorno de apoyo, así como el trabajo sobre patrones disfuncionales y el desarrollo de estrategias adaptativas como comunicación asertiva, refuerzo positivo y establecimiento de límites claros (Schmidt et al., 2021; Madden et al., 2020).

Se recomienda fomentar la conciencia de enfermedad y la motivación al cambio mediante ejercicios de reflexión guiada y autoobservación, especialmente en fases iniciales, como indica la evolución positiva en la actitud hacia el cambio evaluada con el ACTA-A. La exposición progresiva a alimentos temidos debe realizarse junto con el registro de emociones y pensamientos asociados, con el fin de trabajar las distorsiones cognitivas de manera estructurada, en consonancia con la reducción de la psicopatología alimentaria reflejada en el

S-EDE-Q. Es fundamental mantener el seguimiento nutricional y físico en coordinación con un profesional de la nutrición, asegurando una progresión calórica segura que complemente la intervención psicológica. De manera paralela, se sugiere fortalecer las habilidades de regulación emocional y manejo del malestar mediante técnicas de identificación emocional, autoobservación y estrategias de afrontamiento adaptativo, considerando la mejoría observada en los indicadores emocionales y de personalidad evaluados con el MACI-II. Asimismo, se recomienda continuar el trabajo familiar mediante psicoeducación, supervisión y estrategias de apoyo positivo, resolución de conflictos y comunicación asertiva. Finalmente, se propone implementar un seguimiento longitudinal con instrumentos estandarizados, como el S-EDE-Q, ACTA-A, MACI-II y la Escala de Gardner, para monitorizar la sintomatología, las distorsiones cognitivas y el funcionamiento emocional, ajustando la intervención según la evolución clínica.

Este análisis se basa en un caso clínico individual, por lo que los resultados no pueden generalizarse. La intervención fue personalizada y adaptada a la motivación y características de la paciente, y la duración limitada del seguimiento impide evaluar la sostenibilidad de los cambios a largo plazo y la prevención de recaídas. Futuras investigaciones podrían considerar muestras más amplias, seguimiento prolongado y análisis comparativos para fortalecer la evidencia sobre la eficacia de intervenciones multidimensionales en adolescentes con anorexia nerviosa restrictiva.

Cabe destacar que la intervención psicológica con la paciente continuará más allá del periodo reportado, ya que los resultados presentados corresponden únicamente al seguimiento realizado durante las prácticas clínicas. Por ello, no es posible evaluar la recuperación completa del trastorno. La literatura reciente indica que la recuperación de la anorexia nerviosa restrictiva en adolescentes requiere un tratamiento prolongado de al menos dos años,

con seguimiento psicológico, nutricional y familiar, para consolidar cambios conductuales, emocionales y de imagen corporal, así como prevenir recaídas (Treasure et al., 2022; Lock et al., 2023; Hay et al., 2023). Por ello, los resultados obtenidos deben interpretarse como avances parciales dentro de un proceso terapéutico más amplio y continuado.

En conjunto, este caso clínico destaca la importancia de un tratamiento individualizado y supervisado que integre intervenciones psicológicas, abordaje nutricional, psicoeducación familiar y consideración de factores contextuales. Asimismo, pone de relieve la necesidad de planificar estrategias terapéuticas a medio y largo plazo, orientadas al seguimiento clínico continuado, la consolidación de los cambios cognitivos y emocionales, el mantenimiento de la adherencia nutricional y la prevención de recaídas, como evidencia la evolución favorable observada en los distintos instrumentos psicométricos aplicados. La reflexión sobre las decisiones terapéuticas y la planificación del seguimiento ofrecen un modelo aplicable en contextos ambulatorios y pueden guiar la implementación de futuras intervenciones en adolescentes con anorexia nerviosa restrictiva.

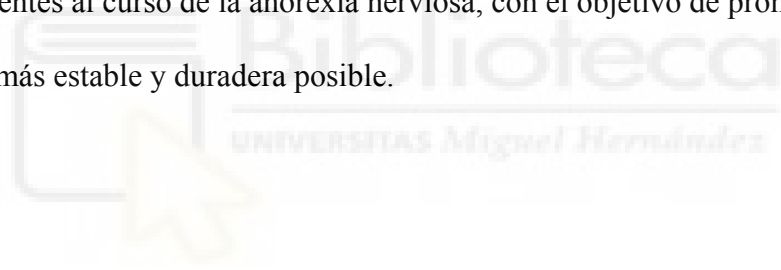
En continuidad con los resultados y reflexiones expuestas, el presente Trabajo Fin de Máster pone de manifiesto la relevancia de una intervención temprana, individualizada y multidisciplinar en el abordaje de la anorexia nerviosa restrictiva en población adolescente. La coordinación entre los distintos profesionales implicados, junto con una intervención psicológica adaptada a las características evolutivas y clínicas de la paciente, ha permitido generar cambios significativos en un periodo relativamente breve de tratamiento.

A lo largo del proceso terapéutico se han observado mejoras clínicas relevantes a nivel nutricional, cognitivo y emocional, reflejadas en una mayor regularidad en la pauta alimentaria, una reducción parcial de las distorsiones cognitivas relacionadas con la imagen corporal y la comida, y una mejor identificación y regulación emocional. Asimismo, se ha

evidenciado una evolución positiva en la dinámica familiar, con una disminución de la confrontación y un aumento de la comprensión y el apoyo hacia la paciente.

La implicación activa de la familia se ha consolidado como un factor clave de cambio, facilitando la adherencia al tratamiento y favoreciendo un entorno más seguro y contenedor para la recuperación. No obstante, pese a los avances alcanzados, persisten áreas de vulnerabilidad que requieren seguimiento terapéutico continuado, especialmente en relación con la consolidación de los logros, la prevención de recaídas y el fortalecimiento de la autonomía progresiva de la paciente.

En conjunto, este trabajo subraya la necesidad de intervenciones sostenidas en el tiempo, flexibles y basadas en la evidencia, que contemplen tanto los avances parciales como los riesgos inherentes al curso de la anorexia nerviosa, con el objetivo de promover una recuperación lo más estable y duradera posible.



Referencias bibliográficas

- Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Lock, J. (2020). Family functioning and parental expressed emotion in adolescents with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 36–45.
<https://doi.org/10.1002/eat.23185>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR, 5ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2023). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2020). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Baudinet, J., Simic, M., Harrison, A., & Wallis, A. (2020). Radically open dialectical behaviour therapy adapted for inpatient treatment of adult anorexia nervosa: A case series. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00339-1>
- Beato Fernández, L., & Rodríguez Cano, T. (2003). *Cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA): desarrollo y propiedades psicométricas*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 111–119

- Brockmeyer, T., Thomas, J. J., Schag, K., & Jansen, A. (2025). Radically open dialectical behaviour therapy in anorexia nervosa: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 26(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13063-025-08345-7>
- Byrne, S. M., Wade, T. D., Hay, P., Touyz, S., & Fairburn, C. G. (2020). A randomized controlled trial of a new enhanced cognitive behavioural treatment for adults with anorexia nervosa: The ANTOP study. *Psychological Medicine*, 50(8), 1295–1304. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001121>
- Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2020). Cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 1989–1999. <https://doi.org/10.1002/eat.23386>
- Cruzado, M., Rodríguez, C., & Lemos, S. (2008). Adaptación española del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon-II (MACI-II). *TEA Ediciones*.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2022). Enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E) for eating disorders in adolescents: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 55(3), 387–398. <https://doi.org/10.1002/eat.23646>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2019). Enhanced cognitive behavior therapy for anorexia nervosa: A clinical and research update. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), 70. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1061-0>

Deutsches Ärzteblatt International, 119(49), 833–841.

<https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0333>

Díaz Atienza, J. (2015). *Criterios de ingreso de la anorexia nerviosa*. Recuperado de

<https://diazatienza.es/2015/12/14/criterios-de-ingreso-de-la-anorexia-nerviosa/>

Donato, C., Di Girolamo, G., & Di Girolamo, M. (2022). Genetic polymorphisms and their association with neurobiological and psychological factors in anorexia nervosa: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1386233.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1386233Frontiers>

Duarte, C., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Atkinson, M. J. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 362–379.

<https://doi.org/10.1002/erv.2809>

El Diario. (2023, 6 junio). *La edad de inicio de los trastornos de la conducta alimentaria baja hasta los 10 años*.

https://www.eldiario.es/sociedad/edad-inicio-trastornos-conducta-alimentaria-baja-10-anos_1_10222983.html

Elosua, P., & López-Jáuregui, A. (2012). *Adaptación y validación del Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) en población española*. *Psicothema*, 24(1), 77–83.

Fairburn, C. G. (2019). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)*. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 309–313). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2020). *Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: The core protocol*. Guilford Press.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2021). *Tratamientos psicológicos empíricamente validados para los trastornos emocionales y de la conducta en adolescentes*. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161–172. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
- Gámez Calvo, L. (2022). *Trastornos de la conducta alimentaria: aspectos psicológicos y clínicos*. Editorial Síntesis.
- Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87(2), 327–337. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1996.tb02595.x>
- Gardner, R. M. (1996). *Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance*. *British Journal of Psychology*, 87(2), 327–337.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). *The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates*. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Giel, K. E., Teufel, M., Junne, F., Zipfel, S., & Schag, K. (2021). Food-related impulsivity in eating disorders: State of the art and future perspectives. *Nutrients*, 13(6), 2038. <https://doi.org/10.3390/nu13062038>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2022). How do mindfulness-based interventions work for eating disorders? A systematic review of mechanisms of change. *Mindfulness*, 13(2), 311–325. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01685-8>
- Hay, P., Mitchison, D., Crosby, R., et al. (2023). *Eating disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment*. *The Lancet Psychiatry*, 10(2), 123–136.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Stanton, C. E. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>

- Haynos, A. F., Reilly, E. E., & Anderson, L. M. (2020). Cognitive flexibility and set-shifting across eating disorders: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1055–1074. <https://doi.org/10.1002/eat.23395>
- Helsingen, L. M., Rø, Ø., & Skårderud, F. (2020). The social world of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 8, 34. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00309-8>
- Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J., & Konrad, K. (2020). A developmental perspective on anorexia nervosa: Pathways to persistence and recovery. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 117–128. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01300-0>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Kersting, A., & Voderholzer, U. (2021). Epidemiology of eating disorders in Germany: Prevalence, comorbidity, and burden. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00378-9>
- Hübel, C., Johnson, J. S., Breithaupt, L., Hübel, C., & Bulik, C. M. (2024). Psychiatric comorbidity and long-term mortality risk in anorexia nervosa: A population-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 57(6), 789–799. <https://doi.org/10.1002/eat.23987>
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2020). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 44(4), 529–556. <https://doi.org/10.1177/0145445519834735>
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2019). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional

eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 37, 101381.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101381>

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2022). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, mortality, and burden of disease. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 450–456.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000800>

Koskina, A., Smith, E., & Treasure, J. (2021). Cognitive and behavioral maintenance factors in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 29(5), 680-695.

Krautter, T., Williams, K. D., & Smith, A. R. (2022). Dialectical behavior therapy for eating disorders: A meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 10, Article 103.

<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00648-6>

Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2023). The role of cognitive neuroscience in understanding eating disorders in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13680>

Le Grange, D., & Hughes, E. K. (2023). Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Current status and future directions. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00718-2>

Le Grange, D., & Lock, J. (2020). Evidence-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 345–356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1698627>

Lecturio. (2024). *Anorexia nerviosa: Diagnóstico y criterios de hospitalización*.

Recuperado de <https://www.lecturio.com/es/medicina/anorexia-nerviosa>

Lenz, A. S., Taylor, N. D., Fleming, M. P., & Serman, M. (2020). Effectiveness of dialectical behavior therapy for adolescents in community settings: A meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 6(3), 211–227.

<https://doi.org/10.1080/23727810.2020.1776389>

Levine, M. P. (2021). The role of social context in the prevention and treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 29(1), 3–18.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1795179>

Levinson, C. A., Christian, C., Ram, N., Brosos, L. C., & Vanzhula, I. (2023). Trajectories of eating disorder symptoms and risk factors in adolescents: The role of social media use. *Journal of Abnormal Psychology*, 132(1), 11–23.

<https://doi.org/10.1037/abn0000701>

Linardon, J., Brennan, L., & de la Piedad Garcia, X. (2021). Rapid and longer-term improvements in eating disorder psychopathology following cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1060–1073. <https://doi.org/10.1017/S003329171900386X>

Linardon, J., Brennan, L., & de la Piedad Garcia, X. (2022). Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy in adolescent eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 92, 102128.

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2020). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A

- systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 529–541.
<https://doi.org/10.1017/S003329171900303X>
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., & Murphy, K. (2022). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 1-12.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.001>
- Linardon, J., Shatte, A., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 30(5), 447–462.
<https://doi.org/10.1002/erv.2892>
- Lladó, A., Pérez, M., & Sánchez, C. (2024). Influencia de las redes sociales en la percepción corporal y el desarrollo de TCA en adolescentes. *Revista de Psicología y Salud Digital*, 9(1), 25–42. <https://doi.org/10.1234/rpsd.v9n1.2024>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., et al. (2023). Evidence-based psychological treatments for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(1), 35-48.
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., & Raich, R. M. (2020). Adaptación y validación del SATAQ-4R en población adolescente española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 1–9.

- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Madden, S., Touyz, S., & Hay, P. (2020). Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 534-540.
- Manual Clínico Hospital Universitario Virgen del Rocío. (2024). *Protocolo de actuación en trastornos de la conducta alimentaria*. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Sevilla, España.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., & Botella, C. (2010). Evaluación de la insatisfacción corporal y la distorsión de la imagen corporal en adolescentes y universitarios: propiedades psicométricas de una adaptación de la Body Image Assessment. *Psicothema*, 22(3), 403–409. <https://www.psicothema.com/pdf/3746.pdf>
- Matthies, S., & Schulte-Herbrüggen, O. (2021). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment for anorexia nervosa*. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 189–198. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.189198>
- Merwin, R. M., Kelly, A. C., & Wilson, K. G. (2020). Acceptance and commitment therapy for anorexia nervosa: A case series. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 432–441. <https://doi.org/10.1002/eat.23209>
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (2006). *Millon Adolescent Clinical Inventory – Second Edition (MACI-II)*. Pearson Assessments.

- Misra, M., & Klibanski, A. (2014). Endocrine consequences of anorexia nervosa. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(7), 581–592. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70180-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70180-3)
- Mitchison, D., Hay, P. J., Slewa-Younan, S., & Mond, J. M. (2023). The impacts of eating disorders on quality of life: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 101, 102313. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102313>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2006). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 427–437. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.003>
- Paolacci, S., Giacomini, E., & D'Arcangelo, D. (2020). Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 8(7), e1244. <https://doi.org/10.1002/mgg3.1244>
- Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S., & Ghaderi, A. (2016). A randomized trial of acceptance and commitment therapy for anorexia nervosa after day hospital care, including 1-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 16(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0988-4>
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 25(1), 107-114. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.18>
- Penelo, E., Blanco, M., Espino, M., Portell, M., Raich, R. M., & Viladrich, C. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Eating Disorder

- Examination Questionnaire: Normative data and factor structure in female college students. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 268–276. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.23
- Rodríguez, A., & Sagués, S. (2023). Alteraciones neurobiológicas en los trastornos de la conducta alimentaria: revisión actualizada. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 61(3), 145–158. <https://doi.org/10.6018/ren.513332>
- Sala, M., Caverzasi, E., Baraldi, B., & Lanfredi, M. (2020). Mindfulness-based interventions for anorexia nervosa: A narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00288-9>
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., & Calogero, R. M. (2022). Internalization of appearance ideals and eating pathology across cultures: A meta-analysis. *Body Image*, 40, 15–29. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.11.006>
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., Calogero, R. M., ... & Swami, V. (2017). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised (SATAQ-4R). *Body Image*, 21, 17–32. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.002>
- Schmidt, U., Brown, A., McClelland, J., Glennon, D., Mountford, V., & Waller, G. (2022). The role of cognitive inflexibility in anorexia nervosa: Pilot findings from a cognitive remediation intervention. *European Eating Disorders Review*, 30(2), 203–211. <https://doi.org/10.1002/erv.2895>

- Schmidt, U., Wade, T., & Treasure, J. (2021). Eating disorders: The role of family and culture in recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), 567-579.
- Seidel, M., King, J. A., Ritschel, F., Boehm, I., Geisler, D., Bernardoni, F., ... & Ehrlich, S. (2018). *Processing of personally relevant stimuli in anorexia nervosa: An fMRI study involving the mirror neuron system*. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 153. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00153>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2023). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(6), 382–388. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000859>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., & Engel, S. G. (2024). Feasibility and preliminary outcomes of radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa: A multiple baseline study. *Eating Behaviors*, 55, 101777. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101777>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Risk and protective factors for eating disorders: An umbrella review of published meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.003>
- Sullivan, P. F., Daly, A., & Bulik, C. M. (2023). Anorexia nervosa: Pathophysiology, epidemiology, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 10(1), 20–34. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00241-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00241-9)
- Taquet, M., Geddes, J. R., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 220(6), 262–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.105>

- Tenconi, E., Degortes, D., Santo, D., & Favaro, A. (2021). Executive functioning profiles in anorexia nervosa and their associations with clinical and neuropsychological outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.009>
- Treasure, J., Cardi, V., & Schmidt, U. (2023). *Eating disorders: A clinical guide to assessment and treatment* (3rd ed.). Routledge.
- Zipfel, S., Giel, K. E., & Bulik, C. M. (2022). Eating disorders: The current status of diagnosis, treatment, and prevention.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2021). Eating disorders. *The Lancet*, 397(10290), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32504-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32504-6)
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2022). Anorexia nervosa: Etiology, maintenance, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 9(8), 655–666.
- Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2021). Has the time come for a new classification of eating disorders? *Nature Reviews Psychology*, 1(6), 340–355. <https://doi.org/10.1038/s44159-021-00041-y>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Valiente-García, A., Sánchez-Reales, S., & Moreno-Alcázar, A. (2021). *EMDR therapy in eating disorders: A review of the literature*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(1), 42–56. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00023>

- van Eeden, A. E., Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2025). Prevalence, incidence, and outcomes of anorexia nervosa: A systematic review of the literature 2019–2024. *International Journal of Eating Disorders*, 58(1), 23–39. <https://doi.org/10.1002/eat.23891>
- Vázquez-Giraldo, M., García-García, P., & López-Pérez, M. (2024). Hospital admissions for eating disorders in children and adolescents in Spain: A population-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 57(3), 345–354. <https://doi.org/10.1002/eat.24282>
- Wade, T. D., Crosby, R. D., & Martin, R. (2024). The impact of early intervention on the long-term prognosis of eating disorders: A systematic review. *Psychiatric Clinics of North America*, 47(2), 145–160. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.03.002>
- Zipfel, S., Schmidt, U., Giel, K. E., & Herzog, W. (2020). Psychotherapy of anorexia nervosa: What is the evidence? *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1282–1291. <https://doi.org/10.1002/eat.23256>

Anexos

Los anexos que se presentan a continuación incluyen los instrumentos de evaluación utilizados durante la intervención psicológica de la paciente, así como registros detallados de seguimiento de su conducta alimentaria y emocional. Estos materiales permiten ilustrar de manera precisa las estrategias empleadas y el progreso observado a lo largo de la intervención.

Con el fin de preservar la confidencialidad de la paciente, los datos presentados han sido anonimizados, manteniendo la coherencia clínica y temporal del proceso terapéutico. Esta medida de protección ética no pone en duda la veracidad de los datos, sino que garantiza la privacidad de la paciente, cumpliendo con los estándares éticos y metodológicos esperados en la defensa de un Trabajo Fin de Máster.

Anexo A

Autorregistro emocional semanal asociado a la alimentación

Día	Momento de la ingesta	Emoción predominante	Intensidad antes (0–10)	Pensamientos automáticos asociados	Intensidad después (0–10)	Estrategias de afrontamiento
Lunes	Desayuno	Ansiedad	7	“Si desayuno, perderé el control”	5	Respiración lenta

	Comida	Miedo	8	“Me estoy pasando”	6	Permanecer en la mesa
	Cena	Culpa	6	“Mañana compensaré”	5	Autodiálogo aprendido
Martes	Desayuno	Nerviosismo	6	“No necesito tanta comida”	4	Distracción
	Comida	Ansiedad	7	“Esto es demasiado para mí”	5	Exposición gradual
	Cena	Inseguridad	5	“Podría haber comido menos”	4	Registro emocional
Miércoles	Desayuno	Ansiedad	6	“No debería comer pan”	4	Distracción
	Comida	Tensión	7	“Me están observando”	5	Comer con apoyo familiar
	Cena	Inseguridad	5	“No he hecho suficiente”	4	Autodiálogo racional

Jueves	Desayuno	Miedo	6	“Voy a engordar”	4	Respiración diafragmática
	Comida	Ansiedad	8	“He perdido el control”	6	Exposición completa
	Cena	Culpa	6	“Mañana tendré que compensar”	5	Pensamiento alternativo
Viernes	Desayuno	Nerviosismo	6	“Esto es demasiado”	4	Respiración y reestructuración
	Comida	Ansiedad	9	“Voy a engordar seguro”	6	Exposición completa
	Cena	Alivio	4	“He podido con esto”	2	Refuerzo positivo
Sábado	Desayuno	Inseguridad	5	“No tengo rutina hoy”	4	Planificación previa

	Comida	Ansiedad	7	“Es una comida diferente”	5	Apoyo familiar
	Cena	Calma	3	“Puedo manejarlo”	2	Autocompasión
Domingo	Desayuno	Tranquilidad	3	“Es parte del plan”	2	Ninguna
	Comida	Ansiedad leve	5	“Comer en familia es difícil”	4	Respiración
	Cena	Alivio	3	“He cumplido la semana”	2	Refuerzo positivo

Nota. Autorregistro emocional semanal utilizado como instrumento de evaluación y seguimiento clínico durante la intervención psicológica. El registro recoge el nivel de malestar emocional previo y posterior a las ingestas, las emociones predominantes, los pensamientos automáticos asociados y las estrategias de afrontamiento empleadas por la paciente a lo largo de una semana.

Anexo B**Autorregistro alimentario semanal de seguimiento clínico**

Día	Momento de la ingesta	Emoción predominante	Intensidad antes (0–10)	Pensamientos automáticos asociados	Intensidad después (0–10)	Estrategias de afrontamiento
Lunes	Desayuno	Ansiedad	7	“Si desayuno, perderé el control”	5	Respiración lenta
	Comida	Miedo	8	“Me estoy pasando”	6	Permanecer en la mesa
	Cena	Culpa	6	“Mañana compensaré”	5	Autodiálogo aprendido
Martes	Desayuno	Nerviosismo	6	“No necesito tanta comida”	4	Distracción
	Comida	Ansiedad	7	“Esto es demasiado para mí”	5	Exposición gradual

	Cena	Inseguridad	5	“Podría haber comido menos”	4	Registro emocional
Miércoles	Desayuno	Ansiedad	6	“No debería comer pan”	4	Distracción
	Comida	Tensión	7	“Me están observando”	5	Comer con apoyo familiar
	Cena	Inseguridad	5	“No he hecho suficiente”	4	Autodiálogo racional
Jueves	Desayuno	Miedo	6	“Voy a engordar”	4	Respiración diafragmática
	Comida	Ansiedad	8	“He perdido el control”	6	Exposición completa
	Cena	Culpa	6	“Mañana tendré que compensar”	5	Pensamiento alternativo

Viernes	Desayuno	Nerviosismo	6	“Esto es demasiado”	4	Respiración y reestructuración
	Comida	Ansiedad	9	“Voy a engordar seguro”	6	Exposición completa
	Cena	Alivio	4	“He podido con esto”	2	Refuerzo positivo
Sábado	Desayuno	Inseguridad	5	“No tengo rutina hoy”	4	Planificación previa
	Comida	Ansiedad	7	“Es una comida diferente”	5	Apoyo familiar
	Cena	Calma	3	“Puedo manejarlo”	2	Autocompasión
Domingo	Desayuno	Tranquilidad	3	“Es parte del plan”	2	Ninguna

Comida	Ansiedad leve	5	“Comer en familia es difícil”	4	Respiración
Cena	Alivio	3	“He cumplido la semana”	2	Refuerzo positivo

Nota. Autorregistro alimentario semanal utilizado como instrumento de evaluación y seguimiento durante la intervención psicológica. Incluye ingesta diaria, frecuencia, tipo de alimentos, pensamientos asociados a la comida y conductas observadas, permitiendo identificar patrones restrictivos y monitorizar el progreso terapéutico. La pauta nutricional fue diseñada y supervisada por una nutricionista durante el seguimiento, garantizando un enfoque integral del tratamiento.