



**COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO DEPRESIVO Y EL TRASTORNO DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA**

Dra. María Isabel Comeche Moreno

Universidad Nacional de Educación a Distancia

**COMORBIDITY BETWEEN DEPRESSIVE AND EATING DISORDER**

Dra. María Isabel Comeche Moreno

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

María Isabel Comeche Moreno  
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Facultad de Psicología  
UNED  
C/ Juan del Rosal, 10  
Madrid. España.  
mcomeche@psi.uned.es

## Comorbilidad entre el trastorno depresivo y el trastorno de conducta alimentaria

Se presenta el caso de una mujer de 32 años que acude a consulta por problema depresivo complicado con episodios de sobreingesta compulsiva. Se describe el proceso de evaluación, señalándose la información aportada por la paciente durante las entrevistas y los instrumentos utilizados para complementar dicha información: el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para valorar la severidad de su estado de ánimo (tanto al inicio como a lo largo de la intervención), el *Body Shape Questionnaire* (BSQ) para valorar la percepción que de su imagen corporal tenía la paciente y un auto-registro (AR) diario de alimentación, para conocer sus pautas de alimentación así como las características de sus atracones. Con todos estos datos se elabora y describe el análisis funcional de las conductas problema, del que se deduce el modelo utilizado para explicar a la paciente la conceptualización de sus problemas (los círculos viciosos que los mantienen) y para fijar los objetivos de la intervención. El tratamiento diseñado para conseguir dichos objetivos se desarrolló a lo largo de 18 sesiones; en el trabajo se describe el proceso seguido y se van señalando las técnicas utilizadas (p.ej.: programación de actividades gratificantes, control estimular, supresión de la restricción alimentaria, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática ante el espejo, etc.) ejemplificándose las peculiaridades de adaptación de cada estrategia terapéutica al caso que nos ocupa. Finalmente se presentan y comentan los resultados de la evaluación post-tratamiento, comparándolos con los obtenidos en la evaluación inicial.

### COMORBIDITY BETWEEN DEPRESSIVE AND EATING DISORDER

A case of a 32 year old woman attended in our clinic for depression and for problem with binge episodes. We describe the evaluation process, noting the information provided by the patient during the interviews and the instruments used to supplement this information: the Beck Depression Inventory (BDI) for assessing the severity of mood (both initially and throughout the intervention), the body Shape Questionnaire (BSQ) for assessing the perception of body image and a self-registration (AR) food diary, for assessing the eating patterns and the characteristics of her binges. With all this data is developed and described the functional analysis of problem behavior, which follows the model used to explain to the patient the conceptualization of their problems (the vicious cycles that keep them) and to set the objectives of the intervention. Treatment designed to achieve these objectives was developed over 18 sessions; in the paper describes the process followed and pointing techniques are used (program of behavior activation, stimulus control, suppression of food restriction, cognitive restructuring, systematic desensitization in the mirror, etc.). The peculiarities of each therapeutic strategy adapted to the case at hand. Finally, we present and discuss the results of the post-treatment evaluation, comparing them with those obtained in the initial evaluation.



## Identificación de la paciente, motivo de consulta e historia del problema

(información aportada en las dos primeras entrevistas)

María es una mujer de 32 años que acude a consulta por un problema de depresión. Está soltera y vive en Madrid, en un piso que comparte con otras dos compañeras de trabajo. Trabaja en una destacada compañía de alta cosmética, como esteticista y demostradora itinerante, trabajo que supone constantes desplazamientos y asistencia a lujosas presentaciones y fiestas.

Según informa, el problema de depresión comenzó hace ahora dos años, tras la ruptura de las relaciones que estaba manteniendo con su pareja durante los cuatro años previos. Por esa época María vivía en París, donde trabajaba en la Sede Central de la misma compañía y residía en el piso propiedad de su novio. El final de la relación fue provocada por éste, quien decidió suspender los planes de matrimonio que ambos estaban ya ultimando, por no encontrarse convencido de su cambio de estado. Aprovechando sus vacaciones de verano en España, María gestionó su traslado a la Delegación de Madrid, fijando aquí su residencia de inmediato.

Los síntomas de depresión comenzaron a manifestarse desde el principio de esta nueva etapa de su vida. María señala que comenzó a sentirse muy sola, abandonada y sin ganas de trabajar ni de divertirse. Este estado de ánimo influía en su comportamiento, ya que pasaba casi todo su tiempo libre en casa o en la habitación del hotel durante los viajes, y solía excusar su asistencia a todas las fiestas y celebraciones que no fueran imprescindibles para su trabajo.

Su problema sólo era conocido por Lola, una de sus compañeras de piso quien, además de escucharla, se brindó para ayudarla a encubrir algunas de sus ausencias al trabajo durante los primeros meses del proceso. Fue esta misma compañera quien, viendo que María no mejoraba, le recomendó comenzar a tomar Prozac (fluoxetina), fármaco que ella conocía y en el que confiaba, porque su hermana estaba recuperándose de una depresión con ese tratamiento. Tanto María como Lola compartían la creencia de que en su trabajo sería mal visto estar en tratamiento psiquiátrico, por lo que en ningún momento se plantearon ninguna de las dos acudir a consultar con un profesional sobre el problema de María y la oportunidad de la medicación.

María estuvo tomando Prozac (una cápsula de 20 mg. al día) durante cinco o seis meses, suspendiendo bruscamente la automedicación por haber remitido parcialmente los síntomas. Aunque ella confiesa no haberse vuelto a encontrar bien del todo en ningún momento, cuando decidió suspender los antidepresivos hacía ya su vida normal, desarrollando un nivel de actividad similar al de antes de comenzar el problema: viajes semanales, jornadas de 10 a 12 horas, asistencia a cursos, presentaciones y fiestas de trabajo, salidas nocturnas, etc.

Con su vuelta a la actividad, María comenzó otra vez a preocuparse por su apariencia física, algo tremendamente importante en su ambiente, y que decía haber descuidado durante

esos meses. Uno de sus motivos de preocupación en aquellos momentos era el sobrepeso acumulado durante los meses pasados. El estar en casa o en el hotel encerrada sin hacer el ejercicio habitual y “*vaciando la nevera de dulces como único consuelo*” fueron, según María, los responsables de que aumentara dos tallas y entre 5 y 7 kilos de peso. Antes de comenzar con el problema de depresión su peso estaba estabilizado en 58 kilos, mientras que a partir de entonces, y en el momento actual, suele oscilar entre los 64 y 65 kilos. Considerando que la altura de María es de 1,75 mts., la apariencia que presenta cuando acude a consulta es muy agradable y bastante proporcionada, a juicio de la terapeuta.

Este cambio de aspecto, según refiere, sí fue advertido en su trabajo, donde una de sus obligaciones es mantener una buena figura. Por este motivo decidió consultar con un endocrino, quien le recomendó la realización de una dieta hipocalórica para ir recuperando su peso previo. Durante el último año ha intentado seguir dicha dieta aunque, según cuenta, la mayor parte de las veces le ha resultado imposible, por lo que no ha conseguido la reducción de peso y volumen esperada.

En el momento de acudir a la consulta psicológica (recomendada por una prima, antigua paciente de la terapeuta), María señala que, aunque el problema de sobrepeso es muy importante para ella, lo que realmente ha empezado a preocuparle en estos momentos es el haber comenzado a sentirse depresiva como hace dos años: no duerme bien, está apática, tiene frecuentes crisis de llanto y no tiene ganas de salir ni de divertirse. Aunque no ha faltado al trabajo ningún día, en las últimas semanas sí ha cancelado sus citas y salidas de ocio, y dice haber incrementado sus habituales prácticas de vaciar la nevera de dulces como principal entretenimiento y consuelo.

María achaca esta recaída de su estado de ánimo a una información que, hace poco más de un mes, le proporcionó “*una compañera caritativa*” que acababa de llegar de París, acerca de que los últimos meses en la relación con su antiguo novio, éste estaba ya manteniendo un romance con una antigua compañera de ambas, con la que lleva viviendo estos dos años. Esta noticia ha despertado en María muchos de sus recuerdos, reavivado sus antiguos pensamientos acerca de su ruptura y generado nuevas cogniciones de culpabilidad por no haber detectado el engaño. Describe asimismo una profunda tristeza y sensación de soledad y un gran miedo a tener que volver a pasar un proceso como el de hace dos años. No se atreve a acudir a un psiquiatra por miedo a que se enteren en su trabajo y, antes de decidir volver a auto-med icarse, y aconsejada por Lola y su prima (las dos únicas personas a las que ha contado su problema), ha preferido consultar con un psicólogo.

#### *Instrumentos de Evaluación.*

Para complementar y precisar los principales datos aportados por María en las entrevistas, se le pidió que cumplimentara los siguientes instrumentos de evaluación:

1. Para conocer más acerca de sus síntomas depresivos y valorar su intensidad, se le pidió que cumplimentase el Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck Depression Inventory; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Este cuestionario, está compuesto por

21 ítems, cada uno de ellos formado por 4 frases que se presentan en orden creciente de intensidad (valorados de 0 a 3), en las que se describen síntomas, sentimientos o pensamientos frecuentes en las personas que padecen depresión. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de cada ítem, y puede oscilar entre 0 y 63, señalando el grado de severidad del estado de ánimo. La versión española, características y puntos de corte de este cuestionario pueden consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

- Para conocer y valorar sus pautas actuales de alimentación (número de comidas, cantidad, tipo de alimentos, etc.), y sus hábitos alimentarios (lugar, actividades simultáneas, modificación de pautas según presencia/ausencia de otros comensales, etc.) se utilizó un auto-registro (AR) diario de alimentación. Se trata de un AR muy sencillo (ver Figura 1), en el que se pedía a María que, cada vez que hiciera cualquier comida (incluidos los “picoteos y atracones”) anotase en el AR la hora de su ocurrencia, situación (dónde y cómo comía), la comida ingerida (tipo y cantidad), las personas presentes y si percibía asociada alguna emoción (tipo e intensidad 0-100) así como los pensamientos que, de forma espontánea, pasaran por su cabeza en aquellos momentos. Mediante este AR se pretendía asimismo conocer con más detalle (deduciendo de sus anotaciones) el tipo de dieta que se auto-imponía, las restricciones a las que se sometía y su posible relación con los atracones. Asimismo, las anotaciones de este AR pueden servirnos de base para indagar, durante las entrevistas siguientes, algunos aspectos de su conducta alimentaria (p.ej.:si vomita, se purga o incrementa el ejercicio físico tras el atracón), aspectos que nos ayudarían a delimitar la ocurrencia de un posible trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

HORA	SITUACIÓN ¿Dónde? ¿Cómo?	COMIDA Tipo y cantidad	PERSONAS PRESENTES	EMOCIÓN Tipo e intensidad (0-10)	PENSAMIENTOS
8 hrs.	En la cafetería, de pie en la barra	Un café con leche y sacarina	Dos compañeras	Ninguna	Me comería una tostada, pero van a pensar que no me controlo, con lo gorda que estoy
13 hrs.	En un restaurante cercano al trabajo	Ensalada de lechuga y tomate. Filete de lenguado a la plancha. Agua	Mi jefa y otras dos compañeras	Ninguna	Me apetece un helado, pero estoy como una foca. Prefiero no comerlo
19 hrs.	En casa, en el sillón, delante de la tele	Unas natillas, bizcochos (4), un trozo de pizza, restos de pollo asado, bombones (5)	Sola	Tristeza (50)	Acabaré como una vaca. Total para quien me ve sin ropa.

**Figura 1. Auto-registro diario de alimentación**

3. Un aspecto que se consideró relevante en este caso fue la valoración de la percepción que de su imagen corporal tenía la paciente. Para ello, la información proporcionada por María durante las dos primeras entrevistas se complementó con los datos aportados por el cuestionario “*Body Shape Questionnaire*” - BSQ (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1978), que María rellenó en la segunda entrevista. La versión utilizada fue la adaptación al español realizada por Raich, Mora, Soler et al. (1996). Se trata de un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción con la propia imagen corporal, mediante 34 ítems con 6 opciones de respuesta: 1= nunca, 2= raramente; 3= a veces, 4= a menudo; 5= muy a menudo y 6= siempre, siendo, por tanto, el rango de puntuaciones de 34 a 204.

Además de los aspectos hasta ahora señalados, en la segunda entrevista se indagaron y valoraron las actividades agradables (reforzantes) que María todavía realizaba, así como las que había restringido por su bajo estado de ánimo, y cualquier otra actividad gratificante posible. Esta valoración inicial se completó con una lista de actividades agradables que, utilizando como punto de partida la Lista de Actividades Positivas de Rhem (1981), María fue ampliando y personalizando de forma progresiva.

**Evaluación** (Resumen de los datos obtenidos mediante los cuestionarios y auto-registros, complementados con información aportada durante las entrevistas).

- **Estado de ánimo:** La puntuación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), cumplimentado tras la primera entrevista, fue de 24, lo que estaría señalando un nivel moderado de depresión. Algunos de los aspectos a destacar del análisis cualitativo de la información aportada por este cuestionario son: Su puntuación en el ítem nº 9 (suicidio) era de 0 (*no tengo ningún pensamiento de suicidio*). Sólo puntuó el máximo(3) en el ítem 14 (*creo que tengo un aspecto horrible*). Los ítems valorados con 2 fueron: tristeza (*me siento triste continuamente*); fracaso (*cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso*); satisfacción (*ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas*); culpabilidad (*me siento culpable en la mayoría de las situaciones*); y pérdida de interés (*he perdido la mayor parte de mi interés por los demás*). Finalmente señalar que en el ítem 19, que en esta versión original del BDI valora la pérdida de peso, la puntuación fue de 0 (*últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada*), pero hay que destacar que, en la pregunta complementaria sobre si estaba a dieta para adelgazar, contestaba afirmativamente.
- **Peso e imagen corporal.** Aunque la paciente se calificaba a sí misma como gorda, su IMC era de 21 Kg/m<sup>2</sup>, indicativo de normopeso. La suma de puntuaciones del BSQ fue de 146, puntuación que, según el punto de corte (105) señalado por Raich et al. (1996) para discriminar en población española entre personas con/sin problemas de imagen corporal, estaría indicando claramente un problema de insatisfacción con su imagen corporal. Del análisis de la información cualitativa aportada por dicho cuestionario caben destacar algunos aspectos: los ítems en los que su puntuación fue más elevada (6= siempre), son el

nº 3 (*¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?*) y el nº 21 (*Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?*); existe una clara tendencia a señalar la puntuación 5 (muy a menudo) en la mayoría de las preguntas referidas tanto a su preocupación por la figura (p.ej.: “*Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?, ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?*”), como a otros comportamientos relacionados con dicha preocupación (p.ej.: *¿Has evitado ir a actos sociales (p.ej.: una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?, ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?*). Finalmente, señalar que María contesta con un 1 (nunca) a las dos preguntas referidas a si ha tomado laxantes y si ha vomitado para sentirse más delgada.

- **Pautas de alimentación.** Tanto de los auto-registros diarios de alimentación de las dos primeras semanas, como de la información aportada durante las entrevistas, pueden deducirse ciertas pautas y tendencias problemáticas en los hábitos alimentarios de María. De hecho, los datos que se aportan en el auto-registro de la Figura nº 1 son bastante representativos de su conducta alimentaria el resto de los días. Resumiendo dichos datos, podría señalarse que María hace sólo una o dos comidas regladas al día, normalmente coincidiendo con desayuno y comida, que son aquellas comidas que suele hacer en presencia de otras personas (compañeras, su jefa, amigas, etc.). Durante estas comidas se auto-impone una dieta excesivamente restrictiva (mucho más restrictiva que la que en su momento le indicó el médico), siempre carente de hidratos de carbono. Estas ingestas restrictivas no suelen estar asociadas a emociones negativas, y sí a la presencia de pensamientos relativos a sus deseos de comer algo más (dulces casi siempre) y a la conveniencia de guardar las apariencias no comiéndolo.

Por el contrario, aquellas comidas que hace ella sola, normalmente en casa y raramente en la calle, suponen un descontrol de sus anteriores pautas, ya que en poco tiempo suele ingerir una amplia variedad y cantidad de alimentos, casi todos ellos ricos en hidratos de carbono. Ella califica estos episodios como “*panzadas incontrolables*” ya que señala claramente que, una vez que empieza, no puede parar hasta dejar la nevera o el armario vacío de restos y dulces. Tras estos atracones, que prácticamente son diarios, dice sentirse muy triste y culpable por lo gorda que va a ponerse. A diario se plantea seguir la dieta restrictiva, pero los buenos propósitos no le duran más de una o dos comidas, coincidiendo con las que hace con otras personas, ya que cuando está sola, sobre todo ahora que está tan apática e inactiva, sólo hace que dar vueltas a la cabeza a sus “*desgracias*” (pensamientos sobre su ex-novio, sobre lo tonta que fue por no darse cuenta, sobre lo sola que se ha quedado, etc.), y este aluvión de pensamientos le lleva invariablemente a consolarse comiendo dulces.

El problema, tal como ella lo relata, es que tras uno o varios intentos de hacer la dieta de forma escrupulosa, suelen aparecer (sobre todo cuando está sola y aburrida) tentaciones de transgredirla, con pensamientos del tipo: “*¿para qué me estoy esforzando si no tengo nadie a quien gustarle?*”, “*mis jefes ya se han acostumbrado a verme gorda, qué más da un kilo*”

de más que de menos”, “al final, comer dulces es el único placer que me queda”. En estas circunstancias suele darse permiso para la transgresión, lo que genera otra nueva serie de pensamientos (“total, ya me he pasado, qué más da que me coma un pastel que 20”, “me van a llamar gorda de todos modos, al menos que sea con motivo”, etc.) y una ingesta voraz y compulsiva de comida, sobre todo de dulces. Al día siguiente de episodios de este tipo, María dice sentirse apesadumbrada por su comportamiento, lo que suele conducirla a tomar la determinación de comenzar nuevamente la dieta, pero de forma aún más restrictiva.

- **Actividades gratificantes y relaciones sociales.** En el momento actual María prácticamente no señala ninguna actividad agradable, aparte de dormir y comer dulces. Sí señala, por el contrario algunas actividades que anteriormente le resultaban placenteras, y que ha abandonado por culpa de su estado de ánimo, como son pasear, ir de compras o ir al cine. Respecto a los cambios en su actividad física, es destacable que previamente hacía una vida mucho más activa ya que, además de seguir el ritmo de trabajo iba con frecuencia al gimnasio.

En sus relaciones sociales fuera del trabajo, su vida no ha experimentado grandes cambios desde que se trasladó nuevamente a Madrid, siendo sus únicos contactos habituales su compañera de piso y su prima. Antes de irse a vivir a París, tenía dos “pandas” de amigos que solía frecuentar: los del instituto y los de la facultad, pero desde que ha regresado a Madrid no ha vuelto a contactar con ninguno de ellos. Aunque antes de la relación con su ex-novio había tenido otros amigos íntimos, ninguno de ellos había llegado a ser pareja estable, y dice no haber sufrido ninguna otra ruptura sentimental.

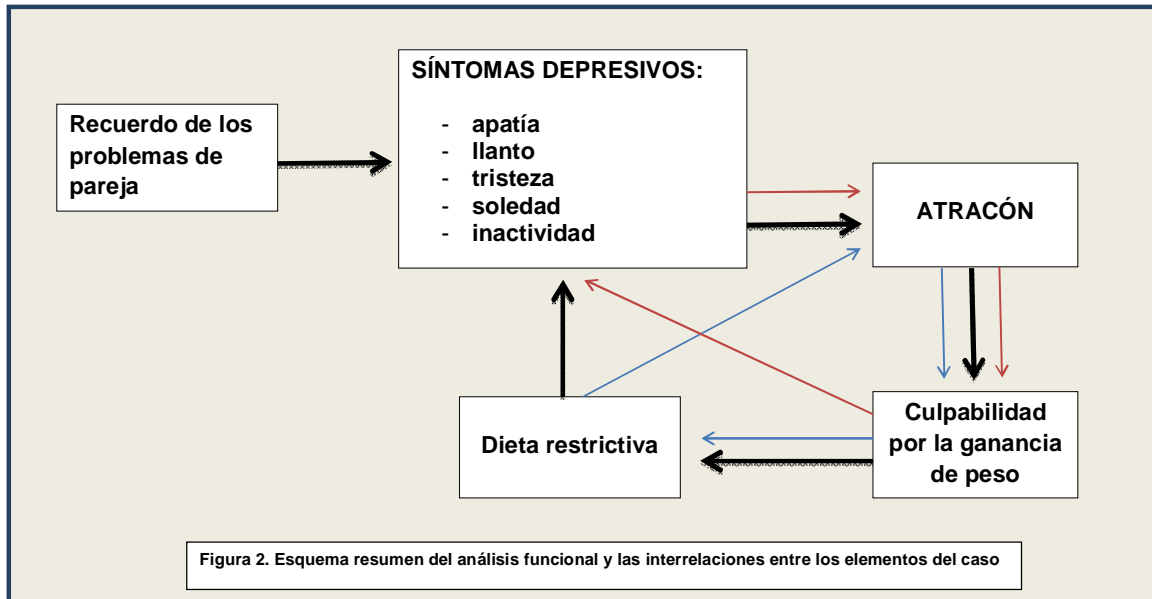
## Análisis Funcional

Con los datos previamente señalados, es decir con los procedentes de las dos primeras entrevistas y con los aportados por los auto-registros y los cuestionarios utilizados, se pudo realizar el Análisis Funcional de los problemas que aquejaban a la paciente. Un resumen de dicho análisis se presenta en la Tabla 1.

Antecedentes	Conductas Problema	Consecuencias
Recuerdo de los problemas y la ruptura con su exnovio	<b>1. BAJO ESTADO DE ÁNIMO</b>  <b>Respuestas motoras:</b> aislamiento, inactividad, llanto  <b>Respuestas cognitivas:</b> autoevaluaciones negativas, pensamientos reiterativos de fracaso, atribuciones erróneas, culpabilidad por no haber detectado el engaño  <b>Respuestas fisiológicas:</b> insomnio	Ataques incontrolables de voracidad (atracones)
Estar sola, inactiva y aburrida  Haber hecho previamente una dieta excesivamente restrictiva	<b>2. SOBREENGESTA COMPULSIVA</b>  <b>Respuestas motoras:</b> ataques de voracidad (atracones)  <b>Respuestas cognitivas:</b> autoevaluaciones negativas, preocupaciones excesivas por la figura y el peso  <b>Respuestas fisiológicas:</b> ninguna destacable	Culpabilidad por la ganancia peso; volver a auto-imponerse una dieta muy restrictiva



Como puede observarse en dicha tabla, María presentaba dos problemas claramente inter-relacionados: bajo estado de ánimo y sobreingesta compulsiva. Las diversas interrelaciones de esos problemas, formarían los tres círculos viciosos que se esquematizan en la Figura 2 y que, como puede comprobarse, serían los responsables del mantenimiento de sus problemas.



El primer círculo vicioso (en negro, trazo grueso) estaría señalando la relación entre el antecedente (recuerdo de los problemas de pareja) y la ocurrencia de los síntomas depresivos. De estos síntomas depresivos, estar sola e inactiva sería el determinante para la aparición de los episodios de sobreingesta compulsiva. A su vez, la ocurrencia del atracón tendría como consecuencia la aparición de pensamientos de culpabilidad que, en breve, la conducirían a volver a sus pautas de restricción alimentaria, respuesta que, sin duda, influiría negativamente en su estado de ánimo, con lo que se cerraría el primero de estos círculos viciosos.

El segundo de dichos círculos (trazos finos en rojo) estaría relacionando la ocurrencia del atracón y la culpabilidad siguiente, con el incremento de sus síntomas depresivos. Es decir, cuanto más bajo el estado de ánimo más posibilidad de atracón, más sentimientos de culpabilidad y aún más bajo estado de ánimo.

Finalmente, el tercer círculo vicioso (trazos finos en azul) señala la interrelación que, en todo trastorno por atracón suele producirse entre la restricción y el atracón, relación normalmente mediada por cogniciones de culpabilidad, como sucede en el caso de María.

## Otros aspectos de interés en el análisis del caso

### *Motivación y recursos.*

El primer motivo de consulta, según María es su estado de ánimo, ya que dice no querer volver a sentirse tan mal como hace dos años. Junto a esto, es destacable su preocupación por su figura y su sobrepeso señalando, de forma reiterada, que querría volver a recuperar el tipo que antes tenía, aunque en estos momentos debido a los síntomas depresivos, dice no considerarse capaz de hacerlo. A este respecto, es necesario tener en cuenta lo importante que es para ella mejorar su figura, debido a las exigencias de su trabajo.

María tiene un buen nivel cultural y habilidades para las relaciones interpersonales (al menos a nivel laboral), recursos a tener en cuenta para la programación del tratamiento.

### *Estrategias de auto-control.*

En el momento actual no tiene estrategias efectivas para controlar su estado de ánimo, ya que aunque dice que inicialmente encuentra consuelo comiendo dulces, es evidente que a corto plazo este comportamiento le incrementa sus sentimientos de culpabilidad y con ello la depresión, y a medio/largo plazo contribuye a incrementar su peso y con ello su gran preocupación por su imagen corporal.

Asimismo, es conveniente recordar que sí es capaz de seguir una dieta (aunque excesivamente restrictiva) cuando está en presencia de sus compañeros (control externo), pero no cuando está sola (falta de estrategias de auto-control).

Finalmente, señalar su negativa a acudir a un psiquiatra y volver a tomar medicación, a pesar de la evidencia de que fue una estrategia adecuada para el control del episodio inicial.

### *Apoyo social y entorno socio-cultural-laboral.*

En el momento de acudir a consulta María sólo contaba con el apoyo directo de su amiga Lola y de su prima. Aunque por su trabajo parece relacionarse con muchas personas (viajes, fiestas, presentaciones), no tiene ninguna otra amiga íntima. Respecto a sus relaciones familiares, no tiene hermanos y sus padres, que viven en un pueblecito a 400 kilómetros de Madrid, no conocen su problema actual. Suele ir a verlos cada 2 ó 3 meses, pero dice que, no sólo no les cuenta lo que le pasa, ya que no quiere preocuparles, sino que además ellos están encantados con su ganancia de peso.

En su entorno laboral existe una presión evidente sobre su imagen corporal, por lo que se siente obligada a seguir una dieta restrictiva cuando está en presencia de sus compañeros. El miedo a que su problema sea conocido en ese mismo entorno hace que oculte su padecimiento.

## Tratamiento

### *Objetivos de la Intervención*

Los objetivos de la intervención fueron planteados y discutidos con María, a la vista de los resultados de la evaluación. Para ello la terapeuta fue reproduciendo sobre un papel los datos del esquema de la Figura 2, explicando y consensuando en todo momento los datos que se iban reflejando en el esquema, así como las flechas que representaban las interacciones, con las vivencias de la propia paciente. Dicho esquema, además de para dar a María una reconceptualización de su problema, sirvió para ir discutiendo con ella cada uno de los objetivos que nos íbamos a plantear, las técnicas de tratamiento que se deducían del propio esquema explicativo, así como la posible secuencia de su implantación.

Los dos objetivos finales que se plantearon conseguir con la intervención fueron: 1) mejorar el estado de ánimo de María y 2) regular su comportamiento alimentario. Para abordar cada uno de estos dos objetivos se plantearon, de forma más concreta y precisa, varios objetivos intermedios, que nos permitiesen precisar tanto las estrategias de tratamiento a utilizar en cada caso como la secuencia de su implantación.

1. Para conseguir la mejora del estado de ánimo, se programaron los dos sub-objetivos siguientes:
  - 1.1. Incrementar gradualmente las actividades gratificantes que María realizaba, especialmente las sociales.
  - 1.2. Reestructurar sus cogniciones desadaptativas.
2. Para conseguir la regulación del comportamiento alimentario se plantearon como objetivos específicos:
  - 2.1. Disminuir el aislamiento y la inactividad de María, ya que se había comprobado que ambos eran estímulos discriminativos del atracón.
  - 2.2. Suprimir la dieta restrictiva, dada su interrelación tanto con el atracón como con el bajo estado de ánimo.
  - 2.3. Frenar el incremento de peso y plantearse una disminución/estabilización saludable de peso y volumen.

### *Secuencia de aplicación del tratamiento*

El tratamiento diseñado para conseguir los objetivos planteados se fue desarrollando a lo largo de un total de 18 sesiones; las primeras 12 con una frecuencia semanal y las otras 6 quincenalmente, por lo que la intervención se prolongó a lo largo de 5 meses y medio. Asimismo, se programaron otras 2 sesiones de seguimiento, a los 2 y 4 meses de dar por finalizada la intervención, aunque la última sesión de seguimiento tuvo que posponerse un mes por un viaje de trabajo de María.

La secuencia de aplicación de las técnicas se fue adaptando a la priorización que juntas, terapeuta y paciente, realizaron de los objetivos planteados; priorización que, por otra parte, seguía la lógica de intervención planteada para el tratamiento cognitivo-conductual de

los problemas depresivos por autores como Freeman y Reinecke (1995) y que se representa gráficamente en la Figura 3.

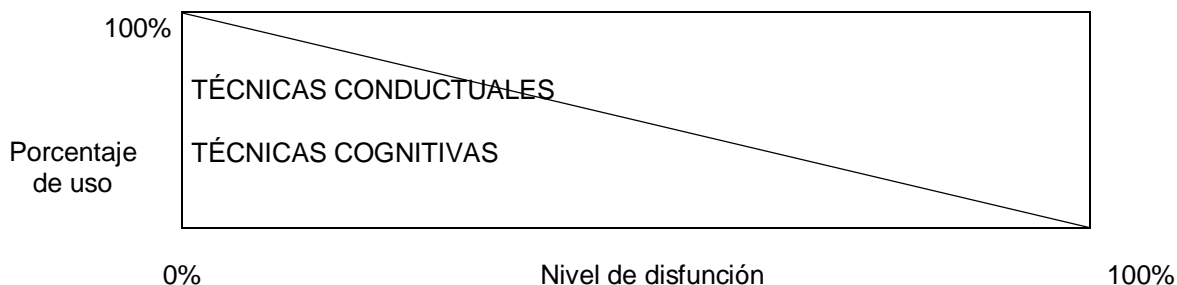


Figura 3. Nivel de disfunción y uso de intervenciones cognitivas y conductuales, en el marco de la terapia cognitiva de la depresión. Freeman y Reinecke (1995)

En resumen, en dicha figura se representa la conveniencia de comenzar la intervención con estrategias conductuales que movilicen la actividad del paciente, aspecto especialmente relevante en los primeros momentos de la intervención cuando el nivel de gravedad es alto y el de actividad bajo. Luego, según avanza la intervención y el nivel de disfunción va mejorando se pueden ir introduciendo las técnicas más netamente cognitivas (Comeche, 2011). Este aspecto es doblemente importante en el caso de María, ya que el incremento de actividad, sobre todo el de las interacciones sociales, atiende de forma simultánea al objetivo de mejora de su estado de ánimo así como al de regular su comportamiento alimentario ya que, al disminuir el aislamiento e inactividad de María, que como se ha expuesto es el principal estímulo discriminativo del atracón, se contribuye a la prevención de su aparición. Según la intervención fue avanzando, y con ella mejorando el nivel de disfunción de María, se fueron introduciendo estrategias cognitivas como la reestructuración que utilizamos para modificar sus cogniciones desadaptativas.

Para organizar la exposición se van a ir describiendo de forma independiente cada una de las estrategias utilizadas, aunque es evidente que la secuenciación de su aplicación siguió la pauta que se acaba de comentar y que en diversos momentos se irá recordando.

#### **- Incremento gradual de actividades.**

María entendió perfectamente el papel que en su problema cumplía el aislamiento y la inactividad, y la pérdida de alicientes que ello representaba en su vida actual. Por ello se comenzó por plantear un programa de incremento gradual de actividad que fuera incluyendo de forma paulatina algunas de las actividades que pudieran ser potencialmente gratificantes y valiosas para ella, con un especial énfasis en las actividades sociales. A petición de la terapeuta María comenzó a realizar 3 listas diferentes, que luego fue completando a lo largo de la intervención, anotando en cada una de ellas las posibles actividades a realizar:

1. **Actividades a conservar.** En ella María fue anotando cada una de las actividades que todavía realizaba (p.ej.: asearse, vestirse adecuadamente, ir a la peluquería, ir a trabajar, comer con los compañeros, etc.). El objetivo de esta lista era hacerla consciente del punto de partida en el que nos encontrábamos, para no seguir perdiendo actividades que hasta ahora estaban siendo habituales en su vida.
2. **Actividades a recuperar.** En ella debía anotar las diferentes actividades, sobre todo las más gratificantes, que había ido dejando de hacer a causa de la depresión. Entre las actividades anotadas en esta lista nos encontramos las que ya nos había referido en la entrevista (pasear, ir de compras, ir al cine), pero de forma paulatina fueron surgiendo nuevas actividades (como patinar por El Retiro, ir a exposiciones de pintura, darse masajes o ir al gimnasio) que, aunque en el momento actual no le resultaban tan agradables o placenteras como antes, habían sido fuentes relevantes de reforzamiento antes de la depresión. Las actividades de esta segunda lista, que María iba ampliando paulatinamente, fueron la base de la programación de actividades que semanalmente se iba concretando en la consulta.
3. **Actividades nuevas,** potencialmente agradables y valiosas. Con este tipo de actividades se pretendía conseguir un incremento de las fuentes potenciales de reforzamiento de la paciente. Entre las actividades que María fue anotando y que fueron especialmente relevantes en su proceso de mejoría, destaca la recuperación de antiguas amistades (de antes de su traslado a París), el establecimiento de nuevos amigos y volver a estudiar (concretamente acabar su carrera de filología que tenía abandonada en tercer curso), una actividad que supuso un elemento especialmente motivador en la fase final de la intervención.

***- Moderar la frecuencia de los atracones disminuyendo el aislamiento e inactividad.***

Este objetivo, como fácilmente puede deducirse, estaba ampliamente relacionado con el anterior, por lo que ambos aspectos (incremento gradual de actividad y disminución del aislamiento), fueron programados conjuntamente. Para ello, además de la programación de actividades de interacción social ya comentadas, se introdujeron tareas específicas para sus ratos libres, priorizando (sobre todo al inicio) aquellas que pudiera realizar fuera de casa y en presencia de otras personas, ya que sabemos que este tipo de control (externo), era adecuado para su conducta de sobre-ingesta. Posteriormente se fueron introduciendo también actividades de ocio a realizar sola en casa, para fomentar así sus estrategias de auto-control.

***-Suprimir la dieta restrictiva y frenar el incremento de peso.***

Dado que, como puede verse en la Figura 2, la dieta restrictiva era uno de los determinantes del atracón y, asimismo, influía negativamente en el estado de ánimo, una de las primeras medidas que se propuso adoptar a María, fue la supresión de la restricción alimentaria tan estricta que ella se auto-imponía. Para motivar a la paciente a acometer este objetivo (que inicialmente ella consideraba totalmente inabordable), se estudiaron conjuntamente, terapeuta y paciente, los auto-registros diarios de alimentación de las primeras 3 semanas. A la vista de sus propios datos, resultó todavía más evidente la interrelación entre

su restricción alimentaria durante buena parte del día y sus atracones vespertinos, así como la necesidad de tomar algunas medidas al respecto, como las que a continuación se señalan:

1. Por una parte, la propia paciente llegó a concluir que “permitirse” introducir algún alimento de los considerados “prohibidos” durante las comidas regladas (en el ejemplo de la Figura 1., la tostada en el desayuno y el helado en el postre), podría ayudarla a llegar a la hora de la merienda-cena con menos “ansias de comer dulces”. Este comportamiento sería clave para adquirir estrategias adecuadas de auto-control, ya que al poder comer los dulces de forma controlada durante las comidas, se previene su ingesta de forma descontrolada cuando está sola.
2. Asimismo, del estudio de las cantidades y contenidos ingeridos durante estos veinte días se pudo concluir que introducir una porción normal de esos alimentos auto-prohibidos en cada una de las comidas, resultaría mucho más equilibrado y le aportaría muchas menos calorías al final del día, que con el atracón vespertino.
3. Finalmente, se hizo también evidente la necesidad de modificar la frecuencia de sus ingestas, ya que nunca hacía más de 3 comidas al día y normalmente 2 de ellas eran excesivamente restrictivas. Para ello se acordó no “saltarse” ninguna de las tres comidas principales e introducir dos pequeños tentempiés, uno a media mañana y otro a media tarde.

Aunque María decía entender perfectamente la necesidad de adoptar todas estas modificaciones en sus pautas de alimentación, los cambios acordados (sobre todo permitirse comer los alimentos prohibidos) le producían cierta inquietud y temor por un posible incremento de peso, por lo que se acordó de momento no introducir más que las tres modificaciones señaladas, y darse un tiempo de prueba limitado a un mes, abordando estos cambios como si de un experimento se tratara. Partíamos del hecho evidente de que las pautas de alimentación previas, además de conducirla a atracones diarios y al empeoramiento de su estado de ánimo, le estaban produciendo una ganancia paulatina de peso y volumen, por lo tanto, nos planteamos comprobar si durante el mes de prueba, al menos no se empeoraba en dichos aspectos. Para ello, se tomó medida tanto del peso de María al iniciar el experimento, como de su volumen (cintura, cadera y pecho, en cms.), y se acordó volver a pesarla y medirla en la consulta, pasadas las 4 semanas. De forma paralela, la paciente debía seguir haciendo sus auto-registros diarios para poder comprobar las modificaciones en sus pautas de alimentación y la eventual disminución de sus atracones.

Pasado el mes, aunque se habían producido algunos episodios aislados de sobreingesta, éstos ya no eran diarios como antes; además, María estaba especialmente contenta porque percibía que empezaba a tener control sobre lo que comía tanto cuando estaba acompañada como cuando estaba sola. Junto a estas modificaciones en sus pautas de alimentación y en su percepción de auto-control, el hecho de que durante este mes la paciente realizase bastantes más actividades que en el periodo previo contribuyeron a mejorar su estado de ánimo y, no sólo a frenar su ganancia de peso, sino también a una primera disminución de su peso (algo menos de un kilo).

**- Control del sobrepeso y disminución/estabilización saludable de peso y volumen.**

Tras este primer mes de prueba, en el que se consiguió frenar el incremento de peso de forma paralela a la mejora de su estado de ánimo, María propuso abiertamente que quería abordar la disminución de su peso. El objetivo planteado en esos momentos por la paciente era volver a recuperar el peso y la talla que tenía antes de su primer episodio depresivo, 2 años atrás; objetivo que tuvo que ser discutido en las sesiones de terapia, hasta conseguir que ella misma se plantease una reformulación mucho más realista: conseguir una disminución y estabilización saludable de su peso y volumen.

Para conseguir este nuevo objetivo se adoptaron dos medidas complementarias. Por una parte, se acordó consultar con su endocrino la conveniencia de seguir una dieta equilibrada. Para ello, se elaboró un informe en el que se describía el proceso seguido por la paciente y las medidas terapéuticas que se estaban siguiendo, y se planteaba la conveniencia de complementar el tratamiento psicológico con unas pautas de alimentación no restrictivas, que María pudiese integrar en su vida ordinaria. Tanto el endocrino, como la nutricionista que con él colaboraba, le recomendaron seguir unas pautas muy flexibles que fomentaban una alimentación sana y variada y que fueron fácilmente adoptadas por la paciente. Un aspecto importante para el adecuado seguimiento de estas pautas, fue la secuencia regular de citas pautada tanto por la nutricionista (una visita a la semana) como por el endocrino (una al mes).

Asimismo, y como complemento de la dieta pautada por endocrino y nutricionista, se introdujeron modificaciones en el estilo de vida de María, que siguieran contribuyendo, de forma simultánea, a la mejora de su estado de ánimo y al control de su sobrepeso. Por ejemplo, fue el momento de la intervención en que se introdujeron en la programación actividades físicas que incrementaran su gasto energético, como patinar por El Retiro los domingos o acudir al gimnasio 3 días a la semana. En el gimnasio, una de las actividades que realizaba al menos un día a la semana era acudir a clase de yoga, disciplina que ella había practicado hace años y que tenía totalmente abandonada. Esta práctica tuvo especial importancia por el componente de relajación y exploración corporal (*bodyscan*) que implicaba y que pudo ser utilizado, como en el próximo apartado se explica, para reducir la insatisfacción y promover la aceptación de su imagen corporal.

**- Reestructuración de las cogniciones desadaptativas.**

La modificación de muchas de las cogniciones desadaptativas de María, fueron abordándose de forma implícita a lo largo de la primera fase de la intervención. Por ejemplo, comprobar que introducir alimentos “prohibidos” en las comidas regladas no sólo no producía un incremento del peso, sino que incluso produjo un ligero descenso, sirvió como prueba de realidad para el cambio de pensamientos negativos relacionados con la ingesta de dichos alimentos. Asimismo, el ir recuperando ciertas actividades agradables para ella sirvió, entre otros aspectos, para reestructurar pensamientos del tipo: *“comer dulces es el único placer que*

*me queda*”, que se había comprobado eran uno de los determinantes de la aparición del atracón.

A lo largo de la segunda mitad de la intervención se fueron abordando, ahora de forma explícita, muchas de las cogniciones negativas de María. Para detectar dichos pensamientos se utilizó un auto-registro similar al propuesto en la Terapia Cognitiva de Beck (Beck y cols., 1979), en el que María debía comenzar por cumplimentar las tres primeras columnas cuando se notase experimentando alguna emoción intensa (p.ej.: tristeza, rabia, ansiedad, culpa, etc.). De hecho, se le indicó de forma explícita que utilizase el cambio emocional como una señal de alarma para detectar los pensamientos negativos y anotar tanto la situación en la que se daban dichas cogniciones, como el tipo y grado de la o las emociones asociadas, así como los pensamientos concretos que en esos momentos cruzaban por su cabeza. La primera reflexión que María debía hacer tras anotar estos pensamientos iba encaminada a comprender el efecto que dichas cogniciones tenían sobre sus sentimientos y sobre su conducta.

Luego, en la consulta, terapeuta y paciente procedían juntas al examen y discusión de esos pensamientos y de los errores lógicos que los propiciaban, utilizando para ello una serie de preguntas que le hicieran a María cuestionarse aspectos esenciales de dichas cogniciones, como son su falsedad (p.ej. reflexionando que no por pensar una cosa tiene que ser verdad: *¿todo los pensamientos que cruzan por tu cabeza son ciertos?*; o haciéndole ver que hay pensamientos que pueden pasarse por nuestra cabeza y eso no les hace verdaderos *¿sólo por pensar que te va a tocar la lotería ya te toca?*), y también sobre su carencia de utilidad (p.ej.: *pensar así ¿te ayuda a sentirte mejor, o te hace sentir peor?*).

El proceso de reestructuración, como es lógico, continuaba con la búsqueda de pensamientos alternativos, realistas y adaptados a la vida y circunstancias de la paciente (la respuesta racional) y que la condujeran finalmente a reevaluar el pensamiento que le produjo inicialmente la emoción negativa. En otros casos, como en este mismo apartado se expone, en vez de buscar el contraste mediante una discusión como la aquí comentada, ésta se sustituía por una actividad o búsqueda de datos que funcionasen como una prueba de realidad.

En la Figura 4 se presenta una muestra de dicho auto-registro, en el que se recogen dos ejemplos de los pensamientos negativos que presentaba la paciente, así como de los resultados del proceso de reestructuración.



SITUACIÓN	EMOCIÓN	PENSAMIENTOS NEGATIVO	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
Describir el acontecimiento o el recuerdo que motivó la emoción desagradable	Tipo de emoción (p.ej.: tristeza, ansiedad, rabia, culpabilidad, etc.) e intensidad (0-100)	Pensamiento negativo que precede a la emoción y grado de creencia en él (de 0 a 100%)	Posible respuesta racional al pensamiento negativo y grado de creencia en dicha respuesta (0-100)	Reevaluación del grado de creencia en el pensamiento negativo (0-100). Emoción tras la reevaluación (tipo e intensidad 0-100)
<i>Pienso en Pepe y Lina juntos, y yo sin enterarme</i>	<i>Tristeza (70) Culpa (90)</i>	<i>Soy una auténtica idiota, debería haberme dado cuenta yo la primera (100)</i>	<i>Ellos lo encubrieron muy bien y yo no soy adivina (60)</i>	<i>Creencia pensamiento (50) Tristeza (30) Culpa (30)</i>
<i>Me acabo de comer una caja de "Huesitos"</i>	<i>Tristeza (40) Culpa (80)</i>	<i>Me voy a poner como una vaca y yo tengo la culpa (100)</i>	<i>Engordaré, pero eso no quiere decir que parezca una vaca. (50) Sí, tengo la culpa, pero estoy aprendiendo a controlarme y pronto lo conseguiré (50)</i>	<i>Creencia pensamiento (70) Tristeza (20) Culpa (50)</i>

Figura 4. Auto-registro diario de pensamientos negativos

Además de la tristeza, una de las emociones más frecuentemente señaladas por María era la culpabilidad, como puede verse en el registro de la Figura 4. Para abordar la modificación de los pensamientos de este ejemplo, se comenzó por hacer ver a María la diferencia entre algunos aspectos de dichas cogniciones que pueden ser verdaderas, de aquellas que son una distorsión de la realidad. Por ejemplo, pensar que comerse una caja de galletas de chocolate puede hacer engordar es cierto, pero pensar que por ello va a ponerse "como una vaca", es una distorsión evidente de la realidad. Asimismo, sentirse culpable tras el atracón es, en buena medida, una emoción adaptativa. La respuesta racional o solución alternativa que puede ayudar a mitigar la emoción no pasa, en este caso, por modificar la cognición sino por adoptar las medidas necesarias, como de hecho está haciendo la paciente, para controlar la sobreingesta.

Sin embargo, las cogniciones de culpabilidad de la primera anotación del auto-registro sí suponen en todos sus términos una distorsión de la realidad que tuvo que ser debatida hasta conseguir modificarla. Es decir, mediante las preguntas de la terapeuta María debía llegar a la conclusión de que no haberse dado cuenta del engaño de su ex-novio, no podía considerarse una prueba de su idiotez y que en circunstancias similares lo más normal es no darse cuenta del engaño. Además, para finalizar la reestructuración, se analizaba la utilidad (o mejor dicho, la falta de utilidad) de seguir dando vueltas a la cabeza a este tipo de pensamientos y situaciones del pasado que son inmodificables y, por el contrario, la conveniencia de centrar los pensamientos en planificar aspectos del futuro (p.ej.: acabar la carrera) que pueden ayudarla a conseguir sus metas en la vida.

Otras cogniciones que tuvieron que ser reestructuradas a lo largo de la intervención, fueron las auto-evaluaciones negativas que con frecuencia María realizaba de su figura y apariencia física (p.ej.: pensar que estaba “*como una vaca*”, o que tenía los muslos, caderas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo). Aunque algunos aspectos de dichas cogniciones podían no ser totalmente falsos (p.ej.: los kilos acumulados se le notaban más en la zona abdominal), su forma de referirse a ello siempre era exagerada y cargada de un matiz auto-devaluador, que era lo que debía ser modificado. Para modificar estas cogniciones se utilizaron básicamente tareas de consulta de datos, que luego eran utilizados como pruebas de realidad. Así, María tenía que recopilar datos de las medidas “reales” de las mujeres de su altura y edad y contrastarlas con las propias. Junto a estos contrastes de evidencia, resultaron de especial utilidad tanto las reflexiones sobre lo adecuado de las medidas que estaba adoptando para seguir un estilo de vida y unas pautas de alimentación mucho más saludables y con ello conseguir, dentro de los límites de lo posible, un peso y volumen con el que sentirse bien, así como la práctica de una adaptación de la desensibilización sistemática ante el espejo descrita por Raich (2000) en su monografía sobre imagen corporal.

Para realizar esta modalidad de desensibilización, María comenzó por elaborar una lista de las zonas de su cuerpo que más pensamientos y sentimientos negativos le producían, jerarquizándolos según el grado de malestar (por orden de menor a mayor: brazos, pechos, piernas, muslos, caderas, cintura y barriga). Luego, en un momento en que estuviera segura de poder pasar un rato delante del espejo de cuerpo entero, sin interrupciones y en un estado de relajación y bienestar similar al que conseguía en sus clases de yoga, María debía situarse delante del espejo y centrar su mirada y atención (utilizando sus habilidades de exploración corporal) en las zonas que le producían malestar, comenzando por las de menor grado y progresando a las demás siguiendo el orden de la jerarquía. El periodo de tiempo de atención a las zonas corporales debía irse incrementando progresivamente (de 15 segundos a un minuto), alternando periodos de descanso y relajación (ojos cerrados) entre ellos. Asimismo, debía incrementar progresivamente el grado de aversividad de la situación (primero toda la jerarquía vestida, luego en ropa interior y finalmente desnuda). Como ejercicio complementario se le recomendó incorporar esta tarea a su vida normal, haciendo que el momento de salida de la ducha, en el que solía estar más relajada, lo aprovechara para darse un masaje con una crema o aceite corporal que le resultase placentero y fijándose, prestando atención, a cada una de las zonas del cuerpo que se masajeaba.

## Resultados

En la última sesión (la nº 18) María cumplimentó los mismos cuestionarios que habíamos utilizado en la evaluación inicial, para comprobar los cambios producidos tras el tratamiento. El Cuestionario de Depresión de Beck (BDI), había sido además cumplimentado de forma regular (aproximadamente cada mes) a lo largo de toda la intervención, ya que, por su sensibilidad al cambio, se considera una medida muy aconsejable como variable dependiente para ir valorando los cambios que se van produciendo en el estrado de ánimo, a

lo largo de la intervención. Los resultados de esta aplicación iterativa del BDI se presentan en la Figura 5.

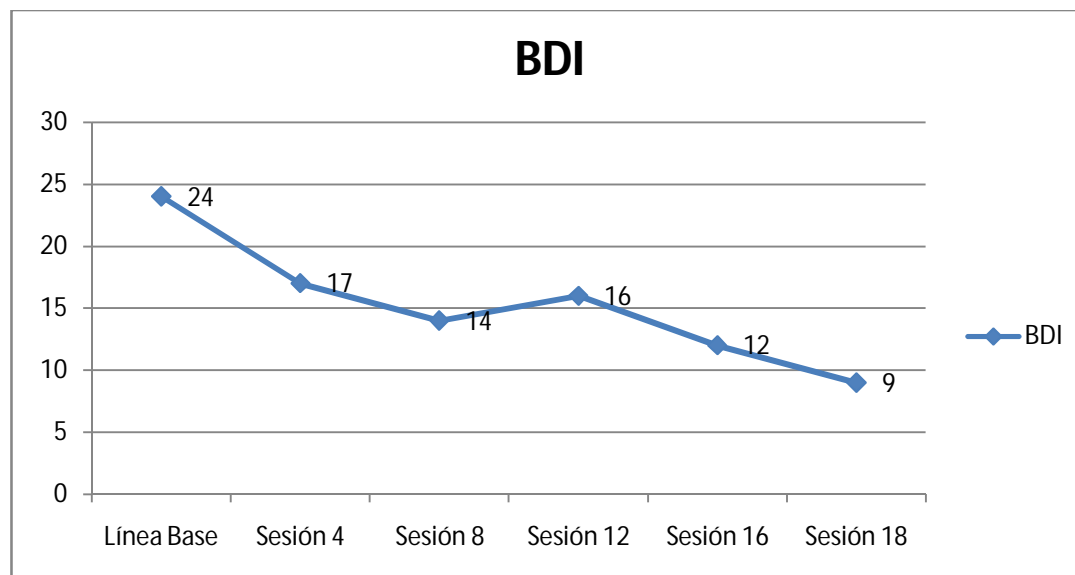


Figura 5. Evolución de las puntuaciones del BDI a lo largo de la intervención

Asimismo, en la Tabla 2, se presenta un resumen de los resultados obtenidos en las distintas variables medidas, tanto en la línea base como en la sesión final del tratamiento.

Variable medida	Línea base	Última sesión
BDI	24 Nivel de depresión Moderado	9 Estado de ánimo normal
BSQ	146 Alta preocupación por su apariencia física	62 Baja preocupación por su apariencia física
Peso	65	60
IMC Kg/m <sup>2</sup>	21,2 Normopeso	19,7 Normopeso

Tabla 2. Resumen de los resultados en el pre y post-tratamiento, en cada una de las variables medidas

Como en la Figura 5 y en la Tabla 2 puede verse, el estado de ánimo de María (tal como es valorado por el BDI) fue mejorando, aunque con algunas fluctuaciones, a lo largo de toda la intervención, pasando de un nivel moderado de depresión a un estado de ánimo considerado como normal. Asimismo, es destacable que en esta última medida del BDI, ninguno de los ítems fue valorado por la paciente con una puntuación superior al 1. En la evolución de esta medida puede observarse como el cambio más apreciable aparece en las primeras sesiones, ligado a la recuperación de las actividades perdidas, lo que evidentemente llevaba aparejado un incremento de actividades potencialmente gratificantes para la paciente.

La valoración de la imagen corporal mediante el cuestionario BSQ se realizó sólo en los dos momentos señalados en la Tabla 2, línea base y post-tratamiento. Como en dicha tabla puede apreciarse, las puntuaciones de este cuestionario pasaron de un valor considerado como indicativo de un problema de elevada preocupación por la propia imagen a una baja preocupación por su apariencia física. Es evidente que parte de la mejoría en este sentimiento de insatisfacción vino mediada por la disminución de peso que María consiguió en estos meses (un total de 5 kilos), lo que le supuso asimismo una recuperación, aunque no total, de la figura que tenía antes de este episodio.

Sin embargo, y según la valoración de la propia paciente, fueron la mayor parte de las estrategias y habilidades aprendidas lo que más tranquilidad y aceptación personal le produjeron. Ella misma refería como, incluso en sus años en París, cuando consideraba que tenía una buena imagen, estaba siempre pendiente de lo que comía, de la medida de sus caderas y se auto-imponía etapas de una dieta muy restrictiva. Por ello consideraba de suma importancia el haber llegado a comprender el papel de la restricción en sus problemas de estado de ánimo y de descontrol alimentario. Asimismo, María señalaba que todos los ejercicios de reestructuración cognitiva le habían enseñado a quitarse “*las gafas de verlo todo negro*” y enfocar su vida de una forma mucho más realista. Finalmente, señalar la valoración tan positiva que la paciente realizó de su experiencia personal con los ejercicios de desensibilización ante el espejo, ejercicios a los que ella añadía un “*matiz místico*”, que le hacía calificarlos como una de las estrategias más atractivas de todo lo aprendido.

### Referencias bibliográficas

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española: *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (1983) Bilbao: D.D.B.
- Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z. y Fairburn, CH. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485- 494.
- Comeche, M.I. (2011). Evaluación y tratamiento psicológico de la depresión. Madrid: Fundación UNED. (Texto del módulo de depresión, en el Master en Terapia de Conducta).



- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995) *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa.
- Freeman, A. y Reinecke, M. (1994) *Cognitive therapy of suicidal patient*. Nueva York: Springer. Traducción al español: *Terapia cognitiva de los pacientes suicidas* (1995). Bilbao: DDB.
- Raich, R.M. (2000) *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide, Colección Ojos Solares.
- Raich, E. R. M.; Mora, M.; Soler, A.; Avila, C.; Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7 (1), 51-66.
- Rehm, L.P. (1981) A self-control therapy program for treatment of depression. En: J. Clarkin y H. Glazer. *Depression Behavioral and Directive Intervention Strategies*, Nueva York: Garland.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29: 239-288.