

LA NECESIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRADORA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mara Segura ^a, Regis Villegas ^a, Paula Placencia ^a, Julio Sanjuan ^{b,c}

- a. Psicólogo Clínico Residente. Servicio de psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- b. Médico psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia
- c. Universidad de Valencia, Valencia. INCLIVA, CIBERSAM

AN INTEGRATED PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON EATING DISORDERS (ED): A CASE STUDY

Mara Segura ^a, Regis Villegas ^a, Paula Placencia ^a, Julio Sanjuan ^{b,c}

Correspondencia:

Mara Segura Serralta. Servicio de Psiquiatría. Hospital clínico universitario de Valencia. Av. Blasco Ibáñez, 17, 46010, Valencia, España.

Email: seguramara86@gmail.com

Tfn: 615240643

La necesidad de una intervención psicológica integradora en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): A propósito de un caso

Introducción: No existen datos concluyentes que apoyen la eficacia de una intervención psicológica en anorexia nerviosa y los resultados obtenidos sobre el tratamiento psicológico en bulimia nerviosa distan del ideal. **Método:** Se realiza una revisión de los tratamientos actuales para los TCA y se presenta el caso clínico de una paciente diagnosticada de un trastorno alimentario y la intervención psicológica realizada en el hospital clínico universitario de Valencia, consistente en la integración de diversas terapias psicológicas (cognitivo-conductual, narrativa, contextual y entrevista motivacional). La paciente fue evaluada antes y después del tratamiento mediante entrevista clínica y diversos instrumentos psicométricos. **Resultados:** Tras 28 sesiones se ha conseguido una mejoría significativa en las medidas de psicopatología alimentaria e imagen corporal, de psicopatología general y de funcionamiento general. **Conclusiones:** Los resultados encontrados siguen la línea de las investigaciones que entienden los TCA como trastornos complejos que requieren de la integración de diversas técnicas psicológicas.

Palabras Clave: Trastorno de la conducta alimentaria. Intervención psicológica integradora. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa.

An integrated psychological intervention on eating disorders (ED): A case study.

Introduction: Conclusive data collection that supports effectiveness of psychological intervention to anorexia nervosa doesn't exist. Obtained results about psychological treatment to bulimia nervosa are different than expected. **Method:** We review current treatments for anorexia nervosa and we present a clinical case intervened at Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV). The psychological intervention consists of several strategies integration (cognitive-behavioral therapy, narrative therapy, contextual therapy and motivational interviewing). Patients was assessed before and after treatment by clinical interview and some psychometric instruments **Results:** After 28 sessions significant improvement on eating psychopathology, general psychopathology and general functioning was achieved. **Conclusions:** Obtained results support the need for integrated psychological intervention.

Key words: Eating disorders. Integrative psychological intervention. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

La necesidad de una intervención psicológica integradora en los trastornos de la conducta alimentaria: a propósito de un caso

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se continúa investigando el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y, hasta la fecha, no existe ninguna intervención psicológica específica que haya demostrado su eficacia para la anorexia nerviosa. En el caso de la bulimia nerviosa el tratamiento cognitivo conductual (TCC) de Fairburn se ha establecido, por algunas guías clínicas, como el tratamiento psicológico de elección, aunque solo en el 50% de los casos se observa una remisión completa a largo plazo (Fairburn, Cooper y Saffran, 2003). Por este motivo Fairburn y su equipo han desarrollado la TCC-Mejorada. Esta terapia se basa en una visión trans-diagnóstica de los TCA que considera la alta tasa de migración entre los diagnósticos de trastorno alimentario y plantea una reformulación del modelo cognitivo-conductual de la BN, de modo que se contempla el uso de la misma teoría y tratamiento para los distintos subtipos de TCA. Los datos sobre la eficacia de esta nueva aproximación, siguen sin ser los ideales, en un estudio controlado aleatorizado se concluye que solo el 60% de pacientes con BN mejoran (Fairburn et al., 2009). De este modo, con los tratamientos actuales un 70% de los pacientes muestran mejoría clínica, de ellos un 20% sigue manteniendo sintomatología, y alrededor del 25-30% se cronifica (Calvo et al., 2014).

Existen diversas complicaciones que dificultan la intervención en pacientes con TCA, algunos problemas frecuentes son las altas tasas de abandono del tratamiento, que algunos autores sitúan en torno al 50% (Sly, Morgan, Mountford y Lacey, 2013), la baja conciencia de enfermedad (Zamora, Martínez y Gazzo, 2000), la severidad del trastorno (Halmi et al 2005), una baja motivación al cambio (Hötzel, von Brachel, Schlossmacher y Vocks, 2012), una familia disfuncional que no colabora con el tratamiento (Zamora et al., 2000) o los problemas emocionales que los pacientes pueden presentar (Oldershaw, Lavender, Sallis, Stahl y Schmidt, 2015). Todo esto sugiere la necesidad de utilizar tratamientos diseñados no por una sola aproximación doctrinal, sino integrando aspectos de diferentes técnicas. Esta integración se debería hacer a partir de la formulación individual del caso (Garner y Garfinkel, 1997).

El objetivo de este trabajo es mostrar la eficacia de una intervención psicológica integradora que favorezca el abordaje de los distintos factores implicados en el mantenimiento y la resistencia al tratamiento. Para ello, presentamos el caso de una paciente con diagnóstico inicial de anorexia nerviosa restrictiva que presenta posteriormente un cambio de sintomatología, cumpliendo criterios de bulimia nerviosa, subtipo no purgativo.

MÉTODO

Descripción del caso

S es una mujer de 17 años, de origen Argentino. Se trasladó con su familia a España cuando tenía 2 años, actualmente convive con sus padres y su hermana de 13 años. Desde hace un año mantiene una relación de pareja con un chico dos años mayor que ella. En el momento de la primera consulta estudiaba segundo de bachiller, en la actualidad se encuentra cursando segundo de Sociología y cursa estudios de música en el conservatorio.

Historia del problema

La paciente acude sola a la consulta de psicología clínica y relata que hace unos años padecía sobrepeso ($IMC = 28.11 \text{ Kg/m}^2$) e inició una dieta restrictiva motivada por sus familiares, que le proporcionó un dietista privado, a la edad de 15 años. El dietista realizó un seguimiento de la evolución de la pérdida de peso durante 5 meses, tras los cuáles S consideró que no necesitaba acudir y decidió seguir la dieta por su cuenta, restringiendo cada vez más cantidad y más tipos de alimentos, iniciando la realización de ejercicio físico intenso (una hora de baile en casa y dos horas y media de bicicleta diariamente). Refiere que intentó, sin éxito, hacer uso de laxantes, diuréticos y vómitos como método de compensación, y usar el tabaco buscando un efecto anorexígeno. En este periodo de 7 meses perdió 24 Kg ($IMC = 18.47 \text{ Kg/m}^2$). Presentaba amenorrea (llegando a los dos años de evolución), síntomas de debilidad, cansancio, mareos, irritabilidad y dificultades de concentración.

Un año y medio después, refiere tomar conciencia de las consecuencias de las conductas que estaba realizando, sobre todo por la afectación académica, e intenta solucionar el problema por su cuenta reduciendo las horas dedicadas al ejercicio físico, realizando dietas menos restrictivas y utilizando refuerzos y castigos en función de su comportamiento. Al acercarse el verano, aumenta su miedo a engordar y vuelve a utilizar las estrategias desadaptativas para perder peso. En este momento empieza a tener episodios de atracones, que compensa realizando de nuevo ejercicio físico intenso, aunque no le resulta útil para perder el peso aumentado por lo ingerido en los episodios de atracón. Ante la dificultad para solucionarlo por sí misma decide consultar con el psicólogo del colegio y pedirle ayuda para contarlo a sus padres ante el miedo a su reacción. Éste recomienda acudir a su centro de salud. En el momento de la primera consulta la paciente pesaba 62 Kg, siendo su IMC de 24.83 Kg/m^2 .

El apoyo recibido por parte de la familia de S ha sido escaso desde el inicio del problema. Las relaciones entre ellos pueden definirse como conflictivas, especialmente con su madre. Con su padre la relación es aparentemente más cálida y con su hermana mantiene un vínculo muy estrecho. La relación entre los padres es disfuncional tanto a nivel conyugal como parental, habiendo favorecido la parentalización de la paciente desde edades muy tempranas.

La afectación del TCA en la vida de S ha sido notable. A nivel familiar, las discusiones con sus padres aumentaron, así como el distanciamiento relacional con su hermana. A nivel académico, aspecto muy importante para ella, hubo una disminución del rendimiento durante los cursos de bachillerato, lo que dificultó la admisión en la carrera universitaria que ella deseaba cursar. Socialmente también se vio afectada, dado

que la evitación de situaciones que le generaban angustia acabó distanciando y aislando a la paciente de todos sus amigos, de modo que solamente se relacionaba con los compañeros de clase durante el horario lectivo. Y en su relación de pareja aparecieron problemas tanto a nivel afectivo como sexual. En el aspecto personal la paciente reconoce una disminución del concepto sobre sí misma, un bajo sentido de autoeficacia junto con sentimiento de fracaso y culpa, y estado de ánimo decaído.

Evaluación

La evaluación se llevó a cabo durante 3 sesiones. Se exploró, mediante entrevista clínica, la sintomatología presente en el momento de la sesión, la historia clínica y personal de la paciente y de su familia, así como la historia específica del trastorno de la conducta alimentaria. Además, se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación para valorar la eficacia del tratamiento, evaluando a la paciente antes y después de la intervención:

1. Inventario de trastornos alimentarios-3 (EDI-3, Garner, 2004): Cuestionario de autoinforme que evalúa aspectos cognitivos y conductuales de la AN y la BN. Escogimos este instrumento porque la paciente presentaba características psicopatológicas de ambos trastornos y pretendíamos recabar información acerca de los comportamientos y actitudes de la paciente hacia la comida, el peso y la imagen corporal, así como sobre actitudes psicológicas generales características de personas con trastornos alimentarios. El cuestionario consta de 91 ítems, agrupados en 12 escalas, 3 escalas específicas de TCA, denominadas “de riesgo” y 9 escalas de características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios.
2. Cuestionario de pensamientos automáticos sobre la Imagen Corporal (BIAT-Q, Cash et al., 1991). Medida de autoinforme que evalúa el componente cognitivo acerca de la imagen corporal. Formado por 52 ítems organizados en dos escalas que valoran la frecuencia con la que el individuo tiene pensamientos positivos y negativos en torno a su cuerpo. La puntuación total se obtiene restando la puntuación de la escala de pensamientos positivos a la de la escala de pensamientos negativos.
3. Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación Española de Sanz et al., 2005). Medida de autoinforme formada por 21 ítems que se basan en los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-IV. Ofrece una puntuación total que oscila de 0 a 63, siendo a partir 30 indicativa de sintomatología depresiva grave.
4. State Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger et al., 2008). Autoinforme que evalúa 2 conceptos independientes de la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado en dos escalas diferenciadas formadas por 20 ítems cada una. El rango de puntuación total en cada una de las escalas varía desde 0 a 60 puntos.
5. Escala autoaplicada de adaptación social (SASS, Bosc et al., 1997; adaptación española de Bobes et al., 1999). Autoinforme para la evaluación de la conducta y la motivación social. Explora el funcionamiento en distintas áreas: laboral, familiar, ocio, relaciones sociales y motivación e intereses. Está formada por 21 ítems. La puntuación total oscila entre 0 y 60, siendo el rango de normalidad entre 35 y 52.

6. Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20, Bagby et al., 1994; adaptación española de Moral de Rubia et al., 2000). Cuestionario autoaplicado para evaluar el grado de alexitima. Consta de 20 preguntas y ofrece una puntuación total que va desde 20 hasta 100. Una puntuación menor de 51 es interpretada como ausencia de alexitimia.
7. Autorregistros: Se utilizaron tanto en la fase de evaluación como en la de intervención. El objetivo en la primera fase era valorar las conductas disfuncionales, las pautas alimentarias y las situaciones relacionadas con todo ello, así como los pensamientos, emociones y conductas encubiertas que no pueden observarse directamente.

Descripción de las conductas problema:

- A nivel fisiológico la paciente presentaba amenorrea de dos años de evolución, estreñimiento, cansancio y falta de energía, dificultades para conciliar y mantener el sueño y fluctuaciones amplias de peso.
- A nivel cognitivo: Pensamientos obsesivos en torno a la comida, la figura y el peso, creencias disfuncionales, rigidez cognitiva y tendencia al perfeccionismo, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, fracaso e inferioridad, dificultades de concentración y enlentecimiento cognitivo.
- A nivel conductual: Rituales alimentarios y conductas relacionadas con la alimentación (comer despacio, masticar en exceso, cortar los alimentos en trozos muy pequeños, esconder comida y salir a escondidas a comprar dulces), planificación y preparación de la comida para toda la familia, conductas de evitación como evitar mirarse al espejo, pesarse o conocer su peso en consulta, salir a comer con amigos, ir a la playa, piscina o cualquier sitio que supusiera exponer su cuerpo y salir sin maquillaje de casa, aislamiento social.
- A nivel emocional: Ansiedad y temor ante el aumento de peso, pánico frente a los “alimentos prohibidos”, tristeza, apatía, irritabilidad, impulsividad y dificultades de regulación emocional.
- Patrón alimentario: En el momento de la primera sesión la paciente presentaba una restricción de la ingesta menor que los meses anteriores, aun así sus hábitos alimentarios se caracterizaban por realizar 2 comidas principales de poca cantidad (un desayuno escaso, consistente en un vaso de leche y una comida de lo que cocinara su madre) y una sobreingesta o un atracón antes de dormir. También restringía la ingesta de cierto tipos de alimentos, considerados como “alimentos prohibidos”, caracterizados por ser alimentos palatables y de alto contenido calórico (alfajores, chokolatinas, galletas...). Los episodios de atracón se producían entre 3 y 4 veces a la semana. Y tenían lugar en respuesta a sensación de hambre, estados emocionales negativos y al aburrimiento. Durante este primer periodo aparecía la sensación de pérdida de control tanto en el inicio como en la finalización del atracón, solo conseguía parar de comer ante la sensación de malestar físico.
- En relación a la imagen corporal encontramos una sobrevaloración de su papel en la autoestima, percepción de sí misma como mujer con sobrepeso y creencias acerca de que esto le afecta negativamente en sus relaciones interpersonales, en encontrar

trabajo, en el instituto..., distorsión del tamaño y forma de su abdomen, caderas y glúteos.

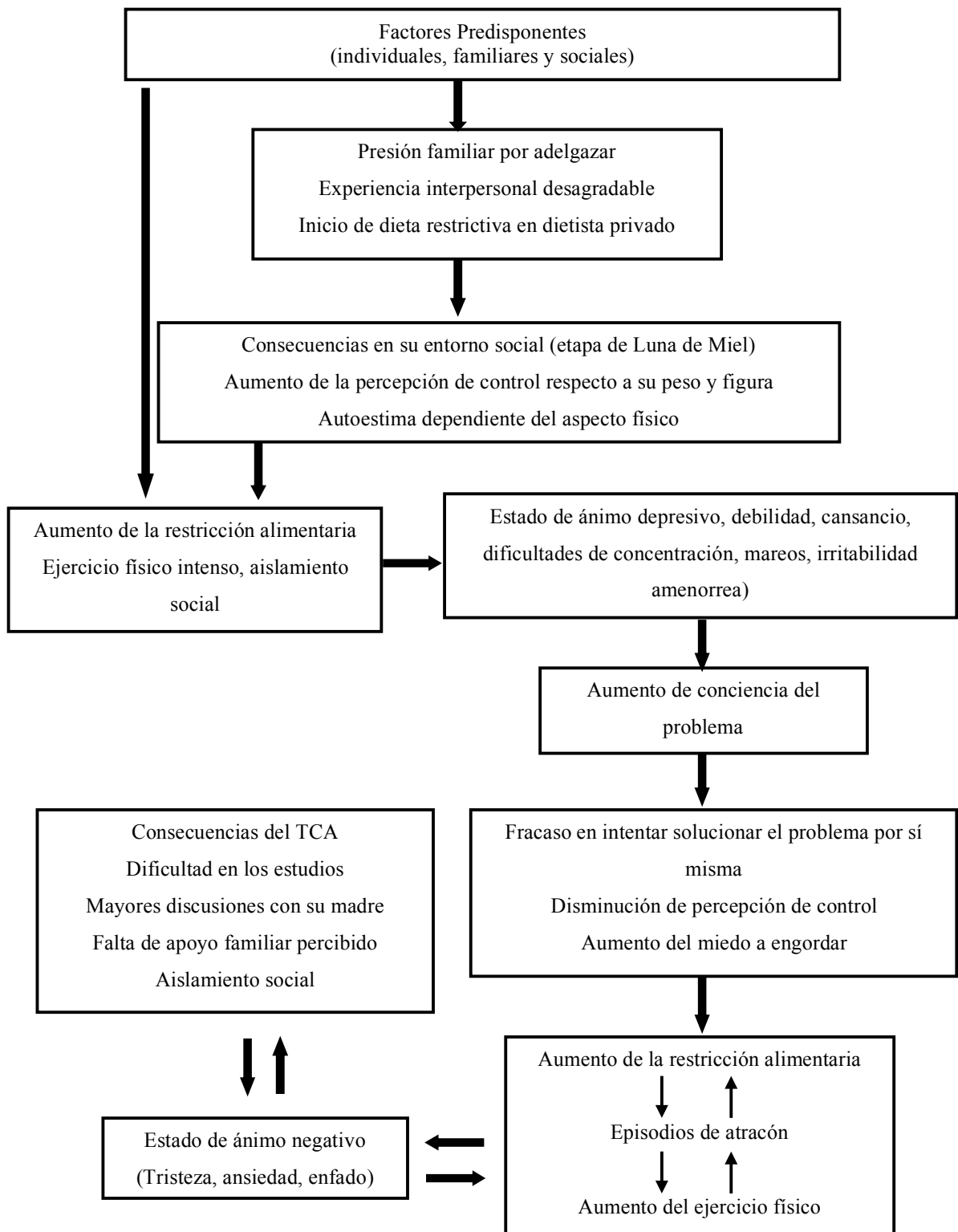
Formulación clínica del caso

Los *factores predisponentes* se dividen en: a) *Factores individuales*, entre los que se resaltan la edad de la paciente (15 años), los problemas de obesidad infantil, antecedentes médicos y psiquiátricos familiares (problemas alimentarios de la madre), una imagen corporal negativa, y la personalidad premórbida y estilo cognitivo de la paciente caracterizados por el alto autocontrol, la inflexibilidad cognitiva, el pensamiento concreto, dicotómico y centrado en el detalle, el perfeccionismo, la necesidad de control, la intolerancia a la incertidumbre, dependencia de la aprobación de los demás, distorsiones cognitivas respecto al peso y la figura, alexitimia y dificultad en la regulación emocional, y un estilo de afrontamiento evitativo. b) *Factores sociales*, destacamos la sobrevaloración de la delgadez, el anhelo de delgadez y presión social para conseguirla, y las creencias respecto al significado del control sobre la comida. c) *Factores familiares*, como la preocupación excesiva de la madre por el peso, la figura y la imagen corporal, los hábitos alimentarios desestructurados en el hogar y la dinámica familiar, que por un lado a nivel estructural presentaba unas pautas transaccionales caracterizadas por el aglutinamiento, la sobreprotección (materna), la rigidez en las normas, afrontamiento evitativo de los de conflictos y la involucración de la paciente en los problemas parentales. Y por otro lado, a nivel comunicacional se considera una familia disfuncional que favorece la involucración de la paciente en los conflictos parentales y se caracteriza por que cada uno se comunica con sus propias reglas, los padres no asumen el liderazgo y existen alianzas y coaliciones entre los miembros.

El *factor precipitante* inicial fue empezar una dieta restrictiva motivada por las presiones familiares para perder peso y por una experiencia interpersonal desagradable en el colegio. Tras un tiempo realizando ingestas muy restrictivas, S empieza a experimentar consecuencias positivas en su entorno social (“me dicen que estoy muy guapa”, “los chicos me miran”, “el chico que me gustaba y que nunca se había fijado en mi me dice de quedar”), y aumenta la percepción de control respecto a su imagen corporal y a su vida en general, empezando a construir su autoestima alrededor del aspecto físico. Después de unos meses aumenta la restricción alimentaria y la paciente empieza a desarrollar episodios de atracón en respuesta a señales de hambre, aburrimiento y ante episodios de alta carga emocional, y a intentar compensarlos realizando ejercicio físico más intenso. Además empieza a aislarse socialmente para no tener que acudir a comidas en las que no podía controlar lo que ingería.

Como *factores de mantenimiento*, se plantean: la rigidez de la dinámica familiar, las soluciones intentadas (hacer como si no pasara nada, seguir negando a S como persona con necesidades y deseos propios), el criticismo y comentarios hostiles de la madre respecto a la alimentación y el peso de la paciente, la disminución de la percepción de control y el miedo a volver a ser obesa, la alteración en la imagen corporal, la sobrevaloración del peso y la figura en su autoevaluación, la evitación y aislamiento social, los rasgos de personalidad descritos con anterioridad, la falta de habilidades para el manejo emocional, el aumento de peso derivado de los episodios de atracón, las consecuencias del propio trastorno alimentario (p.ej., debilidad, cansancio, dificultades de concentración) y el estado de ánimo depresivo. En la figura 1 se ofrece un esquema de la formulación clínica.

Figura 1: Formulación clínica.



HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Según la información recogida durante las entrevistas de evaluación la paciente presentó inicialmente, según DSM-IV-TR (APA, 2002), un diagnóstico de Anorexia Nerviosa, subtipo restrictivo. Posteriormente la sintomatología presentada por la paciente era congruente con el diagnóstico de Bulimia Nerviosa, subtipo no purgativo.

TRATAMIENTO

Objetivos

Se establecen las siguientes metas como objetivos generales del tratamiento: Reestablecer unos patrones alimentarios adecuados, reducir la sobrevaloración de la figura, el peso y de su control, y recuperar el funcionamiento de la paciente a nivel individual, familiar, social y académico. Los objetivos específicos se especifican en la tabla 1.

Tabla 1: Objetivos específicos de la intervención psicológica.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Aumentar la motivación, resolviendo la ambivalencia respecto al cambio. 2) Aumentar la comprensión de su problema. 3) Eliminar los atracones y reestablecer patrones alimentarios y de ejercicio físico adecuados. 4) Modificar las creencias y actitudes disfuncionales en torno al peso, la figura y la comida. 5) Reducir la sobrevaloración de la figura, el peso y su control. 6) Fomentar su autoestima, trabajar la imagen corporal. 7) Mejorar la aceptación de las críticas. 8) Descender el malestar emocional. 9) Aprender a identificar y regular sus emociones de un modo adaptativo. 10) Reforzar los recursos de la paciente para que logre cuidarse por sí misma de los conflictos producidos por la disfunción familiar y de las soluciones ensayadas que llevan a cabo. 11) Fomentar la reestructuración de la jerarquía familiar, re-ajustar límites, entender que el poder en la toma de decisiones es de los padres y recuperar el rol de hija. 12) Reparación (mejora) del vínculo disfuncional madre-hija. |
|---|

Técnicas

Para la intervención sobre los aspectos individuales se utilizan:

1. Técnicas de la Entrevista Motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 2015). En la primera consulta S se encontraba en el estadio motivacional de contemplación, caracterizado por la ambivalencia decisional ante el cambio, como se podía observar en afirmaciones como “No puedo seguir así, pero no quiero engordar” o “quiero que me ayudes a quitarme los atracones para poder comer bien y estar más delgada, así me sentiré mejor”. Diversos estudios apoyan que la motivación hacia el cambio está relacionada con un buen resultado en la intervención y con una menor tasa de abandono del tratamiento (Bewer y Carter, 2008). Por este motivo se decide empezar el trabajo terapéutico ayudando a la paciente a resolver la ambivalencia.

2. Técnicas de la terapia cognitiva conductual mejorada (Fairburn et al., 2003). Mediante esta terapia se abordan factores relacionados con la psicopatología alimentaria específica

(restricción alimentaria, conductas compensatorias, conductas de evitación y de seguridad, episodios de atracón y creencias disfuncionales en torno a la alimentación, el peso y la figura, y el control que cree tener sobre ello) y otros factores que pueden estar interviniendo en el mantenimiento del problema, como fue el perfeccionismo clínico y la baja autoestima.

3. Terapia de aceptación y compromiso (TAC). Diversos autores han aplicado herramientas de la TAC en casos de trastornos alimentarios, aportando resultados positivos en cuanto a su eficacia en este tipo de problemas (López y Diéguez, 2007). En este caso se utilizaron algunas estrategias con el objetivo de producir cambios en el problema, sin evitar las emociones y pensamientos asociados. Para ello, ayudamos a que la paciente considerara las estrategias de control como un problema y no como una solución eficaz, así como a diferenciar la conducta problemática del sí mismo, y a abandonar la lucha contra las emociones y pensamientos que evitaba, estableciendo un compromiso de caminar hacia el cuidado de sus valores personales.

4. En cuanto a los objetivos que implican los aspectos familiares, inicialmente se planteó trabajar con la familia de origen de la paciente para mejorar la comprensión acerca de su problema, eliminar la culpabilización de la paciente y prescribir pautas de manejo adecuadas, diferentes a las soluciones ensayadas. No obstante, dadas las características de la familia y la imposibilidad de acudir a la terapia, redefinimos nuestro objetivo centrándonos en el trabajo a nivel individual. Para ello utilizamos técnicas narrativas y experienciales. Específicamente trabajamos mediante la técnica de la silla vacía, para ayudarla a construir una narrativa alternativa acerca del funcionamiento familiar y de las relaciones con su madre, con elementos más positivos y eliminando la personalización de la actitud y conductas de sus padres, fomentando además una comprensión y manejo de las emociones de ira, enfado y culpa relacionadas con todo ello.

Desarrollo de la intervención

En la tabla 2 se describen los objetivos propuestos para cada una de las sesiones y las distintas técnicas empleadas para conseguir cada uno de ellos.

Tabla 2: Objetivos de cada sesión y técnicas psicológicas.

Sesión	Objetivos terapéuticos	Técnicas psicológicas
1-2-3	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información sobre el problema, recoger historia clínica personal y familiar, recabar lo necesario para la formulación clínica y terapéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación psicológica • Administración de cuestionarios.
4-5	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la motivación hacia el cambio y fomentar la conciencia del problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional: <ul style="list-style-type: none"> - Centrarse en lo importante para ella. - Proporcionar información acerca del problema. - Aumentar reflexiones sobre su estado actual. - Reflexionar sobre la alimentación, el peso y la figura. - Ayudarle a percibir que tiene libertad de elección. - Seguir su ritmo terapéutico. - Focalizar la atención en lo que quiere conseguir.
5-6	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener su compromiso con la terapia • Aumentar la comprensión de su problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre TCA • Formulación individual del caso conjuntamente

	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer encuadre terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre el tratamiento • Auto-registro y monitorización de las ingestas.
7-8	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar los atracones. • Reestablecer patrones alimentarios y de ejercicio físico adecuados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación nutricional. • Prescripción de un patrón de alimentación y ejercicio físico regular. • Aprender a interpretar los auto-registros. • Técnicas conductuales y paradójicas para el manejo del atracón
9	<ul style="list-style-type: none"> • Reestablecer patrones alimentarios adecuados • Identificar antecedentes y consecuentes de los episodios de atracón. • Aprender a manejar la sensación de hambre y el aburrimiento • Aprender a identificar sus emociones (tristeza y ansiedad como precipitantes del episodio de atracón). 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los auto-registros • Inicio de exposición gradual a “alimentos prohibidos” • Manejo de las dificultades encontradas durante la semana anterior. • Psicoeducación sobre emociones • Identificación de emociones. Auto-registro.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar sus emociones. • Manejo alternativo los precipitantes de los episodios de atracón (Estados emocionales desagradables) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de emociones mediante el análisis del autorregistro. • Entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad y tristeza
11-12	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo adaptativo de la tristeza, ansiedad y enfado • Reforzar los recursos de la paciente para que logre cuidarse por sí misma de los conflictos producidos por la disfunción familiar y de las soluciones ensayadas que llevan a cabo. • Reparación (mejora) del vínculo disfuncional madre-hija. • Favorecer la identificación y manejo adaptativo de emociones 	<ul style="list-style-type: none"> • Silla vacía. • Expresión emocional respecto a la madre. • Entrenamiento en asertividad.
13	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a expresar y manejar de un modo adaptativo el enfado y la ira. • Normalización de la ira. Eliminar sentimientos de culpa al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalización de emociones • Regulación emocional: Manejo de la ira y enfado. • Entrenamiento en asertividad • Reestructuración cognitiva
14-15	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar conductas de evitación • Reducir el aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza creativa • Reestructuración cognitiva • Exposición • Experimentos conductuales
16-20	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar las creencias y actitudes disfuncionales en torno al peso, la figura y la comida. • Reducir la sobrevaloración de la figura, el peso y su control. • Fomentar su autoestima y la autoimagen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Trabajo con valores. • Árbol del yo
20	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la aceptación de las críticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre relaciones interpersonales. • Reestructuración cognitiva.
21-22	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilizar el Perfeccionismo clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Experimentos conductuales
23	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar conductas de evitación: Pesarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y normalización • Exposición • Estrategias de manejo de ansiedad
24-25	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la reestructuración de la jerarquía familiar, re-ajustar límites. 	<ul style="list-style-type: none"> • Re-ajustar límites. • Fomentar la autonomía.
26-27	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender estrategias y habilidades para prevenir posibles recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas.
28	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación después del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de Seguimiento después de 6 meses de finalizar la intervención.

Sesiones 1, 2 y 3

Las primeras tres sesiones tenían como objetivo obtener la información sobre el problema, evaluar la psicopatología general y alimentaria, las expectativas acerca de la terapia, recoger la historia clínica personal y familiar, y recabar lo necesario para la formulación clínica y terapéutica. Para ello se utilizó la entrevista clínica y la administración de los cuestionarios descritos anteriormente.

Sesiones 4 y 5

Tras la evaluación se consideró que S se encontraba en el estadio motivacional de contemplación por lo que no era adecuado empezar a plantear cambios y a realizar acciones puesto que no hubiésemos conseguido que se comprometiera con la terapia. Por ello, en estas sesiones iniciales se establecieron como objetivos: Aumentar la motivación hacia el cambio y fomentar la conciencia del problema. Se utilizaron técnicas básicas de la EM como son las preguntas abiertas para estimular la comunicación de S y facilitar que empiece a analizar sus problemas, la escucha reflexiva que ayuda a la paciente a analizar su ambivalencia respecto al cambio, la afirmación mediante comentarios positivos y frases de comprensión, y el resumen, que permite devolver la información reformulada de lo que ella misma está comentando. Se describen a continuación algunas de las técnicas que se utilizaron:

- El balance decisional: Se le pidió a S que planteara cuáles son las ventajas e inconvenientes de seguir realizando las conductas problemáticas (atracones, conductas restrictivas y ejercicio físico excesivo), y cuáles son las ventajas e inconvenientes del cambio (dejar de hacer estas conductas y empezar a establecer patrones alimentarios y de ejercicio físico más adecuados). Cuando empezamos la tarea S planteaba, de manera muy racional, los inconvenientes de seguir con las conductas problemáticas y los beneficios de dejar de realizarlas, pero verbalizó ser incapaz de entender porque seguía realizando estas conductas si para ella no tenían ningún beneficio. Mediante el uso de las técnicas básicas de la EM descritas en el párrafo anterior (p.ej. preguntas abiertas, escucha reflexiva) se le ayudó a encontrar qué beneficios a corto plazo le reportaban estas conductas y a entender los aspectos emocionales ligados a este tipo de problemas.
- Provocar afirmaciones automotivadoras: Se facilitaron y evocaron afirmaciones que expresaban reconocimiento del problema (“Cuando estoy tan delgada no me puedo concentrar y no saco buenas notas, quizá es porque no estoy comiendo lo suficiente”), preocupación por lo que le está ocurriendo (“Tengo que cambiar esto sino no podré ir a la universidad”), intención de cambio (“No quiero tener atracones pero necesito saber qué puedo hacer para dejar de hacerlo”) y optimismo respecto a él (“haciéndolo así creo que podré”).
- Elaboración: Se le pidió a S que planteara ejemplos específicos de algunos de sus problemas (por ejemplo, “no salir a comer con los amigos de mi novio”) y, mediante el uso de las técnicas básicas de la EM se le ayudó a aclarar por qué las situaciones que planteaba eran para ella un problema.
- Mirar hacia delante y analizar sus objetivos actuales y futuros: Se le pidió que para la próxima sesión escribiese una carta desde su “yo de 30 años” hasta su “yo actual”,

en la sesión siguiente se utilizó este material para aumentar la discrepancia entre sus objetivos y su estado actual, trabajando sobre sus esperanzas para el futuro, cómo le gustaría que fueran las cosas, qué tendría que cambiar en este momento para poder conseguir lo que desea, cuáles son las opciones que tiene ahora y qué es lo que le gustaría hacer. S no tuvo problema en escribir la carta, sin embargo, el escrito era demasiado racional por lo que se le ayudó a relacionar el contenido con las emociones que le hacía sentir.

Otras técnicas utilizadas con el objetivo de ayudarla a resolver su ambivalencia y empezar a realizar un cambio fueron: Proporcionar información acerca del problema. Reflexionar sobre su estado actual, sobre la alimentación, el peso y la figura. Ayudarle a percibir que tiene libertad de elección. Establecer un plan de acción. Seguir su ritmo terapéutico. Y focalizar la atención en lo que quiere conseguir.

Es importante señalar que, aunque la entrevista motivacional se utilizó principalmente en las primeras sesiones, se siguió empleando a lo largo de todo el tratamiento adaptándose al estadio en el que se encontraba S en cada momento. Además, el proceso de cambio no es lineal, de modo que S volvió en algunos momentos de la terapia a mostrar ambivalencia, por lo que se utilizó de nuevo esta técnica para ayudarla a resolverla.

Sesiones 5 y 6

A medida que S se mostraba más motivada al cambio y avanzaba hacia el estadio de acción se plantearon como objetivos: obtener su compromiso con la terapia, aumentar la comprensión de su problema y establecer el encuadre terapéutico.

Para conseguir estos objetivos se realizó conjuntamente la formulación individual de su problema, se utilizó la psicoeducación sobre el trastorno alimentario, se describió el tratamiento propuesto y se explicó cómo tenía que monitorizar sus ingestas a partir de los autorregistros diarios, que incluían la hora y lugar donde realizaba cada una de las ingestas que realizaba, los alimentos y bebidas que ingería en cada una de ellas, si pensaba que alguna de las ingestas era excesiva o la consideraba atracón, el tiempo y tipo de ejercicio físico que realizaba y si consideraba que éste era excesivo.

Sesiones 7 y 8

El objetivo de estas dos sesiones fue eliminar los atracones y restablecer unos patrones alimentarios y de ejercicio físico adecuados. A partir de este momento, cada sesión se iniciaba siempre con la revisión de los autorregistros y/o de las tareas para casa y se seguía con el trabajo de los objetivos propuestos para esa sesión.

En la sesión 7 se revisaron los registros sobre las ingestas y el ejercicio físico y se utilizó la información aportada para comparar su patrón alimentario con un patrón de ingesta regular. Se realizó psicoeducación nutricional y se prescribió un patrón de alimentación y ejercicio físico regular, consistente en cinco comidas diarias y dos días de deporte moderado a la semana.

Se añadieron tres nuevas columnas al autorregistro, en las que S tenía que anotar cómo se sentía antes del episodio del atracón, si había realizado la ingesta compulsiva o

si había conseguido realizar alguna conducta alternativa, y cómo se sentía después de haber realizado el atracón o el comportamiento alternativo.

En la sesión 8, se revisó el autorregistro y se utilizaron para reflexionar sobre los disparadores de los atracones y los mecanismos de mantenimiento. Se trabajó para que S fuera capaz de identificar los antecedentes y los consecuentes de los episodios de atracón y se entrenó en técnicas conductuales y paradójicas para el manejo de los atracones consistentes en el control de estímulos para comprar, almacenar y manipular alimentos, y en encontrar pautas alternativas a la realización del atracón que en su caso fueron: bailar, leer, limpiar la casa, hablar con su hermana, llamar a su novio, sacar a pasear al perro, y maquillarse antes de empezar la ingesta compulsiva.

Sesión 9

En esta sesión se continuó con el objetivo de eliminar los atracones y restablecer unos patrones alimentarios y de ejercicio físico adecuados. Se revisó el registro y se observó que algunas de las alternativas propuestas no funcionaron (leer, limpiar la casa) de modo que se eliminaron de la lista.

Además, se ayudó a S para que aprendiera a manejar de un modo adaptativo algunos de los precipitantes de los episodios de atracón, específicamente se abordaron en esta sesión el “aburrimiento” y la “presencia de estímulos disparadores”. Para ello, se revisaron los autorregistros y se fomentó que S aprendiera a interpretarlos. Se trabajó en la identificación del aburrimiento como precipitante y se plantearon alternativas. Además se prescribió la exposición gradual a los “alimentos prohibidos”, cuya presencia se asociaba al inicio de un episodio, empezando por la ingesta controlada de “alfajores”. Se creó un nuevo autorregistro para anotar la situación (hora, lugar y con quién estaba), los pensamientos y el grado de ansiedad antes y después de la práctica de exposición.

Por último, también empezamos a utilizar los autorregistros diarios para aprender a identificar sus emociones (sobre todo la tristeza, el enfado y la ansiedad).

Sesión 10

Se continuó con el último objetivo de la sesión anterior: Aprender a identificar sus emociones mediante los autorregistros, y se siguió aprendiendo a manejar de manera alternativa algunos de los precipitantes emocionales de los episodios de atracón, en este caso la ansiedad y la tristeza. Para lograr estos objetivos se continuó trabajando en la identificación de las emociones ligadas a los episodios de atracón anotados en los autorregistros, y se entrenó en respiración lenta, en relajación muscular progresiva de Jacobson (se le proporcionó una grabación para que entrenara en casa), y en activación conductual y realización de actividades agradables.

Sesiones 11, 12 y 13

Durante estas sesiones se trabajó en manejar de manera alternativa los precipitantes relacionados con la ansiedad, la tristeza y el enfado reactivo a discusiones con la madre y a sus comentarios críticos y hostiles. Se entrenó a S en técnicas de distanciamiento emocional y distracción. Y se trabajó con el afrontamiento de las situaciones de conflicto con su madre.

Inicialmente se propuso que su madre acudiera a consulta y para poder trabajar estos conflictos en sesión, pero tras la negación de la madre a acudir y de la valoración de su personalidad y de la dinámica familiar se decidió reforzar los recursos de S para que lograra cuidarse por sí misma de los conflictos vividos en el seno familiar y de los comentarios críticos y hostiles de la madre. Al abordar este tema S narra todo lo que ha ocurrido y sigue ocurriendo respecto a la relación con su madre desde una gran distancia emocional, por ello se decide utilizar la técnica de la silla vacía con el objetivo de conseguir una mayor implicación emocional y ayudar a cambiar la narrativa establecida.

Se empleó esta técnica en la sesión 12 y en la 13, durante la silla vacía S mostró sentimientos de culpa respecto a los motivos por los que sus padres se comportaban de este modo, se trabajó mediante la técnica en el cambio de esta narrativa, intentando despersonalizar la actitud de sus padres con respecto a ella y entendiendo el papel que juega la personalidad e historia de ellos en cómo son y actúan en el momento actual, y en cómo es la dinámica familiar. Finalmente S logró contactar con el enfado producido por la actitud de sus padres, especialmente de su madre. Por último se trabajó en manejar la ira, la tristeza y la culpa, con respecto a la relación con su madre. Y aprendió a expresar y manejar de un modo adaptativo el enfado, mediante la normalización de la emoción y el entrenamiento en asertividad. Se le pidieron tareas entre sesiones para practicar esta nueva habilidad en situaciones cotidianas, y se generó un nuevo autorregistro en el que describir la situación y cómo había respondido.

Sesiones 14 y 15

En la sesión 14 se dedicó un tiempo a revisar el autorregistro y afianzar el aprendizaje de la asertividad, se pidió que siguiera practicando en las próximas semanas y que anotara en el autorregistro las situaciones cotidianas en las que se relacionase de manera asertiva.

Además, se planteó como objetivo principal de estas dos sesiones la eliminación de las conductas de evitación que presentaba la paciente y la reducción del aislamiento social asociado. Las conductas de evitación eran: Salir de casa sin maquillaje, mirarse de cuerpo entero en el espejo, ir a la playa/piscina con amigos y salir a comer con gente.

Se utilizó la técnica de la desesperanza creativa de la terapia de aceptación y compromiso para ayudarle a ver que los métodos que estaba utilizando para hacer frente a sus miedos no eran los adecuados, y comprender que intentando evitar las situaciones y controlar las emociones y los pensamientos no ayuda a solucionar el problema.

Tras esto se utilizó la reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar las creencias asociadas a estas situaciones (por ejemplo, “todo el mundo me mira”, “si salgo con maquillaje todo el mundo verá lo horrible que soy”), se realizaron experimentos conductuales para poner a prueba estas creencias (por ejemplo, hacer una mueca durante una comida, fijarse en si alguien lo ha visto y preguntar si alguno de los presentes ha visto algo raro) y se planificó una exposición gradual con cada una de las situaciones planteadas permitiendo el uso de las estrategias de manejo de ansiedad para facilitar su afrontamiento.

Sesiones 16, 17, 18, 19 y 20

Durante estas sesiones se trabajó en la modificación de las creencias y actitudes disfuncionales en torno al peso, la figura y la comida, y en reducir la sobrevaloración de la figura, el peso y su control. Para ello se le pidió que representase, mediante una gráfica de sectores, la importancia de distintas áreas de su vida en la evaluación que hace de sí misma, S dedicó gran parte del gráfico a los aspectos relacionados con el aspecto físico, la imagen corporal y el grado de control sobre la comida. Aprovechando la información proporcionada en las sesiones anteriores al trabajar sobre las conductas de evitación se utilizó la reestructuración cognitiva para modificar las creencias y actitudes disfuncionales que iban surgiendo al reflexionar sobre su auto-evaluación. Durante esta tarea nos centramos también en diferenciar el problema de su propio sí mismo y a tomar conciencia de cómo al sobrevalorar el papel de la figura y la alimentación en su auto-concepto estaba dejando poco espacio para otras áreas importantes de su vida (que ella identificó como su novio, su hermana, sus amigos, sus estudios, su ocio). A partir de aquí se animó a S a retomar relaciones y actividades que había dejado de hacer e iniciar nuevas que le interesasen, con esto se pretendía además fomentar su autoestima. A lo largo de estas sesiones se trabajó también sobre los valores de la paciente y se le pidió que realizase en casa el “árbol del yo” a modo de collage sobre sus fortalezas y debilidades en las distintas facetas de sí misma. En la sesión 19, S trae una cartulina con su “árbol del yo” en el que destaca sus fortalezas en el ámbito del “conocimiento” (la creatividad, el interés, la motivación por aprender) y en el del “esfuerzo” (Perseverancia, autenticidad y vitalidad), y se plantea como debilidades que le gustaría fomentar aspectos del ámbito de la “moderación” (prudencia y autorregulación).

Sesión 20

Esta sesión decidimos dedicarla a la capacidad de aceptar las críticas, debido a que durante las sesiones anteriores se valoró que ante este tipo de situaciones S continuaba mostrando emociones desagradables muy intensas que en algunas ocasiones implicaban conductas desadaptativas. Algunas de estas situaciones estaban relacionadas con personas importantes en su vida, y otras con personas poco relevantes, no obstante el impacto de la crítica en S era el mismo independientemente de quién la hiciera. Realizamos psicoeducación sobre las relaciones interpersonales, centrándonos específicamente en los límites relacionales establecidos y utilizamos reestructuración cognitiva para la modificación de creencias disfuncionales asociadas.

Sesiones 21 y 22

El objetivo de estas sesiones fue el de flexibilizar el perfeccionismo clínico. Durante el tratamiento se valoró que S se juzgaba principalmente a través de los logros y éxitos conseguidos, y esto aparecía tanto en el terreno alimentario como en su día a día en el ámbito académico, interpersonal e incluso en el ocio. Para trabajar este esquema disfuncional se utilizó la reestructuración cognitiva y los experimentos conductuales que ponían a prueba creencias como “si no soy la que hace todo en el trabajo en grupo de la facultad, todo saldrá mal y será horrible obtener un resultado tan malo”.

Sesión 23

Al llegar a este punto S plantea que le gustaría eliminar una conducta de evitación que le genera mucha ansiedad y que hasta el momento no había querido afrontar: Pesarse. Trabajamos de nuevo con la psicoeducación acerca de la ansiedad y la funcionalidad de las conductas de evitación, planificamos la jerarquía de exposición, repasamos las estrategias de manejo de ansiedad y generamos un nuevo autorregistro para que anote las prácticas de exposición que realice fuera de la sesión.

Sesiones 24 y 25

En la sesión 24 revisamos el autorregistro, se reforzaron los logros obtenidos y avanzamos hasta el último ítem de la jerarquía, la paciente se pesó en sesión, trabajamos mediante reestructuración cognitiva las ideas irracionales que surgieron y se volvió a pesar consecutivamente hasta que la ansiedad se redujo. Pactamos seguir realizando esta conducta y anotar las prácticas en el autorregistro.

En estas sesiones nos planteamos además fomentar la reestructuración de la jerarquía familiar, re-ajustar límites, entender que el poder en la toma de decisiones es de los padres y recuperar el rol de hija. Para ello se ofreció información respecto a los papeles de los miembros de la familia y se animó a S a que plantease cómo podría ella realizar algún cambio. Se concretó cuál era su rol como hija y se ayudó a distanciarse de los problemas de sus padres.

Sesiones 26 y 27

En las últimas sesiones se continuó trabajando con los objetivos de las dos sesiones anteriores y además se entrenó en estrategias y habilidades para prevenir posibles recaídas. Se dedicó un tiempo a la reflexión acerca de lo trabajado durante la terapia, a repasar los logros conseguidos y las estrategias que le habían sido útiles. Se plantearon situaciones de riesgo y soluciones a los posibles problemas que pudieran surgir.

Sesión 28

Después de 6 meses del final de la intervención se realizó una entrevista de seguimiento en la que se volvieron a administrar los cuestionarios de evaluación y se valoró la psicopatología general y alimentaria de la paciente y su funcionamiento diario en el ámbito académico, familiar y social.

RESULTADOS

Los resultados de la evaluación antes y 6 meses después de la intervención se describen en la tabla 3.

CUESTIONARIO	PRE-INTERVENCIÓN	POST-INTERVENCIÓN
EDI-3		
Obsesión por la delgadez	28*	11
Bulimia	26*	3
Insatisfacción corporal	39*	11

BIAT-Q.		
Pensamientos Positivos	12*	33
Pensamientos Negativos	125*	44
BDI		
Total	34*	10
STAI		
Estado	54*	29*
Rasgo	40*	35*
SASS		
Total	35	43
TAS-20		
Total	67*	55

Tabla 3: Resultados de la evaluación antes (Pre) y después (Post) de la intervención.

Se observa una disminución significativa de la sintomatología alimentaria evaluada con el EDI-3 y con el BIAT-Q, y de la sintomatología depresiva, medida mediante el BDI-II. Respecto a la sintomatología ansiosa, los resultados del STAI no ofrecieron una reducción significativa, aunque la paciente mostró niveles de ansiedad-estado menores que antes de la intervención. La puntuación en el SASS se sitúa también dentro del rango de la normalidad, observando que S ha mejorado en sus relaciones sociales, en la motivación para relacionarse con los demás y conocer gente nueva, acudir a actos sociales y reuniones con amigos. Observamos como la importancia que le otorga al aspecto físico todavía es importante, sin embargo ya no resulta un obstáculo para establecer relaciones interpersonales satisfactorias. Por último, respecto a la alexitimia también se ha reducido de manera significativa, interpretando su resultado como “posible alexitimia”.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La perspectiva integradora en el abordaje de los trastornos alimentarios ha sido defendida por diversos autores (Garner y Garfinkel, 1997; García y Olza, 2013) y es la base de las intervenciones que están demostrando efectividad en el tratamiento de estos trastornos, como la TCC-M (Faiburn et al., 2015). Desde esta perspectiva se permite abordar los distintos aspectos que influyen en la génesis y el mantenimiento de estos trastornos, proporcionando un abordaje integral del paciente. La aplicación protocolizada de los tratamientos existentes parece no ser útil en muchos casos, en este sentido, es importante hacer uso de las diferentes herramientas terapéuticas basándose en la formulación diagnóstica y clínica de cada caso en concreto.

En el caso de S se aplicaron técnicas de distintas terapias psicológicas (terapia cognitivo-conductual, terapia contextual, terapia narrativa y terapia sistémica), y tras el desarrollo del tratamiento pudimos objetivar la mejoría de la paciente en prácticamente todos los aspectos evaluados, mostrándose asintomática a nivel de psicopatología alimentaria y depresiva, y habiendo recuperado su funcionalidad en el área social, académica y personal. Estos resultados se mantuvieron a lo largo del tiempo.

Este es un estudio de caso en el que se ha mostrado la eficacia de este tipo de intervención. Serían necesarios nuevos estudios empíricos con una muestra amplia para dar validez externa a las estrategias aquí planteadas. Queda también por investigar las características clínicas que sugieren este tipo de intervención.

No obstante, creemos que la presentación de este caso permite la diferenciación específica de objetivos y estrategias terapéuticas y puede ayudar a sentar las bases para estos estudios empíricos.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bobes, J., González, M., Bascarán, M., Corominas, A., Adan, A., Sánchez, J., y Such, P. (1999). Grupo de validación español de la escala de adaptación social. Validación de la versión española de la escala de adaptación social en pacientes depresivos. *Actas españolas de psiquiatría*, 27(2), 71-80.
- Calvo, R., Gallego, L., Solórzano, G., Kassem, S., Morales, C., Codesal, R., y Blanco, A. (2014). Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutrición hospitalaria*, 29 (4), 941-952.
- Celis, A., y Roca, E. (2011). Terapia Cognitivo Conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8 (1), 21-33.
- Faiburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, Palmer, R., y Dalle, R. (2015). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour research and therapy*, 51, 2-8.
- Faiburn, C.G., Cooper, Z., y Saffran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavioural Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, B.A., y Palmer, R. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- García del Castillo, I., y Olza, I. (2013). Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. *Revista iberoamericana de psicología*. 105, 55-64.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D., y Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Nueva York: the Guilford Press.
- Halmi, K.A., Agras, W.S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G.T., Bryson, S.W., y Kraemer, H.C (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776-781.
- Hötzel, K., von Brachel, R., Schlossmacher, L., y Vocks, S. (2012). Assessing motivation to change in eating disorders: a systematic review. *Journal of eating disorders*, 1, 38.
- López, M., y Diéguez, M. (2007). "No pienses en un oso blanco". Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución". *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 27(1).
- Miller, W., y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. Madrid: Paidós ibérica.

- Monteleone, P., Di Genio, M., Monteleone, A.M., Di Filippo, C., y Maj, M. (2011). Investigation of factors associated to crossover from anorexia nervosa restricting type (ANR) and anorexia nervosa binge-purging type (ANBP) to bulimia nervosa and comparison of bulimia nervosa patients with or without previous ANR or ANBP. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (1), 56-62.
- Moral de la Rubia, J., y Retamales Rojas, R. (2000). Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Revista Electrónica de Psicología*, 4(1).
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., y Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical psychology review*, 39, 83-95.
- Sly, R., Morgan, J.F., Mountford, V.A., y Lacey, J.H. (2013). Predicting premature termination of hospitalized treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behavior change. *Eating behaviors*, 14, 119-123.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (2008). STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Tozzi, F., Thornton, L.M., Klump, K.L., Fichter, M.M, Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Woodside, D.B, Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri. M., Cassano, G., Keel, P., Plotnicov, K.H., Pollice, C., Lilenfeld, L.R., Berrettini, W.H., Bulik, C.M., y Kaye, W.H. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 732-740.
- Zamora, R, Martínez, A., y Gazzo, C. (2000). Obstáculos y dificultades en el tratamiento cognitivo-comportamental y farmacológico del paciente con trastornos alimentarios. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 64(3), 416-429.