



**Universidad
Europea** MADRID

Un caso de alteración de la conducta alimentaria abordado desde una perspectiva conductual

Máster de Psicología General Sanitaria

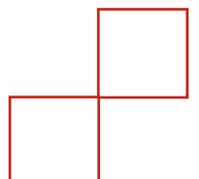
Autor:
Erika Carolina
Sequeira Gonçalves

Tutoras:
Andrea López Bosch
Ma. Ángeles Molina

Febrero 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

A continuación se desarrolla un caso de una chica de 15 años que presenta una alteración de la conducta alimentaria abordado desde el paradigma del análisis de conducta. Para la formulación del caso clínico, se recabó la información a través de entrevistas clínicas, observación y autoregistros, con el objetivo de operativizar los patrones comportamentales de la cliente, describiendo los procesos de aprendizaje involucrados y realizando así un análisis funcional pormenorizado de las conductas problemáticas. A partir del análisis funcional, se diseñó un plan de tratamiento individualizado, con el objetivo de intervenir en las variables de mantenimiento del patrón alterado de alimentación que presentaba. Los resultados obtenidos muestran la efectividad del tratamiento llevado a cabo, logrando una consecución completa de los objetivos propuestos y la remisión de las conductas problema.

Palabras claves: análisis funcional, caso único, conducta alimentaria, principios de aprendizaje.

Abstract

The following case is a 15-year-old girl who presents an alteration in eating behavior approached from the paradigm of behavior analysis. For the formulation of the clinical case, information was collected through clinical interviews, observation and self-records, with the aim of operationalizing the behavioral patterns of the client, describing the learning processes involved and thus performing a detailed functional analysis of the problematic behavior. Based on the functional analysis, an individualized treatment plan was designed, with the aim of intervening in the maintenance variables of the altered eating pattern that she presented. The results obtained show the effectiveness of the treatment carried out, achieving a complete accomplishment of the proposed objectives and the remission of problem behaviors.

Key Words: eating behavior, functional analysis, principles of learning, single case.

Índice

1.	<i>Introducción</i>	4
2.	<i>Identificación del cliente y motivo de consulta</i>	13
2.1.	Identificación del cliente	13
2.2.	Motivo de consulta	13
3.	<i>Estrategias de Evaluación</i>	13
4.	<i>Formulación clínica del caso</i>	15
4.1.	Variables disposicionales	16
4.2.	Circunstancias de adquisición:	17
4.3.	Variables de mantenimiento:.....	20
4.4.	Objetivos de la intervención.....	27
5.	<i>Tratamiento:</i>	28
6.	<i>Valoración del tratamiento</i>	37
6.1.	Adherencia al tratamiento:	37
6.2.	Consecución de los objetivos	38
7.	<i>Discusión y conclusiones</i>	41
8.	<i>Referencias</i>	46
9.	<i>Anexos:</i>	52

1. Introducción

Desde la terapia de conducta, específicamente, desde el análisis de conducta, se puede entender la conducta como el resultado de la interacción entre ambiente-sujeto. En este sentido, la conducta es una sucesión de estímulos y respuestas ilimitadas entre las cuales se establecen relaciones de contingencia que permiten explicarla y predecirla (Froxán, 2020).

Bajo este paradigma, se explica la conducta como una función de relación del organismo con su ambiente, englobando así, tanto los movimientos motores, observables externamente, como la cognición, las emociones o respuestas fisiológicas. En decir, las conductas pueden ser manifiestas y encubiertas, y en lo único que difieren es en la accesibilidad que tiene el espectador ante ellas (Freixa, 2003)

Cuando se habla de conducta alimentaria, se hace referencia al conjunto de comportamientos que están relacionados con los hábitos, selección, preparación y volumen de consumo de alimentos (González et al., 2016). Otros autores como Suárez y Baquero (2009) la definen como el conjunto de acciones vinculadas a la ingestión de alimentos que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y socio cultural.

La conducta alimentaria se emite tantas veces a lo largo de la vida que se termina convirtiendo en un patrón conductual, asociado a ambientes específicos, horas específicas, personas y ocasiones en concreto (Gil et al., 2001, citado en Suárez y Baquero, 2009). Hay tantos patrones y hábitos alimenticios como personas en el mundo, debido a que existen infinitudes de variables que pueden modular e influir en la conducta alimentaria de cada persona. Algunas de las variables que influyen con mayor preponderancia son: la sociedad en la que se desarrolla la persona, la cultura, la religión,

la situación económica, la disponibilidad de alimentos, la historia de aprendizaje del sujeto y las creencias o reglas verbales (Garner et al., 1985;1997; Suárez y Baquero, 2009; Troncoso y Amaya, 2009)

Las variables anteriormente mencionadas van a intervenir en la adquisición, establecimiento y mantenimiento de la conducta alimentaria de cada persona. En muchas ocasiones, estos patrones de ingesta se encuentran alterados, dando lugar a déficits o excesos conductuales relacionados con la comida. Estas conductas no naturales con la comida, se mantienen porque a corto plazo están siendo funcionales y adaptativas para la persona, sin embargo, a medio y largo plazo terminan siendo problemáticas (Froxán, 2020)

Desde la literatura científica diagnóstica (DSM5, CIE-10) a estas alteraciones de la ingesta se les asigna el nombre de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Esta etiqueta, aunque no logre explicar como se origina ni porque se mantiene el problema, sí que nos permite agrupar, resumir y describir un conjunto de comportamientos problemáticos que correlacionan entre sí (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007)

Los TCA pueden ser definidos como aquellas conductas asociadas a la comida o al acto de comer que se llevan a cabo con parámetros que generan interferencia en la salud y calidad de vida del individuo. Este tipo de problemas se caracterizan por tener una alteración del patrón de ingesta o sobre el intento del control del peso, que en definitiva afectan a la persona produciendo un deterioro psicológico, físico y social (Acerete et al., 2013; Murphy et al., 2010). Así mismo, otra de las características aparte de las restricciones en la ingesta o los episodios de sobre ingesta, son las alteraciones existentes en la percepción de la figura y el peso corporal (Celis y Roca, 2011).

La clasificación propuesta por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013) para los trastornos de la conducta alimentaria reconoce diferentes categorías diagnosticas, entre ellas están: la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TpA), siendo estos tres últimos los más representativos dentro de los TCA. Pasaremos a resumir que implican cada una de estas 3 etiquetas (AN, BN y TpA) y como se diferencian entre ellas.

La *anorexia nerviosa* (AN) se puede definir como un problema de la conducta alimentaria caracterizado por un deseo irrefrenable de seguir adelgazando sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez. En este proceso de adelgazamiento, se desarrolla una distorsión en la percepción de la imagen corporal y, con mucha frecuencia, una obsesión con la comida (Froxán, González y Fresnillo, 2004).

La *bulimia nerviosa* (BN) se caracteriza por frecuentes ataques de ingesta compulsiva (objetiva), denominados “atracones”, con sensación de pérdida de control. Estos episodios recurrentes de gran voracidad se dan en cortos periodos de tiempo. Así mismo, existe una alteración en el control de los impulsos, una preocupación excesiva por el peso, la comida y/o la imagen/figura. Esta sobre ingesta conlleva a tomar medidas compensatorias extremas o inapropiadas para controlar el peso, como por ejemplo: vómitos auto provocados, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio extremo, dieta intensa, ayunos, etc (APA, 2013).

El *trastorno por atracón* (TpA) se caracteriza por frecuentes episodios de atracones que llevan a la persona a experimentar un malestar intenso porque existe una sensación de falta de control completa sobre lo que se ingiere. A diferencia de la BN, la persona no realiza conductas compensatorias inapropiadas (APA, 2013).

Actualmente, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema clínico de suma importancia. Diferentes estudios demuestran que forman parte de los trastornos psicológicos con mayor tasa de mortalidad (Birmingham, et al, 2005; Chesney, et al., 2014; Rosling, et al., 2011; Van Hoeken, Smink y Hoek, 2012). Los datos epistemológicos indican que el desarrollo de los TCA se da más frecuentemente en la adolescencia o juventud temprana, siendo las mujeres las mayormente afectadas (9 de cada 10 casos). En España, hay una prevalencia de 4,1 % a 6,4% en mujeres de entre 12 a 21 años y de 0,3% en hombres (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG], 2018).

Resulta llamativo la diferencia de prevalencia existente entre hombres y mujeres con respecto al desarrollo de un TCA. Esto puede deberse al culto extremo que se le hace al cuerpo, especialmente al femenino, teniendo que cumplir un determinado canon de belleza. En este proceso, el no cumplir estos estándares puede significar obtener mayor rechazo de la sociedad o no ser “válida”, por lo que las mujeres se ven inmersas en una cultura en la que para poder encajar tienen que desplegar grandes esfuerzos para poder alcanzar estos cánones arbitrarios. En este intento de alcanzarlo, surgen medidas o estrategias como el control sobre la alimentación y las modificaciones corporales, que a larga pueden desarrollar unos patrones conductuales alterados con la comida y causar extremo malestar (Maganto et al., 2000; Maganto y Cruz, 2000; Lozada y Moratilla, 2020)

Siguiendo con los datos epistemológicos, se estima que el 11% de los adolescentes españoles realiza conductas de riesgo susceptibles al desarrollo de un problema relacionado con la conducta alimentaria (Fundación ABB, 2017). Así mismo, según un

estudio realizado por el Instituto Centta (2018) en una muestra de estudiantes, 21% de las mujeres y un 15% de los hombres jóvenes universitarios tienen riesgo de sufrir un TCA.

Viendo la preponderancia de dicha problemática, resulta alarmante y de suma importancia realizar una intervención temprana y preventiva para detectar patrones conductuales alimentarios que puedan llegar a ser problemáticos. En el caso que nos compete, se identifican conductas que en un futuro podrían categorizarse bajo la etiqueta diagnóstica de *bulimia nerviosa*. Sin embargo, como se ha apuntado anteriormente, no resulta explicativo para la intervención la etiqueta, los trastornos de la conducta alimentaria forman parte de un continuo que va desde la restricción hasta el descontrol (Froxán et al., 2004), siendo necesario evaluar en cada caso qué comportamientos problemáticos aparecen, qué los detona y por qué se están manteniendo, en aras de diseñar la intervención eficaz e individualizada.

Modelo explicativo y tratamientos eficaces.

Cuando se habla de la etiqueta “bulimia nerviosa”, automáticamente se piensa en el mayor investigador de dicha problemática, Fairburn, quien ha desarrollado un modelo explicativo y un proceso de intervención completo para paliar todo lo referente hacia este tipo de alteración en la conducta alimentaria. Este modelo parte desde una perspectiva cognitivo-conductual, la cual sostiene que el mantenedor principal de dicho trastorno es la autoevaluación disfuncional que tiene la persona sobre sí misma. Explicando así que, mientras la mayoría de las personas se auto valoran a sí mismas en torno a diferentes áreas de su vida (área laboral, familiar, social, etc), las personas con dicha problemática se valoran de forma exclusiva en torno a su peso, hábitos de ingesta, figura y su capacidad de control sobre los mismos. Este autor denomina a esta sobrevaloración de la figura, peso y control sobre la ingesta con el nombre de «núcleo psicopatológico», que a la larga,

es lo que mantiene las conductas de restricción, control del peso, evitación, rituales de comprobación y la continua preocupación por la comida, peso y figura (Fairburn, 1985).

Siguiendo con lo expuesto por dicho autor, hay una característica clínica que no se explica bajo el «núcleo psicopatológico», sino que más bien es consecuencia de las llamadas conductas restrictivas. Esto quiere decir que, una vez iniciado una dieta restrictiva e inflexible, la persona pasa por episodios de sobre ingesta (atracones) y como medida compensatoria de esta sobre ingesta, pasa de nuevo a la restricción, formando así lo que se conoce como el círculo vicioso de sobre ingesta-dieta restrictiva.

Las medidas compensatorias utilizadas para retomar el control sobre su cuerpo y figura, que fue “perdido” a través de la sobre ingesta, pasan por: la toma de laxantes, y diuréticos, la inducción del vomito, la realización excesiva de ejercicio o la misma restricción alimentaria. Estas conductas con función compensatoria terminan por mantener la conducta de atracón, puesto que al saber que pueden acceder de alguna manera a la “retirada” de aquello que se ingiere, y que, a corto plazo, eso que se ingiere causa placer o elimina algún estado negativo, terminan por acceder a esta sobre ingesta de comida sabiendo que luego podrán realizar algún tipo de compensación o conducta purgativa.

Fairburn, desde 1985, diseñó una intervención especializada para los trastornos de la conducta alimentaria del tipo bulímico (TCC-BN). Sin embargo, investigaciones han demostrado que existen ciertas limitaciones en la TCC-BN (Celis y Roca, 2011; Fairburn et al., 2003; Toro et al., 2003), llevando al autor a modificar, reformular y añadir otras variables que actúan como mantenedoras de los trastornos de la conducta alimentaria. Esta modificación se extiende a la intervención de todos los TCA y la denomina “teoría transdiagnóstica”, explicando que las limitaciones de TCC-BN se debían a que estaban interactuando otras variables que mantenían el trastorno además de las anteriormente

mencionadas. Estas variables son: *el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y las dificultades interpersonales.* (Fairburn et al., 2003; Tasca et al., 2011).

De esta manera, se desarrolla un modelo transdiagnóstico desde lo cognitivo conductual (Fairburn et al., 2003; Fairburn et al., 2008) en el que se describen las variables que influyen y mantienen los TCA (véase figura 1)

Figura 1.

Modelo cognitivo-conductual transdiagnóstico



Nota: de “la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica” De A. Celis y E. Roca, 2011, *acción psicológica*, 8 (1), p. 3. ISSN: 1578-908X.

Para el tratamiento e intervención de dicha problemática, a lo largo de los años se han utilizado diferentes técnicas y enfoques. Entre ellas, la terapia cognitivo conductual, la terapia de conducta, la terapia de reducción del estrés, la terapia focal breve, la terapia sistémica, la terapia farmacológica, la terapia interpersonal y las de tercera generación. Siendo la terapia cognitivo-conductual (TCC) aquella que presenta mayor evidencia

científica en cuanto a la eficacia del tratamiento contra la bulimia nerviosa (NICE 2004; Saldaña, 2001; Wilson et al., 1986; Wilson et al., 2007)

En este trabajo se analiza un caso de alteración en la conducta alimentaria de tipo “bulímico” analizado desde el análisis de conducta. Y aunque la intervención desde una perspectiva cognitivo-conductual sea la mayormente utilizada, y por ende, investigada, resulta importante resaltar que lo que diferencia a una de la otra es la conceptualización de los problemas psicológicos, sin embargo, las técnicas utilizadas son las mismas. Mientras que desde el paradigma cognitivo-conductual se hace una diferenciación entre procesos mentales y conducta, dándole un carácter determinante a las cogniciones, el paradigma conductual define los “procesos mentales” como conductas con distinto nivel de acceso, pero que en definitiva, no son sustancialmente diferentes al resto de conductas que son observables. Es decir, desde el análisis de conducta, lo cognitivo no causa lo motor ni lo fisiológico, en este caso, todos son conductas que deben ser explicadas, no la explicación (Freixa, 2003; Froxán, 2020; Skinner, 1977)

Tal y como se ha apuntado, aunque el marco teórico bajo el que se enmarcan ambos paradigmas no coincida, los tratamientos y técnicas utilizadas ponen en marcha los mismos procesos de aprendizajes (Froxán, 2018). Así mismo, en ambas perspectivas se abordan tanto las creencias negativas que tiene la persona sobre su figura y peso, como las conductas de evitación, de sobre ingesta y de compensación.

El tratamiento cognitivo-conductual formulado por Fairburn describe la utilización de técnicas y herramientas tales como: autoregistros, empleo de conductas alternativas, control estímulos, contratos conductuales, exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, psicoeducación, regulación de los patrones de ingesta, entrenamiento en resolución de problemas, el auto reforzamiento y el apoyo familiar social (D’Zurrilla y Nezu, 1999; Fairburn, 1995, 2003, 2008; Rojo et al., 2015).

Todas estas técnicas, dependiendo del análisis funcional del caso, también son utilizadas bajo la perspectiva conductual.

Por otra parte, resulta importante destacar que, para realizar una correcta intervención, se tienen que tomar en cuenta las variables individuales del sujeto. Para esto, se debe hacer una evaluación exhaustiva con el objetivo de formular un análisis funcional individualizado, en donde se expliciten cuales son las variables moduladoras, de origen y de mantenimiento de cada caso en concreto. Asociar un tipo de diagnóstico determinado con una intervención concreta, sin hacer una evaluación al por menor de las variables individuales, puede llegar a dificultar el proceso y alargar la intervención más de lo necesario (Barlow, 1980; Montero y García, 2005). Por esta razón, el análisis funcional es la herramienta que nos permitirá guiar el proceso de intervención y la elección de técnicas que mejor se adecuen al caso en cuestión (Froxán et al., 2004)

Como se ha hecho alusión en párrafos anteriores, el presente estudio de caso se basa en una intervención realizada desde el análisis de conducta. Se operativizaron los patrones comportamentales de la cliente, describiendo los procesos de aprendizaje involucrados y realizando así un análisis funcional pormenorizado de las conductas problemáticas de R. En el análisis funcional se describen las conductas de restricción/control sobre la ingesta y conductas compensatorias que realizaba la cliente, tomando en cuenta todas las variables personales y contextuales que influían en el mantenimiento de dicha problemática. A partir del análisis funcional, se diseñó un tratamiento adaptado al caso, con el objetivo de intervenir en las variables de mantenimiento del patrón alterado de alimentación que presentaba.

2. Identificación del cliente y motivo de consulta

2.1. Identificación del cliente

R. es una chica de 15 años que cursa 4to de la ESO. Es la mayor de 2 hermanas y vive junto a su familia en Asturias. Su padre es técnico de ascensores y la madre ingeniera. La familia posee un buen nivel socioeconómico.

R. se describe como una chica disciplinada, responsable y buena en el ámbito académico. Expresa tener una buena relación con su familia y amigos. Comparte mucho tiempo con su hermana, valorando su relación como buena más allá de desacuerdos puntuales y cotidianos que surgen de la convivencia. La familia, en especial la madre, se muestra muy receptiva en ayudar a R. con la terapia

2.2. Motivo de consulta

La demanda principal de R. es poder comer sin sentir culpa. Así mismo, refiere que tiene episodios recurrentes de atracones, situación que le ha hecho recuperar casi todo el peso que perdió durante el confinamiento estricto (12kg) y que le genera profundo malestar. Comenta que no está a gusto con su cuerpo y que quiere poder perder recuperar su figura anterior. Acude a consulta por voluntad propia y llega acompañada de su madre.

3. Estrategias de Evaluación

La evaluación se realizó en 3 sesiones, utilizando diferentes herramientas para recabar la información necesaria para la comprensión del caso, la realización del análisis funcional y su respectivo plan de intervención. Entre ellas:

- La **entrevista clínica semiestructurada**, que nos permitió recabar la información a través de las verbalizaciones que aportaba la cliente acerca de su problema. Se evaluaron las distintas áreas de su vida (todo lo relativo al motivo de consulta, hábitos alimenticios, rutinas, antecedentes médicos, historia familiar/social) de la

mano de la historia clínica. A medida que la cliente iba hablando, la psicóloga registraba la información mediante la toma de notas. Así mismo, se obtuvo información de otras fuentes, en este caso, de su madre, la cual nos aportó información valiosa para la evaluación.

- **Autoregistros (AR)**, este instrumento permitió identificar cuales son los antecedentes y consecuentes de la conducta problema, y por ende, la función que cumplen. Para el planteamiento del análisis funcional (AF) de R., se le pidió que registrara las respuestas a las preguntas que aparecen en la Tabla 1 en los momentos que sintiera mayor malestar. Este AR fue elaborado a través de un documento de Google Docs., de manera que la cliente pudiera acceder de manera sencilla y rápida para registrar las situaciones en el móvil. Así mismo, la psicóloga tenía la información a disposición cada vez que R. registraba.

Tabla 1

Autoregistro de malestar

Fecha y hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?	Nivel de malestar (del 1 al 10)

- **Instantánea vital breve** (FAP Life Snapshot, Tsai et al., 2009), se trata de un auto informe que pretende medir el grado de satisfacción que tiene la cliente en los diferentes aspectos de su vida (autoimagen, salud y nutrición, área social, relaciones familiares, pareja, concentración en lo que se hace, defender mis derechos, valentía e iniciativa, gestión del tiempo, ocio y tiempo libre). En esta escala, la cliente debe puntuar del 1 (nada) al 10 (mucho) cada uno de estos valores

personales, dando como resultado una gráfica que representa de forma visual que tan satisfecha está en las diferentes áreas de su vida (véase Anexo 1)

4. Formulación clínica del caso

R. forma parte del equipo de patinaje de velocidad de Asturias junto a su hermana. Suele ir a competiciones a nivel nacional y refiere disfrutar mucho de este deporte. Cuando ocurrió el confinamiento estricto y no podía salir de casa, desde el club le mandaban algunas rutinas de ejercicios para que las hiciera (3 veces por semana) y se mantuviera activa. Ella comenzó haciendo estas rutinas pero a su vez buscaba otras por plataformas como YouTube o Instagram. Acabó por ejercitarse todos los días y bajar de peso muy rápido. Ella se sentía muy bien con este cambio de físico y comenzó a preocuparse también por la comida que ingería. Empezó a restringir según que cosas (alimentos “que engordan”) y a sentirse culpable por comer comidas que no fuesen “sanas”.

Actualmente, refiere que solo se siente bien cuando logra controlar la comida que come (es decir, si come alimentos que ella entiende que son “sanos”). Así mismo, expresa beber mucha agua antes de que sea la hora de comer para sentir saciedad y de esta manera no comer tanto. También pone de manifiesto que está empezando a sentir miedo a ir a los entrenamientos y a mostrar su cuerpo con el uniforme del patinaje (ya que es un body muy ceñido al cuerpo). Siente un profundo malestar al verse al espejo.

En momentos de mucho agobio aparecen los atracones. Expresa ser capaz de comerse un paquete entero de cereales en muy poco tiempo. Tiene verbalizaciones de culpa “*no debería haber comido eso*”, como de permiso “*ya la he liado, continuo*”. Por último, solo en una ocasión ha ocurrido una conducta purgativa (inducirse el vomito) tras

un desencuentro con la hermana. Refiere que no lo volverá a hacer por lo desagradable que fue para ella ese momento.

A continuación se desarrollará el análisis funcional del caso, herramienta que nos permite describir, explicar, predecir y controlar el comportamiento. En el análisis funcional, se especifican cuales son las variables disposicionales, las secuencias conductuales de origen y las secuencias conductuales de mantenimiento del problema de la cliente.

4.1. Variables disposicionales

Son aquellas variables que, pese a no tener valor funcional dentro de la cadena de conducta, van a favorecer o dificultar que se de dicha relación funcional. Estas variables pueden ser tanto condiciones de la persona como del entorno (Froxán, 2020).

En el caso de R., las variables disposicionales están divididas en aquellas que actúan de manera favorable y desfavorable:

A favor

- Motivación al cambio, asiste a terapia de manera voluntaria. Viene porque quiere “comer sin culpa”
- En una ocasión se produce un condicionamiento aversivo al vomito, lo que cual actuará como variable protectora dentro de la intervención.
- Es una chica muy disciplinada (está influye en ambas direcciones) y organizada.
- Expresa tener buenos vínculos afectivos (familia y amigos), se siente apoyada por ellos y tiene una vida social activa.
- Tiene a una amiga cercana ingresada por TCA (situación que le asusta porque no quiere llegar hasta ese punto)

En contra:

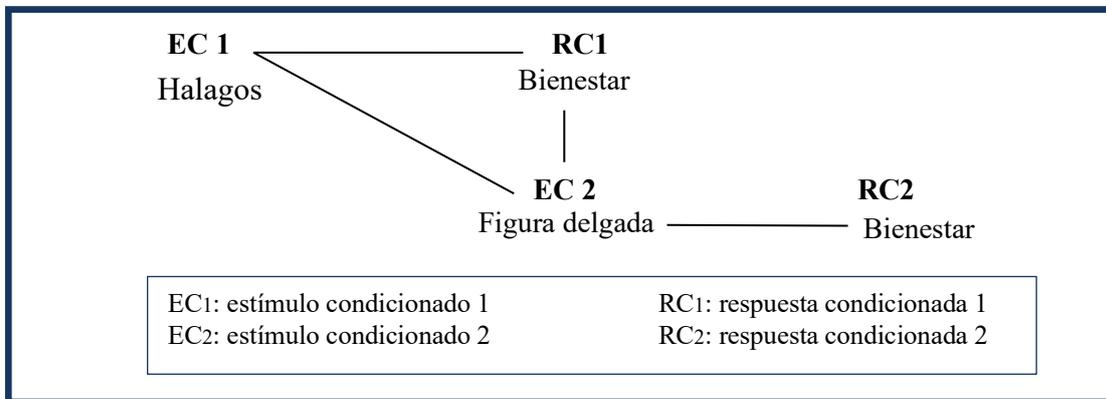
- Es exigente, perfeccionista y controladora
- Mujer adolescente (mayor prevalencia de TCA en mujeres adolescentes)
- Confinamiento estricto por COVID 19 (mayor tiempo libre)
- Practica patinaje de velocidad y el uniforme (body) que usa queda totalmente ceñido al cuerpo
- Está expuesta constantemente a cuentas en redes sociales que perpetúan la cultura de dieta. Así mismo, sigue muchas cuentas de “influencers” que son normativas con las que se compara.
- Pocos conocimientos sobre nutrición y el proceso de adelgazamiento. Concepciones erróneas como la de que existen “alimentos prohibidos”
- El haber adelgazado fue reforzado sistemáticamente por todo su entorno.
- Cuando va a donde sus abuelos (los visita muy seguido) estos le incitan a comer aunque no le apetezca. Suelen ser muy insistentes.
- Por la pandemia, asiste a clases de manera asíncrona, lo que facilita el acceso a apagar la cámara y realizar la conducta de atracón.
- Ciertas reglas verbales que actúan como mediadoras de conductas problemáticas: “tengo que tener un cuerpo perfecto sino la gente no me va a querer” “estar delgada= soy válida/soy guapa” “este alimento engorda mucho” “si la he liado, sigo hasta el final” “no merece la pena ni intentarlo”
- Sus amigas son normativas (tanto las deportistas como las no deportistas)

4.2. Circunstancias de adquisición:

El problema de R. comienza en el confinamiento estricto, cuando no se podía salir de casa y se inicia el proceso de hacer las cosas de manera remota (colegio, club de patinaje,

Figura 3

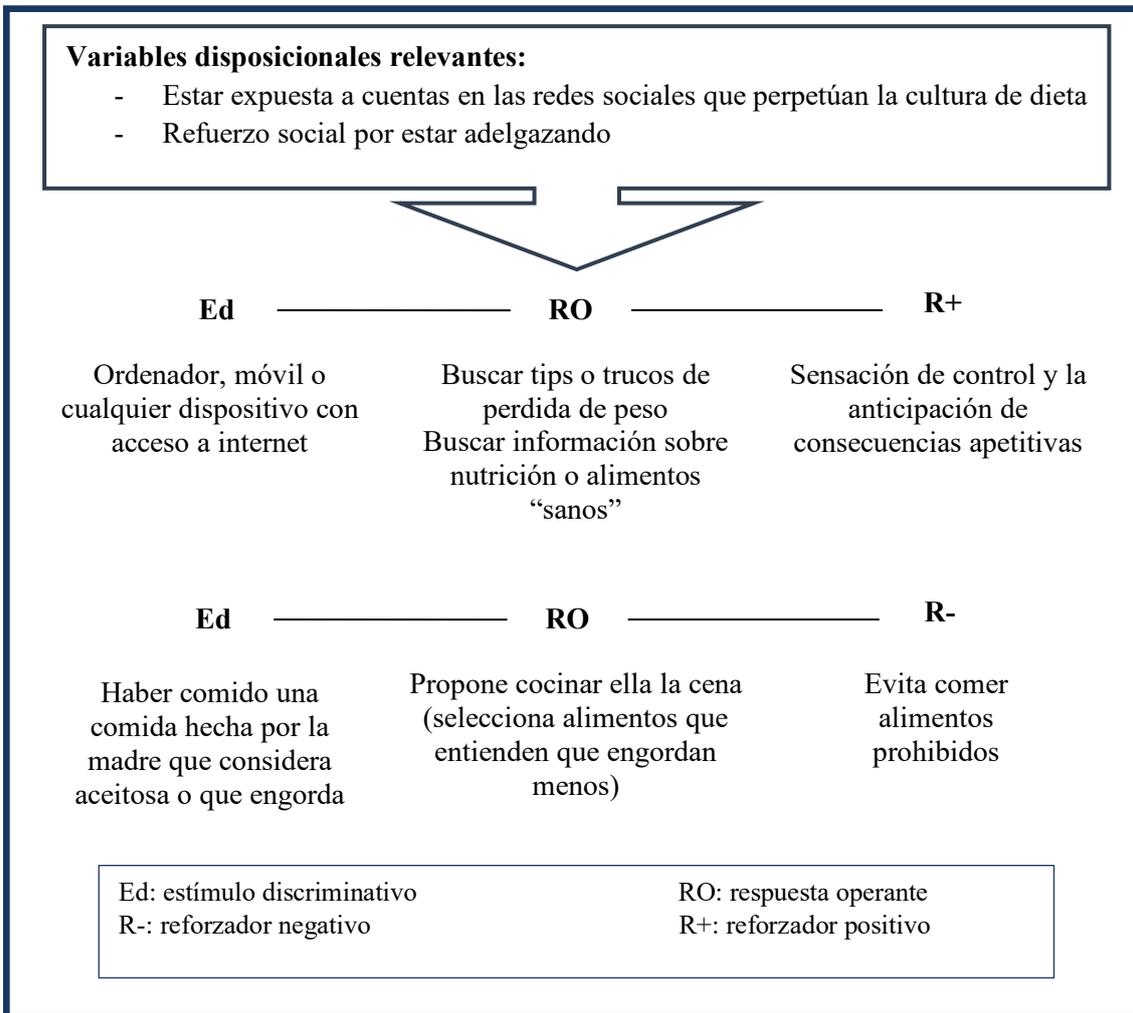
Condicionamiento apetitivo de halagos y figura delgada



R., aún durante el confinamiento y habiendo visto lo valorada que está siendo por haber adelgazado (por verse mejor, por el trabajo/esfuerzo que está haciendo) comienza a desplegar una serie de respuestas operantes encaminadas a la pérdida de peso más allá del ejercicio. Entre ellas: buscar “trucos” en internet para adelgazar, seleccionar comidas “sanas”, buscar cuentas en Instagram sobre rutinas de ejercicios y comida saludable (véase figura 4).

Figura 4

Tercera secuencia funcional de la hipótesis de origen del caso de R.

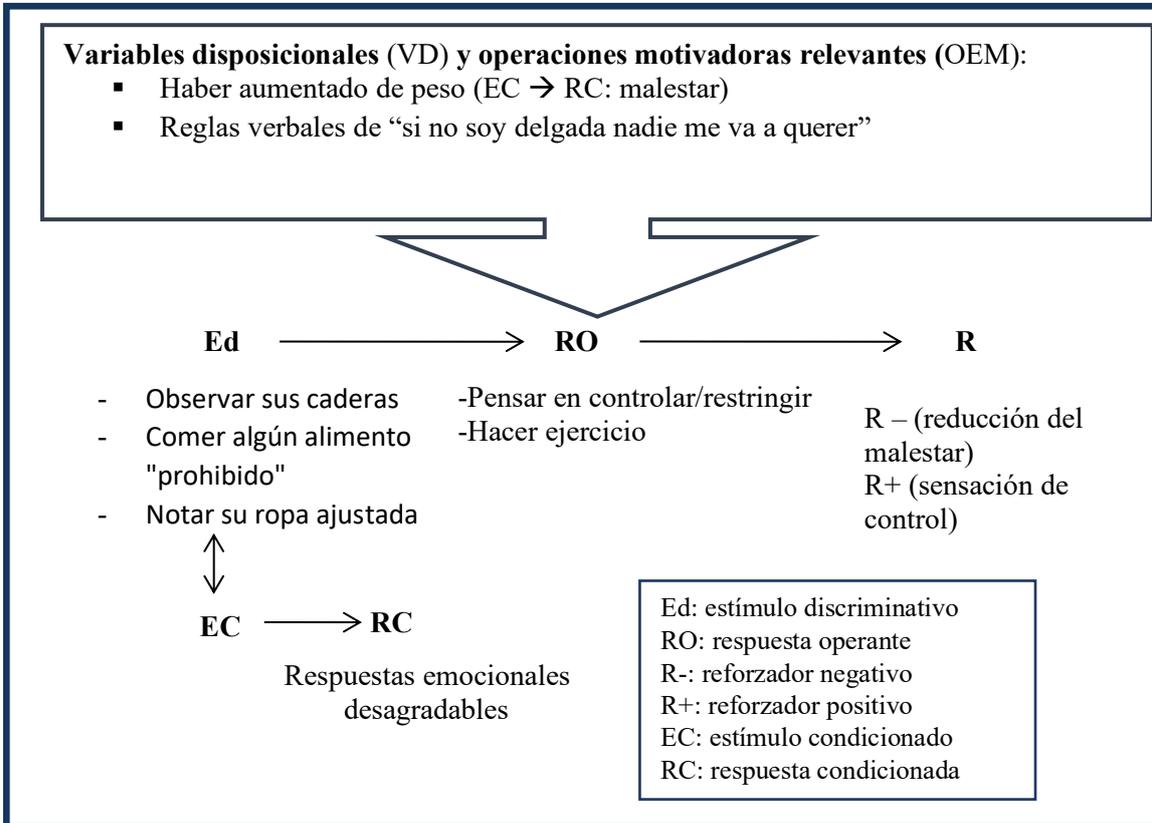


4.3. Variables de mantenimiento:

Al haber acabado el confinamiento estricto, R. retoma poco a poco sus actividades (colegio, patinaje, estudios) por lo que no le puede dedicar el mismo tiempo al deporte como antes. Comienza a ganar peso y está expuesta a las consecuencias sociales que esto conlleva. Deja de tener acceso a reforzadores del entorno (“que guapa estas así de delgada”) valorando de manera negativa la conducta de comer ciertos alimentos que ella entiende que le han hecho engordar. Ante esto, comienza a emitir una serie de operantes encaminadas a reducir el malestar que le ocasiona el haber aumentado de peso (véase figura 5).

Figura 5

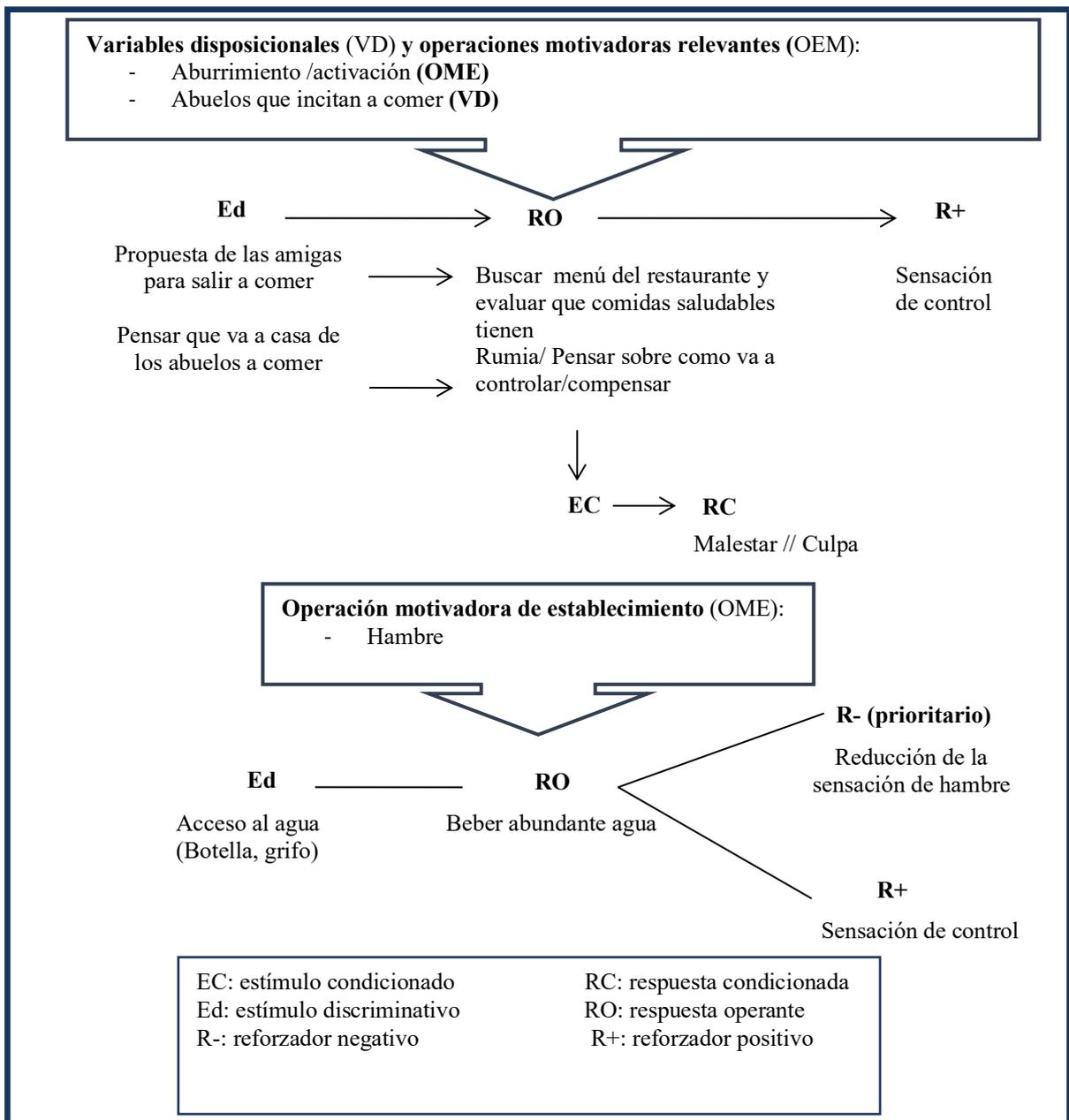
Análisis funcional de la restricción alimentaria



R., de manera progresiva, fue asociando ciertos alimentos (denominados por ella “alimentos prohibidos”) de manera aversiva, emitiendo operantes de evitación que desembocaban en una dieta más restrictiva (véase figura 6).

Figura 7

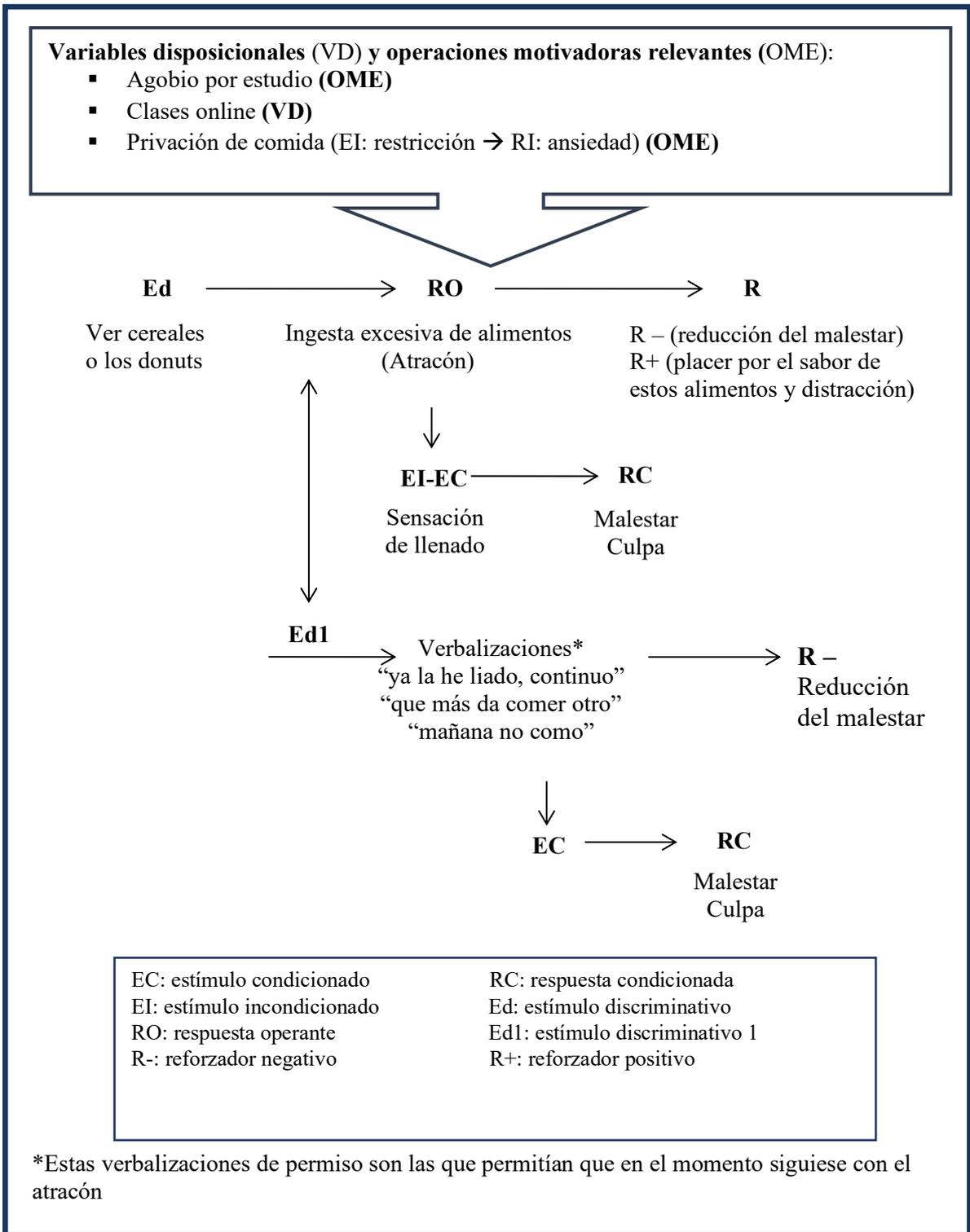
Análisis funcional de la rumia y conductas de control



Las conductas de restricción dirigidas hacia la pérdida de peso son estímulos incondicionados que producen respuestas incondicionadas ansiógenas. Esto actúa como operación motivadora de establecimiento, sumado al agobio por los estudios y la variable disposicional de estar en clases online para que se establezca la conducta de atracón (véase figura 8)

Figura 8

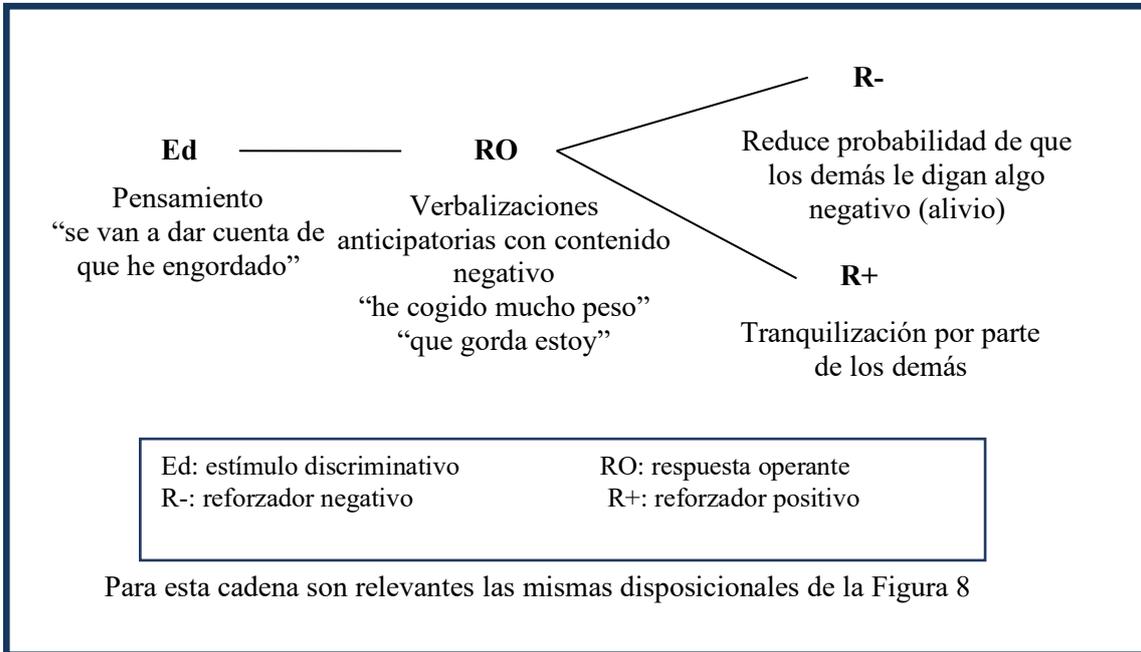
Análisis funcional de la conducta de atracón



Otra de las conductas problemas de R. era la autovaloración negativa que tenía sobre sí misma y su imagen corporal, en las figuras 9 y 10 se explican las hipótesis de mantenimiento:

Figura 10

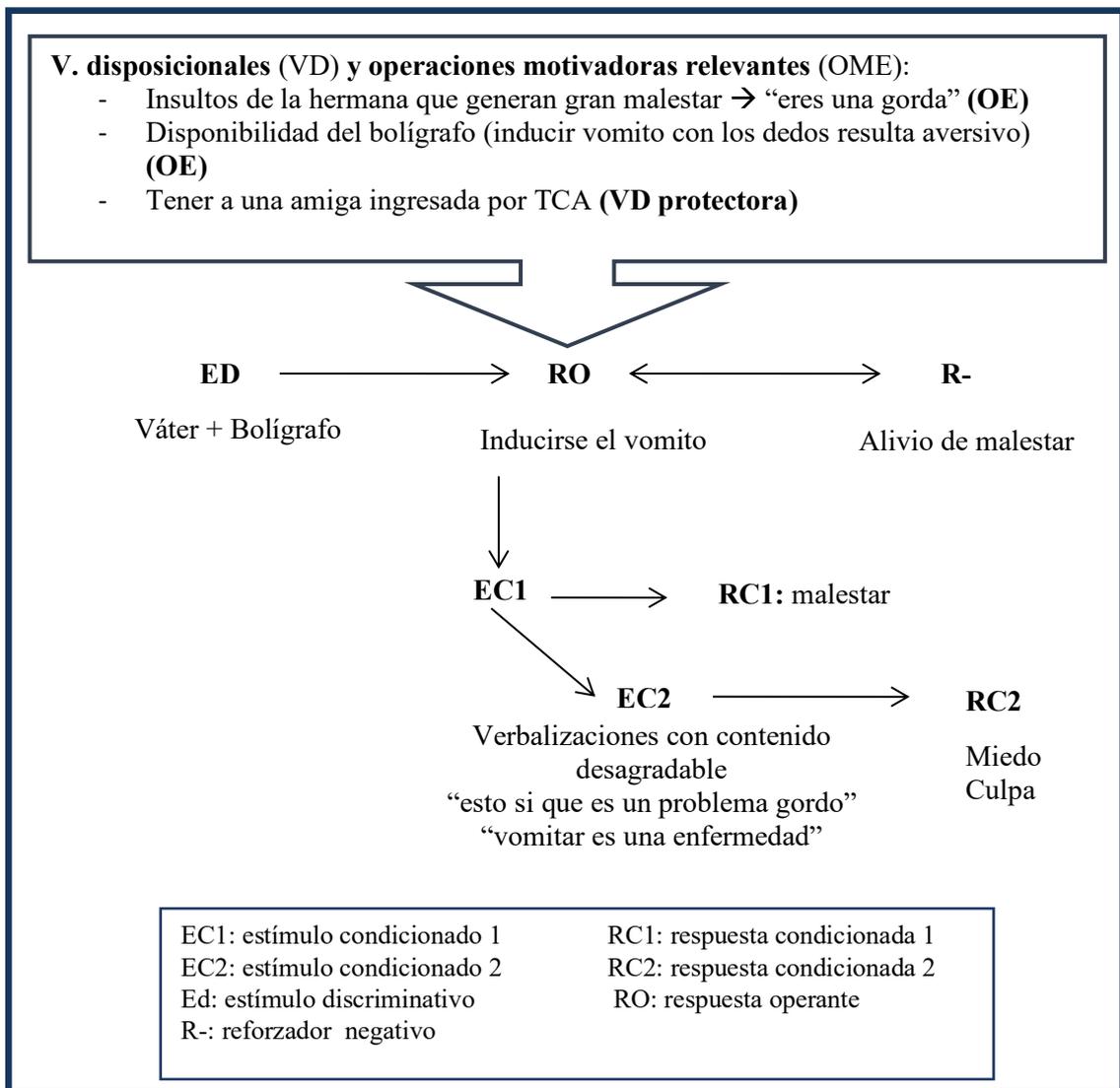
Análisis funcional de las anticipaciones sobre su físico



Finalmente, para analizar de manera completa el caso de R., es necesario detallar una última secuencia de mantenimiento que versa sobre un condicionamiento aversivo de manera encubierta. Esto se convierte en una variable protectora dentro de la intervención puesto que la cliente le tenía profundo miedo a "estar teniendo una enfermedad", ocasionado por una vez que se indujo el vomito producto de una discusión con su hermana en la que le dijo gorda (véase figura 11).

Figura 11

Condicionamiento aversivo al vomito



4.4. Objetivos de la intervención

Una vez planteado el análisis funcional de R., y teniendo en cuenta que mantiene su conducta, se proponen de manera conjunta los siguientes objetivos:

1. Reducir las manifestaciones de ansiedad y malestar sobre la comida
2. Regular patrones de ingesta, incorporando un patrón alimentario de cinco ingestas y eliminando conducta de atracón
3. Mejorar percepción e imagen corporal.
4. Eliminación de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida de peso

5. Tratamiento:

La duración del tratamiento fue de 18 sesiones, divididas de la siguiente manera: 3 primeras de evaluación, 13 de intervención y 2 de seguimiento. Las sesiones se realizaban de manera presencial, con periodicidad semanal y con una duración aproximada de 60 min. Las sesiones de seguimiento se espaciaron a disponibilidad y necesidades de la cliente.

La intervención fue llevada a cabo desde una perspectiva conductual (análisis de conducta) y de la mano de una psicóloga con más de 12 años de experiencia.

En las 3 primeras sesiones se recabó toda la información necesaria para el planteamiento del análisis funcional de R. Una vez terminada la evaluación, se inició la intervención. La primera sesión de intervención se utilizó para hacer la devolución del análisis funcional. Se devolvió el análisis funcional con el objetivo de que la cliente pudiera entender como se ha originado el problema y, lo más importante, porque se seguía manteniendo.

A partir de esta devolución, las siguientes sesiones de intervención tenían una estructura similar que consistía en:

- Preguntas sobre como ha ido el periodo inter-sesión (como ha ido la semana, situaciones o hechos importantes vividos, etc)
- Revisión de tareas (registros, seguimiento de las pautas, entre otros)
- Trabajar los objetivos estipulados para ese día
- Asignación de tareas para la siguiente semana.

Para la intervención se llevaron a cabo diferentes técnicas y herramientas que le permitieran a R. realizar los cambios de conducta correspondientes. Estas técnicas y herramientas utilizadas se explican a continuación:

- **Psicoeducación:** se utilizó a lo largo del tratamiento, con el objetivo de orientar y brindar mayor información sobre distintos temas que modulaban que se diera la conducta problema. Se realizó psicoeducación sobre:
 - La ansiedad: explicar el triple sistema de respuesta, la curva y el fenómeno que se produce cuando la evitamos (incubación)
 - Cultura de dieta y lo que esto implica.
 - Dietas restrictivas y nivel de entrenamiento físico no sostenible. El efecto rebote.
 - Efecto de la privación sobre el atracón
 - El círculo dieta- ingesta compulsiva. Como afecta el proceso de restricción alimentaria a que se dé la conducta de atracón.
 - Qué es y cómo es una alimentación saludable
 - Concepto de salud: física, mental y social (solo se considera salud si cumple los 3 criterios)
 - La existencia de la diversidad de cuerpos y como las redes sociales influyen en la manera que nos percibimos.
 - Diferencias entre culpa vs responsabilidad.

- **Autoregistro (AR) pre – post atracón:** se realizó un registro en donde la cliente debía responder ciertas preguntas antes y después de realizar la conducta de atracón (véase tabla 2). Este AR nos permitió tener una línea base de la conducta problema y poder llevar un seguimiento de la mejora. Rellenar este registro servía para añadir demora en caso de que se diera la conducta y tener la oportunidad de racionalizarla, así mismo, que la cliente tomara mayor consciencia de la conducta, su frecuencia y función.

Tabla 2

Autoregistro de atracones

Situación	¿Qué hago?	¿Qué voy a comer?	¿Qué cantidad?	¿Cómo me sentiré luego?
-----------	------------	-------------------	----------------	-------------------------

Nota. La cliente tenía que rellenar este registro antes de realizar la conducta de atracón.

¿Qué he comido?	¿Qué cantidad?	¿Cómo me siento?
-----------------	----------------	------------------

Nota. Luego de haber rellenado el registro anterior y en caso de haber consumado el atracón, tenía que rellenar este registro.

- **Establecimiento de un patrón de ingesta de 5 comidas.** Con el objetivo de que R. recuperara y conectara con las sensaciones de hambre-saciedad, se promueve con ayuda de la madre establecer un patrón alimentario consistente en: desayuno, tentempié, comida, tentempié y cena. Eliminando las ingestas a deshoras y creando una rutina alimentaria.
- **Control estimular:**
 - o Se cortó la aparición de ultrarocedos. Para ello, se habló con la madre a fin de restringir la compra de cereales y donuts de manera que R. no tuviese acceso a ellos y no pudiera realizar la conducta de atracón.
 - o Para evitar el contacto con contextos que mantuviesen la conducta problema, se le pauto dejar de seguir ciertas cuentas para crear un espacio en redes sociales más ameno. Así mismo, se hizo una selección de cuentas (Instagram, YouTube y TikTok) que luchan contra la cultura de dieta y visibilizan la variabilidad de cuerpos (p. ej. @celestebarber,

- @nutricionisthenewblack, @croquetamente, Gen Playz...) para que las pudiera seguir y tener otro tipo de referentes.
- Se le pauto una serie de acciones a seguir para hacer menos probable la ocurrencia de la conducta problema, como por ejemplo: ir a hacer la compra después de haber comido, llevar una lista de compra ya hecha.
 - **Moldeamiento verbal:** de manera transversal y a lo largo de todo el tratamiento, la terapeuta fue moldeando las verbalizaciones que la cliente hacía a unas que fueran dirigidas y congruentes con los objetivos planteados.
 - **Pautas para el manejo del atracón y respuestas alternativas:**
 - Intentar reducirlo en algún aspecto: frecuencia, intensidad, rapidez.
 - Si tienes hambre y quieres comer, nunca te digas no.
 - Aceptar el atracón y comerlo a plena consciencia. Ponerse delante de todo lo que se va a comer. No te autocrítes mientras comes, de esta manera no sube la tensión ni el deseo de continuar.
 - Comer sentada y delante de algún familiar.
 - Demora de atracón:
 - Hacer alguna actividad gratificante. Llamar a una amiga, poner música, etc.
 - Iniciar alguna actividad que implique el uso de las manos
 - Ralentizar el atracón. Poner los cubiertos en la mesa entre bocados. Masticar muy bien la comida antes de tragar. Dividir lo se va a comer en porciones pequeñas y aumentar tiempo entre porción y porción.
 - Practica la respiración
 - Oler otras cosas diferentes a la comida
 - Cuando finalice el atracón, abandonar el lugar donde esté la comida.

- No realizar conductas de purgas, recordando que el alivio que produce es el que mantiene la conducta de atracón.
- **Respiración diafragmática:** se le instruye en esta técnica con el objetivo de que progresivamente lo vaya utilizando como respuesta alternativa ante un atracón y también para reducir la activación cuando llegue el momento de exponerse ante los “alimentos prohibidos”.
- **Reestructuración cognitiva:** para obtener mayor información sobre las reglas verbales que le causaban mayor malestar a la cliente, se le pidió que rellenara un AR de pensamientos, en donde tenía que apuntar los pensamientos que le generaban mayor malestar durante la semana. Luego, en sesión, se le instruye sobre lo que es un pensamiento irracional y las diferencias con los pensamientos racionales. Luego de esto, se trabajaron los pensamientos del registro aplicando filtros y evidencias.

Después de haberlos reestructurado en sesión, se le mando un documento explicando los tipos de pensamientos irracionales y la técnica de debate que tenía que poner en marcha de manera autónoma cuando volviera a tener algunos de estos tipos de pensamientos. Se realizó un registro para que pudiera ir rellenando este proceso de reestructuración (véase tabla 3)

Tabla 3

Autoregistro de pensamientos y reestructuración

Fecha y hora	Situación	Pensamiento inicial	¿Qué siento?	Filtro utilizado	Pensamiento alternativo	¿Qué siento?

- **Desensibilización sistemática:** al momento de aplicar esta técnica, ya se le había instruido en respiración y sabía aplicarla de manera autónoma. Para exponerla a los “alimentos prohibidos”, se realizó una **jerarquía de situaciones ansiogenas** (véase anexo 2). Luego de realizar la jerarquía, se confeccionó una **guía de exposición** (en imaginación y en vivo) para que la cliente pudiera ir exponiéndose de manera autónoma a estos alimentos y fuese anotando los resultados conseguidos. (véase tabla 4)

Tabla 4

Guía para la exposición a situaciones ansiogenas

Día y hora de la exposición		
Situación y USA (unidades subjetivas de ansiedad)	47 = Queso Philadelphia	
En imaginación:	SI	NO
En vivo:	SI	NO
Puntuación posterior a la relajación (USD después):		
Dificultades:	Mejoras:	

Nota. Esto es un ejemplo del primer ítem de la guía. Se hizo de la misma manera con todos los ítems de la jerarquía, desde el menos ansiógeno al mas ansiógeno.

- **Caja de medicación sin efectos secundarios:** la cliente creó una caja llena de post-it de 3 colores diferentes, el azul (autoinstrucciones), el rosa (reforzador-acción alternativa) y el amarillo (auto refuerzo). La pauta consistía en que momentos de malestar pudiera acudir a este “botiquín” y sacar 3 papeles, en los cuales tenía que: decirse lo que dice el papel azul, hacer lo que dice el rosa y creerse lo que dice el amarillo. Tenía que ir llenando este botiquín con frases que fuese sacando de las sesiones, de canciones, de cuentas de Instagram (anteriormente trabajadas) o de programas que se le pautaron como tarea. Frases

como *“comer con culpa es antinatural” “la gente que es “perfecta” también tiene complejos”*.

- **Solución de problemas:** esta técnica se llevó a cabo en la última sesión de la intervención con el objetivo de prevenir recaídas. Se le instruyó en esta técnica de afrontamiento con el objetivo de brindarle una herramienta útil para identificar y resolver problemas futuros, la cual facilitará la toma de decisiones dándole respuestas a las siguientes preguntas:
 - ¿Cuál es el problema o que me preocupa concretamente?
 - ¿Qué me gustaría conseguir?
 - ¿Qué puedo hacer? generar muchas alternativas sin filtro
 - ¿Qué debo elegir? establecer ventajas y desventajas de cada uno de las alternativas que he generado
 - Poner en marcha alternativa que me parezca que mejor se adecua a la situación
 - Una vez puesta en marcha, evaluar si hay algo que puede mejorar. Si no funciona, pasar a la segunda alternativa.

Por último, se tuvieron 2 sesiones de seguimiento. En estas sesiones se hizo seguimiento de todos los objetivos conseguidos en la terapia y se realizó una prevención de recaídas, haciendo hincapié en que aprendiera a discriminar que situaciones controla, que situaciones puede controlar en menor medida y que cosas no controla ella.

Una vez explicadas las técnicas y herramientas utilizadas a lo largo de la intervención, se expone un cuadro resumen de las sesiones llevadas a cabo, los objetivos trabajados en cada uno de ellas, el trabajo realizado y las tareas asignadas semanalmente (véase tabla 5)

Tabla 5
Tabla resumen de sesiones, objetivos, trabajo realizado y tareas

Sesión	Objetivos	Trabajo realizado	Tareas asignadas
FASE DE EVALUACIÓN			
1,2,3		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de conductas problemáticas - Historia clínica - Establecimiento de alianza terapéutica - Explicación del modelo de trabajo y principios de aprendizaje - Realización de la instantánea vital - Se proponen objetivos en conjunto - Revisión del autoregistro 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de malestar
FASE DE INTERVENCIÓN			
4	1, 2, 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución del análisis funcional (origen y mantenimiento de las conductas problema) 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón
5	2 y 3	<p>Parte de la sesión se hace en conjunto con la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Devolución AF madre (adaptado) - Incorporación de un patrón alimentario de 5 ingestas y control estimular para atracones <p>La otra parte se hace solo con R.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación: diversidad de cuerpos y redes sociales - Control estimular: redes sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón - Anotar sus variables disposicionales y tenerlas en un lugar visible - Ver contenido sugerido de las cuentas de Instagram - Inicio del control estimular y patrón de 5 ingestas diario
6	1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración diafragmática - Lista de pautas pre atracón - Se le instruye en la técnica de disco rayado (tema navidad y cena familiares) 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón - Practicar respiración todos los días antes de dormir - Hacer las pautas pre atracón

7	1, 2, y 3	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar si sigue condicionado la purga de manera aversiva - Evaluar como ha ido los ejercicios de respiración - Refuerzo de mejoras objetivas (AR atracón) - Psicoeducación sobre dietas, efecto rebote, estilos de alimentación y nivel de entrenamiento no sostenible 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir con las pautas pre atracón, el registro y la respiración.
8	2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> - Restructuración cognitiva (filtros y evidencias) - Búsqueda de alternativas dulces para merendar 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón - AR de pensamientos
9	2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autoregistro. Ayudar a reestructurar re debatiendo los dos pensamientos más resistentes en la cliente (filtros y evidencias) - Se evalúa el concepto de “atractivo” (solo considera aspectos físicos) y se reestructura 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos con aplicación de filtros (reestructuración)
10	1, 2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> - Jerarquía de alimentos prohibidos - Ejercicio de detectar la trampa: ventajas y desventajas de seguirla o no. - Anticipación del trabajo de exposición y refuerza la mejora de la ingesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir auto registros atracón, pensamiento.
11	1, 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en autoinstrucciones - Se trabaja el tema de reducir la cantidad de agua antes de comer y se explica la función. 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón - Ver video Gen Playz (autoimagen) y buscar frases que sirvan de auto instrucción - Reducir cantidad de agua (menos de un vaso)
12	3	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar las frases encontradas que sirven de autoinstrucción - Diferenciar culpa vs responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón - Creación del “botiquín de

		- Explicación del botiquín “medicación sin efectos secundarios”.	medicación sin efectos secundarios”
13	1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> - Se empieza la desensibilización sistemática (en imaginación) - Se evalúa la opción de hacerlo solo en casa - Se negocia los ítems a los cuales tiene que exponerse esta semana y se le dan las pautas necesarias 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón - Iniciar la desensibilización sistemática con la ayuda del documento enviado.
14	1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del proceso de desensibilización. Se refuerza. - Se evalúa que temas de los trabajados en toda la terapia se le resisten más 	<ul style="list-style-type: none"> - AR pre-post atracón - Seguir con la desensibilización sistemática
15	1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> - Se sigue evaluando exposición a los alimentos y se refuerzan los grandes avances que esta haciendo 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir con la desensibilización sistemática
16	1, 2, 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de problemas - Refuerzo de todos los progresos y avances, resumen de estrategias aprendidas. - Cierre de la terapia y explicación de las sesiones de seguimiento. 	

Nota: al inicio de todas las sesiones se comienza con el repaso semanal de las tareas, el periodo inter-sesión y se finaliza con la asignación de nuevas tareas o seguimiento de las mismas.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia al tratamiento:

R. ha tenido una adherencia al tratamiento bastante buena, siendo esto uno de los mayores predictores del éxito obtenido en la intervención. La cliente desde el inicio aportaba mucha información con respecto a la problemática, sabía describir muy bien lo que le ocurría y su demanda inicial era una variable protectora (comer sin culpa). Así

mismo, al tener tanto miedo de poder estar desarrollando una “enfermedad grave” (para ella, la anorexia), se encontraba muy motivada con el proceso de terapia. Fue una persona muy responsable, nunca faltó a ninguna sesión, llegaba siempre a tiempo, hacía todas las tareas poniéndole mucho esfuerzo y era muy implicada y comprometida con las pautas y la consecución de objetivos.

6.2. Consecución de los objetivos

Se da por terminada la terapia con todos los objetivos cumplidos. Actualmente, la cliente es capaz de comer los alimentos que en un primer momento denominaba como “prohibidos”, es capaz de disfrutar la comida, no sentir culpa y valorarse a si misma de manera global (no solo por su físico). Se han modificado sus reglas verbales, teniendo un discurso mas benevolente y flexible consigo misma. A continuación se expondrán las mejoras obtenidas en cada uno de los objetivos trabajados:

1. Reducir las manifestaciones de ansiedad y malestar sobre la comida

Actualmente R. se enfrenta a los alimentos que mayor malestar le generaban (explicitados en la jerarquía de exposición) sin presentar malestar. Se expuso progresivamente y de manera autónoma a toda la lista de alimentos siguiendo las pautas trabajadas en terapia. En la antepenúltima sesión verbalizó “*no solo me comí 4 galletas digestive con chocolate, sino que las disfruté*”, así mismo, expresa “*Salí a comer con mis amigas a McDonalds y no me generó malestar, tampoco controlé*”. Cuando R. llegó a terapia, era incapaz de verbalizar y poner en marcha estas acciones sin controlar y sentirse culpable. A pesar de que no evita ningún alimento al dar por terminada la terapia, se sigue con el objetivo de ir incorporando mayor cantidad de estos alimentos en el día a día.

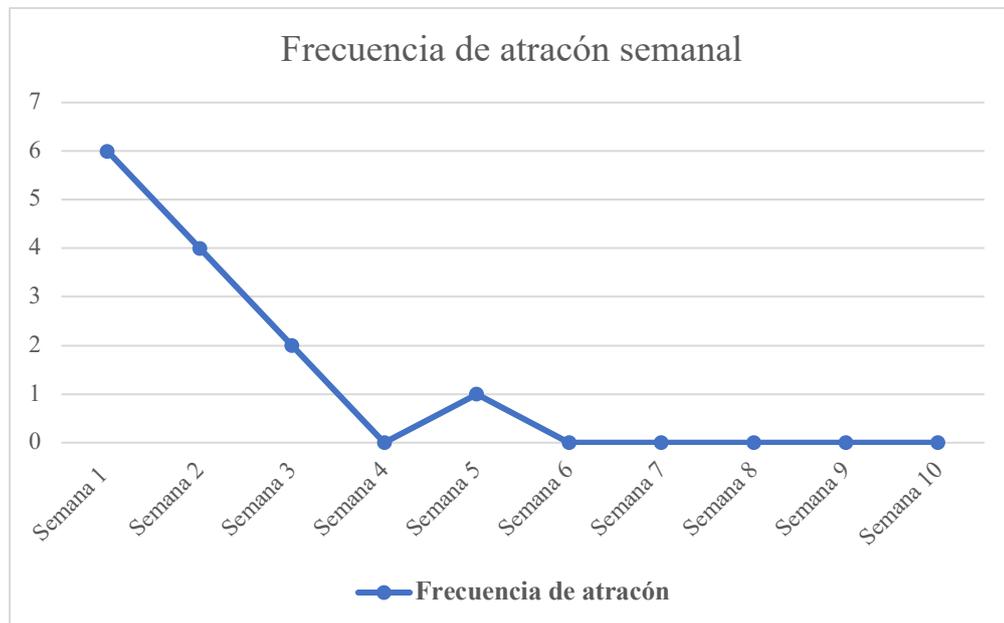
2. Regular patrones de ingesta, incorporando un patrón alimentario de cinco ingestas y eliminando conducta de atracón.

Este objetivo también fue cumplido y superado con éxito. Actualmente R. sigue un patrón de ingesta de 5 comidas. Con ayuda de los padres, se logró regularizar en casa y crear una rutina en la que participaran todos (mismas horas y mismas comidas). La cliente ya no solo dejó de comer a deshoras, sino que los tentempiés que ingiere son más sanos y con mayor contenido nutricional (no ultra procesados). Resulta importante mencionar que las comidas hechas por los padres contienen ciertos alimentos que antes la cliente denominaba como prohibidos, con el objetivo de que se exponga sistemáticamente a ellos y que se mantenga el primer objetivo trabajado a través de las contingencias naturales.

Con respecto a la reducción del número de atracones, la cliente expresa una remisión total en la frecuencia de dicha conducta. Llegando a verbalizar en la sesión número 6 *“me iba a dar un atracón pero al hacer el registro he decidido que no valía la pena porque me iba a sentir culpable después, así que llamé a una amiga y me distraje”*. La conducta de atracón ha ido disminuyendo progresivamente hasta llegar al final del tratamiento con una frecuencia de 0 atracones a la semana. Esto se puede observar en los resultados obtenidos a través del registro pre-post atracón, en donde se realizó un gráfico post hoc para exponer las mejoras obtenidas (véase figura 12)

Figura 12

Gráfico resumen de la frecuencia semanal de la conducta de atracón



Nota: la semana 1 es cuando se inicia el registro de atracón (sesión n5)

3. Mejorar percepción e imagen corporal.

Con respecto a la autovaloración y percepción de sí misma, ha habido un cambio en las verbalizaciones y reglas verbales de la cliente hacia unas menos exigentes y más flexibles consigo misma. Ha sido capaz de valorarse más allá de su físico y atribuirle valía a las otras áreas de su vida *“me he dado cuenta que disfruto mucho dibujando y que soy muy buena patinadora”*. La regla verbal que más ha costado reestructurar ha sido *“solo le puedes gustar a alguien si tienes un cuerpo perfecto”*, sin embargo, a lo largo de la terapia ha ido teniendo un discurso más acorde a los objetivos propuestos como *“todos tenemos complejos físicos, hasta las personas que vemos en redes sociales que consideramos perfectas”* *“lo he estado pensando, no puedo tener el abdomen completamente plano porque mi textura es la que es, pero si quiero estar mas dura y fuerte”*

4. Eliminación de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida de peso.

A pesar de que la cliente había realizado una conducta purgativa en una oportunidad (inducirse el vomito) y lo había condicionado aversivamente, siendo esto un factor protector para el desarrollo de la terapia, se propuso este objetivo como un objetivo preventivo. Durante toda la terapia se evaluó y aseguro de que la conducta purgativa estaba condicionada aversivamente, recogiendo siempre verbalizaciones de temor de la cliente como “*no, vomitar es un problema gordo, yo no haré más nunca eso*”. Así mismo, se logró que la cliente dejara de beber agua con la función de saciarse (obteniendo una reducción total de la ingesta de agua antes de cada comida) como también se logró que R. no dejara de hacer ejercicio (porque era una actividad que disfrutaba mucho y estaba condicionada con sensación de bienestar) pero si se trabajo para que perdiera la relación funcional de conducta compensatoria, es decir, se logró que R. se mantuviera activa y ejercitándose pero siempre añadiendo una demora entre comida-ejercicio. Actualmente, R. no realiza ninguna conducta compensatoria después de ingerir cualquier alimento.

A pesar de no haber hecho medidas pre-post con algún instrumento psicométrico, estos resultados cualitativos nos dan una información muy valiosa sobre la efectividad de la terapia que fue llevada acabo. Se percibe una disminución de las conductas problemas reportadas tanto por la cliente como por su entorno próximo (familia). Así mismo, se observa como las verbalizaciones de la cliente se han ido moldeando y acercando a un discurso congruente con los objetivos plantados. Por esta razón, se considera que la intervención fue beneficiosa para la cliente obteniendo una remisión significativa de las conductas problemas por las que ha venido a terapia.

7. Discusión y conclusiones

Desde la creación de la aproximación transdiagnostica de Fairburn et al., (2003), se ha podido contrastar que las características clínicas de las personas que desarrollan un

trastorno de la conducta alimentaria son más consistentes entre sí que las diferencias, por esta razón, resulta menos relevante el diagnóstico para la formulación del caso y el diseño de la intervención (Allan y Goss, 2014; Fairburn et al., 2003, 2008). En concordancia con estos hallazgos, Froxán et al., (2004) apuntan que los trastornos de la conducta alimentaria forman parte de un continuo que va desde la restricción hasta el descontrol, siendo necesario la realización de un análisis funcional individualizado, para ver cuáles son las variables que modulan, originan y mantienen las conductas problemáticas en cuestión, todo esto con el objetivo de diseñar una intervención efectiva y eficiente.

A lo largo de todo el trabajo presentado, se han explicado los mecanismos de adquisición y mantenimiento de las conductas problemáticas de R. a través del análisis funcional, haciendo referencia a los procesos de aprendizajes involucrados. Se trabajaron entonces, las respuestas fisiológicas elicítadas a según que alimentos adquiridos a través de los condicionamientos pavlovianos, como las conductas operantes tanto de evitación, compensación y de control sobre la ingesta. Así mismo, se intervino sobre el discurso y las reglas verbales de la cliente que hacían que el problema se siguiese dando.

A través de esta intervención, se obtuvieron cambios significativos en el comportamiento de R., habiendo remitido hasta la actualidad las conductas de atracón, las de control sobre la comida y las de compensación. A su vez, la cliente es capaz de emitir un discurso más realista, flexible, útil y justo consigo misma. Estas verbalizaciones se convirtieron en nuevos estímulos discriminativos para la realización de conductas más adaptativas en el ámbito extra clínico (Froxán, 2018; Schlinger y Alessi, 2011)

Para hacer una valoración de la intervención, se hace referencia al término de *efectividad*, que nos indica en qué medida una intervención es útil y logra los objetivos planteados en la práctica clínica habitual (Ferro y Vives, 2004). Como se ha apuntado en párrafos anteriores, los objetivos establecidos han sido cumplidos de manera satisfactoria,

por lo que se puede concluir que dicho tratamiento para el caso en cuestión ha sido *efectivo*.

Estos resultados han sido fruto de la evaluación exhaustiva del caso y la realización del análisis funcional individualizado, ya que fue la herramienta que guio la formulación de objetivos, el proceso de intervención y elección de técnicas indicadas para el caso. La elección de las técnicas utilizadas para el caso de R. han sido un acierto, a continuación se hablará sobre algunos hallazgos sobre su uso.

Aunque haya variables del contexto que innegablemente influyen en la manera como nos percibimos, como es en este caso el culto hacia el cuerpo femenino (Marganto et al., 2000; Marganto y Cruz, 2000; Lozada y Moratilla, 2020), resulta importante explicar porque algunas mujeres desarrollan un problema de alimentación y otras que no. Hay personas que son más propensas a desarrollar una alteración en sus patrones de ingesta y percepción corporal debido a su historia de aprendizaje (Froxán et al., 2004). En el caso que nos compete, estos problemas de alimentación e imagen corporal han surgido como una manera de control a situaciones a las que ha sido expuesta. Su historia de aprendizaje ha hecho que tenga contacto con la idea de que con cierta contextura física eres más deseable (debido a su historial de reforzamiento por haber adelgazado). Por esta razón, el trabajo con la técnica de reestructuración cognitiva a sido uno de los puntos claves en la intervención. Mediante esta técnica lo que se pretendió fue lograr un cambio en las verbalizaciones y reglas de la cliente de forma que éstas se flexibilicen (introduciendo condiciones o matices) o sean sustituidas por otras más adaptativas, de forma que no generen tanto malestar emocional o no den lugar a conductas inadecuadas. Estos hallazgos coinciden con los aportados por Fairburn (2003), en donde en el manual de intervención de bulimia nerviosa atribuye gran peso del cambio a esta técnica.

Otro de los hallazgos relevantes obtenidos de la intervención ha sido la implementación de la técnica de desensibilización sistemática (DS) a los alimentos prohibidos. La totalidad de los estudios cognitivo-conductuales hace uso de la técnica de exposición con prevención de respuesta para exponerse a los alimentos, sin embargo, en este caso se hizo uso de la DS. El objetivo final era que la cliente fuese capaz de enfrentarse a los estímulos sin presentar ansiedad y sin recurrir a respuestas de escape y/o evitación. El procedimiento para llegar a este objetivo fue la exposición progresiva al estímulo condicionado (EC) que produce ansiedad (respuesta condicionada, RC), poniendo en marcha una respuesta incompatible con la ansiedad, esto es, una respuesta que impide que se dé la RC (pues no se pueden dar las dos a la vez), produciéndose un procedimiento de contra condicionamiento (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016). En este caso en concreto, la respuesta incompatible ha sido la respiración.

Como se ha visto, los resultados obtenidos tras la realización de esta técnica han sido satisfactorios. Actualmente la cliente no presenta respuestas condicionadas de ansiedad ante los alimentos que antes le provocaban dichas respuestas. Estos datos van en congruencia con los aportados por diferentes autores en cuanto a que el procedimiento de DS es necesario e importante dentro de la práctica clínica (McGlynn et al., 2004; Koegel et al., 2004; Egbockuku y Obodo, 2005; Labrador et al., 2010, citados en Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016)

En relación a los obstáculos encontrados a lo largo de la intervención, se podría mencionar a la hermana de la cliente, quien ejercía un papel disparador de conductas problemáticas. Esto pone de relevancia la importancia del contexto en cuanto al desarrollo de un problema psicológico, debido a que la cliente estaba actuando en congruencia y a favor de la consecución de los objetivos pero siempre se encontraba con dificultades que escapaban de su control. Esto sobretodo ocurrió al inicio de la terapia, sin embargo, con

el paso del tiempo, el trabajo en sesiones y con la ayuda de la madre esta situación se fue mitigando hasta desaparecer.

Otra de las dificultades a la hora de trabajar con conductas relacionadas con los problemas de alimentación e imagen corporal, de manera bastante extendida, es la sensación de ir trabajando “contracorriente”. La persona se tiene que adaptar a un medio en donde constantemente se fomenta y normaliza el culto al cuerpo, la cultura de dieta y el ideal utópico de figuras delgadas. Por esta razón, resulta importantísimo trabajar estas ideas dentro de sesión, explicar porque estas conductas tan normalizadas dentro del contexto extra clínico pueden llevarnos a presentar un malestar extremo y adaptar el discurso de la cliente a uno más flexible con el que sea capaz de enfrentarse a este contexto sin que le genere malestar.

Conclusiones

Como se pone de manifiesto a lo largo de todo el trabajo, más allá de las etiquetas diagnósticas y los procedimientos de tratamientos estandarizados para según que problemáticas, es de suma importancia realizar un análisis a profundidad de los aspectos personales, contextuales, biológicos y familiares de la persona. De esta manera, se podrá entender cuales son los factores de que modulan, originan y mantienen las conductas problemáticas, como también, cuales son los procesos de aprendizaje que se encuentran mediados. Esta información nos permitirá hacer la mejor elección de técnicas y herramientas para la intervención y por ende, para la consecución de los objetivos planteados.

En conclusión, gracias a los aportes obtenidos de dicha intervención, se desvela la importancia del abordaje desde una perspectiva conductual, específicamente, desde el análisis de conducta, en un caso de alteración en la conducta alimentaria. Se pudieron apreciar como todos los objetivos planteados fueron conseguidos y superados con éxito.

En la actualidad, R. no presenta ninguna de las conductas problemas con las que llegó a sesión, por lo que se puede valorar la intervención como efectiva y beneficiosa para la cliente.

8. Referencias

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED*, 7.
- Allan, S., & Goss, K. (2014). Eating disorder beliefs and behaviours across eating disorder diagnoses. *Eating behaviors*, 15(1), 42-44.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015313001098>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*. Washington, DC: APA.
- Barfow, D. (1980). Behavior therapy: the next decade. *Behavior Therapy*, 11,315-328.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789480800499>
- Birmingham, C. L., Touyz, S., & Harbottle, J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 2-13.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.896>
- Birmingham, L., Su, J., Hlynsky, J., Goldner, E. & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2),143–146.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20164>
- Calvo, S.R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Celis, A., & Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1),



21-33. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:AccionPsicologica2011-numero1-0002/Documento.pdf>

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, *13*(2), 153-160. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/wps.20128>

D'zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: theory and assessment. *American Psychological Association*. 11-27. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14507-001>

Fairburn, C. G. (1985). *Cognitive-behavioral treatment for bulimia*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z, Doll, H., O'Connor, M., Bohn, K., Hawker, D. Wales, J. & 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. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>

Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796702000888>

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norma, P. & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 659-665. <http://xeread-uem.xebook.es>

- Ferro, R., & Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace*, 5(16), 97-99.
<https://www2.uned.es/TICC/Cap.1/conceptos.pdf>
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 595-613. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-89.pdf
- Froxán, M.X., González, M & Fresnillo, R.C. (2004). *Que es la anorexia*. Biblioteca nueva.
- Froxán-Parga, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos?. *Clínica y salud*, 22(3), 201-204. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n3/v22n3a1.pdf>
- Froxán, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Garner, D.M. & Bemis, K.M. (1985). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). Nueva York: Guilford Press.
- Garner, D.M., Vitousek, K.M. & Pike, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp.94-144). Nueva York: Guilford Press.
- González-Pardo, H., & Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales: Escuchando al fármaco o al paciente*. Alianza.
- González-Zepeda, A P., León-Chávez, M., & González-Betanzos, F. Variables cognitivo-conductuales relacionadas con la comida predictivas de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Educación y Desarrollo*. 37.
https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/37/37_Leon.pdf
- Lozada, V & Morarilla, C. (2020). *Por que comes como comes*. Plataforma Editorial.

- Maganto, C., & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-48. https://www.researchgate.net/profile/carmen-maganto/publication/242697817_la_imagen_corporal_y_los_trastornos_alimenticios_una_cuestion_de_genero/links/548fda940cf214269f264062/la-imagen-corporal-y-los-trastornos-alimenticios-una-cuestion-de-genero.pdf
- Maganto, C., Del Rio, A. & Roiz, O. (2000). *Factores de riesgo de trastornos alimenticios*. Libro de resúmenes.
- Montero, M. D. C. V., & García, R. F. (2005). Análisis funcional y tratamiento de un caso con bulimia nerviosa. *Análisis y modificación de conducta*, 31(135). <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2223>
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 611–627. [https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X\(10\)00046-8/fulltext](https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(10)00046-8/fulltext)
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Eating disorders –core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE Clinical Guide- line no. 9. London: NICE. www.nice.org.uk
- Rojo, S. F., Linares, T. G., Arguis, C. B., & Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5144-5152. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002322>
- Ruiz-García, A., Macías-Morón, J. J., Ferro-García, R., & Valero-Aguayo, L. (2021). English Spanish Validation of the “Life Snapshot Inventory”. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 9-17.

- Rosling, A.M., Sparen, P., Norring, C., & Von Knorring, A.L. (2011) Mortality of eating disorders: A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974–2000. *Int J Eat Disord.* 44. 304–310. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20827>
- Saldaña, C. (2000). Los trastornos del comportamiento alimentario: situación actual y propuestas para el futuro. *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos* (pp. 189-210). Madrid: Dykinson. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045752>
- Saldaña, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno del comportamiento alimentario. *Psicothema.* 13 (3), pp.381-392. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=461>
- Schilinger, H. D., & Alessi, G. (2011). Verbally conditioning client behaviors in the therapeutic setting. *Clinical and Health,* 22(3), 245-255. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000300005
- Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana* (No. 156 S5).
- Suárez, A. S., & Baquero, L. Q. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología,* 2(2), 7-16. <https://revistas.iberu.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/180>
- Tasca, G. A., Presniak, M. D., Demidenko, N., Balfour, L., Krysanski, V., Trinneer, A., & Bissada, H. (2011). Testing a maintenance model for eating disorders in a sample seeking treatment at a tertiary care center: a structural equation modeling approach. *Comprehensive psychiatry,* 52(6), 678-687. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X10002208>
- Troncoso, C., & Amaya, J. P. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición,* 36(4), 1090-1097.



- Vallejo-Slocker, L. V., & Vallejo, M. Á. (2016). Sobre la desensibilización sistemática: una técnica superada o renombrada. *Acción psicológica*, 13(2), 157-168.
<https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v13n2/1578-908X-acp-13-02-00157.pdf>
- Van Hoeken, D., Smink, F. R., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-012-0282>
- Wilson, G.T., Rossiter, E., Kleifield, R.I. & Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 277-288.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796786901877>
- Wilson, G.T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.1442>
50
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199.
<https://psycnet.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.62.3.199>

9. Anexos:

Anexo 1:
instantánea vital de R.

Instantánea Vital Breve
(FAP Life Snapshot, Tsai et al., 2009)

Nombre R.

Fecha / /

Por favor, rellena el cuadrado correspondiente sobre el grado de satisfacción (del 1 al 10) que tienen cada uno de los siguientes valores y objetivos vitales.

Valores personales	NADA					MUCHO				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Satisfacción general con la vida						○				
2. Cuidado personal y autoimagen		○				○				
3. Gestión /disciplina del tiempo									○	
4. Satisfacción con los estudios										○
5. Área sentimental e intimidad										
6. Concentración en lo que se hace							○			
7. Salud y nutrición									○	
8. Ocio y tiempo libre						○				
9. Social (amistades, contacto social)										○
10. Relaciones familiares							○			
11. Decir lo que se piensa						○				
12. Valentía/iniciativa						○				

Otros valores: _____

Anexo 2

Jerarquía de situaciones ansiógenas

Alimento	Unidades objetivas de ansiedad (USA) Del 1 al 100	Fecha objetivo logrado en imaginación	Fecha de objetivo logrado en vivo
Queso philadelphia	47		
Pan con cereales	57		
Yogurt griego de fresa	60		
Yogurt griego azucarado	64		
Leche entera	66		
Aceite de oliva (aumentar cantidad en un 50%)	70		
Galletas príncipe (3 galletas)	80		
Galletas digestive sin chocolate (2 galletas)	83		
Galletas digestive con chocolate (2 galletas)	84		
Cereales con chocolate + leche (repetir dos veces cereales → medir porción)	96		