



**Universidad
Europea** MADRID

Un caso de bulimia nerviosa aplicando entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Conductual

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Sara Miguel Riveiro

Tutor/a clínico: Juan Telmo Uriarte Pérez-Villar

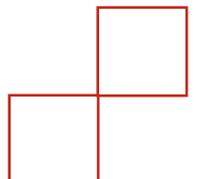
Tutor/a académico: María Ángeles Esteban

Fecha de realización del trabajo: 15-02-2024

Nº palabras: 11086

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



A mis padres, por creer en mí, apoyarme siempre, y darme alas cuando yo pensaba que no podía volar.

A Jesús, por ser, estar, y siempre aparecer.

Resumen

Se presenta un caso clínico de una mujer de 27 años con bulimia nerviosa abordado desde la Terapia Dialéctico Conductual. Se reunió toda la información relevante mediante una entrevista semiestructurada, un autorregistro y la realización de un test especializado en bulimia. Con toda la información, se elaboró un análisis funcional del caso para conocer las variables que mantenían o fomentaban la problemática de la paciente. Como consecuencia de esto, se estableció que la problemática alimentaria tenía la función de regulador emocional.

Por este motivo, se realizó un entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Conductual pensado para proporcionar estrategias más efectivas de regulación emocional, mostrando una reducción de la sintomatología alimentaria y la consecución de todos los objetivos propuestos inicialmente, mostrando así efectividad la terapia aplicada.

Palabras clave: bulimia, entrenamiento en habilidades, regulación emocional, Terapia Dialéctico Conductual.

Abstract

A clinical case of a 27-year-old woman with bulimia nervosa was approached using Dialectical Behavior Therapy. All relevant information for the case was gathered through a semi-structured interview, self-monitoring, and the administration of a specialized test on bulimia. With all the information collected, a functional analysis of the case was conducted to understand the variables maintaining or exacerbating the patient's issues. In this case, it was established that the eating disorder served the function of emotional regulation.

For this reason, skills training in Dialectical Behavior Therapy was conducted to provide more effective strategies for emotional regulation, resulting in a reduction of eating disorder symptoms and the achievement of all initially proposed objectives, thus demonstrating the effectiveness of the applied therapy.

Keywords: bulimia nervosa, Dialectical Behaviour Therapy, emotional regulation, skills training.

Índice de contenido.

1. Introducción.	5
1.1. Conceptualización de bulimia.	7
1.2. Factores de riesgo en bulimia nerviosa.	9
1.3. Tratamientos para la bulimia nerviosa.	11
2. Identificación del paciente y motivo de consulta.	12
3. Estrategias de Evaluación.	13
3.1. Resultados de las pruebas de evaluación.	16
4. Formulación clínica del caso.	17
5. Tratamiento.	21
5.1. Habilidades de Mindfulness → Psicoeducar acerca de las emociones, proporcionar estrategias de regulación emocional en vez de recurrir al vómito.	23
5.2. Habilidades de tolerancia al malestar → Mejorar la sintomatología alimentaria, proporcionar estrategias de regulación emocional en vez de recurrir al vómito.	24
5.3. Habilidades de regulación emocional → Mejorar la sintomatología alimentaria, proporcionar estrategias de regulación emocional en vez de recurrir al vómito.	25
5.4. Habilidades de eficacia interpersonal → Mejorar la sintomatología alimentaria, proporcionar herramientas más eficaces para gestionar los problemas de índole interpersonal en vez de recurrir al patrón de evitación emocional para hacerlo.	26
6. Valoración del tratamiento.	32
6.1. Adherencia al tratamiento.	32
6.2. Consecución de objetivos.	33
7. Discusión y conclusiones.	37

7.1. ¿Por qué utilizar la Terapia Dialéctico Conductual y no la Terapia Cognitivo Conductual?	39
7.2. Conclusión.....	42
8. Referencias bibliográficas.	42
9. Anexos.....	49

Índice de figuras.

Figura 1. Gráfico resumen de la frecuencia de vómitos cada 15 días.....	34
--	----

Índice de tablas.

Tabla 1. Desglose de objetivos generales y específicos.....	20
Tabla 2. Descripción esquemática de las sesiones realizadas.....	28

1. Introducción.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como un conjunto de patologías en las cuales pensamientos negativos relacionados con la comida, la figura corporal o el peso van unidos a comportamientos como limitar la ingesta, tener atracones, realizar ejercicio en exceso, inducir el vómito o usar laxantes. (Arija Val et al., 2022; Bould et al., 2017).

Los trastornos alimentarios tienen múltiples causas, haciendo que éstos se vuelvan complejos y multifactoriales, y su origen puede estar influenciado por una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Como característica común a los tres grandes trastornos de alimentación (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón), se observa que quienes los padecen temen aumentar de peso y tienen dificultades

para aceptarse tanto física como psicológicamente. (Benítez et al., 2019; Bould et al., 2017; Cassin & Vonranson, 2005; Castejón & Berengüí, 2020; Crowell et al., 2015; Fairburn, 1997; Hilbert et al., 2014; Islam et al., 2015).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013), establece como trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos: el trastorno de rumiación, pica, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, trastorno por atracón, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado; siendo la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa los más destacados.

Estos trastornos afectan tanto la salud física como la psicosocial, siendo las mujeres adolescentes y jóvenes el grupo más propenso a tenerlos, aunque también se pueden manifestar en hombres y en otras edades. De hecho, existen ciertos rasgos de personalidad que correlacionan positivamente con los trastornos de carácter alimentario; tales como el perfeccionismo, elevada autoexigencia y baja autoestima. (Rojo-Moreno et al., 2015)

Es importante destacar que los trastornos alimentarios pueden dar lugar a problemas psiquiátricos y de salud graves, incluso poniendo en riesgo la vida. (Rojo-Moreno et al., 2015). Como dato reseñable, en los últimos diez años, se ha observado un aumento evidente en la frecuencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España, siendo la prevalencia del trastorno de anorexia del 2,5% y del 8% en el caso de la bulimia. (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2020). Se ha encontrado que la bulimia nerviosa se muestra más prevalente en mujeres, siendo la proporción entre mujeres y hombre de 10:1 (American Psychiatric Association, 2013).

Tomando como referencia los estudios de (Cederlöf et al., 2015), los trastornos de la conducta alimentaria a menudo se dan al mismo tiempo que otros problemas de salud mental y física, haciendo que el tratamiento se vuelva más complicado. Algunas de estas condiciones

incluyen: depresión, ansiedad, obsesiones, compulsiones, dificultades en las interacciones sociales, problemas de atención, etc. Además, existe una correlación significativa entre los trastornos alimentarios y el abuso de sustancias o el consumo de alcohol. Rojo-Moreno et al., (2015) propone la metáfora de un iceberg para explicar los síntomas relacionados con la alimentación, siendo estos la única parte visible de su malestar psicológico.

La presencia de estas condiciones simultáneas puede dificultar tanto la evaluación como el tratamiento, por lo que es crucial un enfoque integral que involucre a diferentes profesionales de la salud para abordar tanto los aspectos físicos como los psicológicos en el proceso de recuperación. (Cederlöf et al., 2015)

1.1. Conceptualización de bulimia.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), define la bulimia nerviosa como:

- Episodios recurrentes de atracones en los que la persona consume grandes cantidades de alimentos en un corto período y siente una falta de control durante estos episodios.
- Comportamientos compensatorios inapropiados y repetitivos, como el vómito autoinducido o el ejercicio excesivo, destinados a evitar el aumento de peso después de los atracones.
- Autoevaluación de la persona indebidamente influenciada por su peso y forma corporal.

Para realizar un diagnóstico de bulimia nerviosa, es necesario que los atracones y los comportamientos compensatorios ocurran, en promedio, al menos una vez por semana durante un período continuo de tres meses.

Un "episodio de atracón" ocurre cuando un individuo come mucha más cantidad de comida de la que la mayoría de las personas comería en una situación similar y durante un período de tiempo parecido. La APA (American Psychiatric Association, 2013), y

Murphy et al., (2010) proponen que, desde un punto de vista cognitivo, los episodios de atracón se generan principalmente a partir de intentos por seguir rigurosamente múltiples reglas dietéticas extremas y muy específicas.

Dado que el incumplimiento repetido de estas reglas es casi inevitable, los individuos tienden a reaccionar de manera negativa ante estos deslices en su dieta interpretándolos como pruebas de su falta de autocontrol. Como respuesta, suelen abandonar temporalmente sus esfuerzos para restringir su ingesta de alimentos lo que resulta en episodios de atracón. Esta secuencia de hechos contribuye a mantener la psicopatología al intensificar las preocupaciones de los individuos sobre su capacidad para controlar su alimentación, forma y peso. Además, fomenta una mayor restricción alimentaria, lo que a su vez incrementa el riesgo de caer en atracones de nuevo. (American Psychiatric Association, 2013; Murphy et al., 2010).

Murphy et al., (2010) a su vez, proponen tres procesos adicionales que contribuyen a mantener los episodios de atracones. En primer lugar, tanto las complicaciones en la vida del sujeto como los cambios en el estado de ánimo hacen que sea complicado mantener una restricción dietética. En segundo lugar, el acto de comer compulsivamente proporciona un alivio temporal del estado de ánimo negativo y sirve como una distracción de los problemas, haciendo que los atracones se conviertan en una estrategia para afrontar las dificultades emocionales. En tercer lugar, en aquellas personas que participan en purgaciones como respuesta compensatoria puede existir la creencia equivocada de que generarse el vómito y el uso indebido de laxantes es un buen método para controlar el peso y que, a su vez, estos actúan como factores significativos que disuaden la repetición de los episodios de atracón.

En cuanto a los orígenes del trastorno de bulimia nerviosa, ésta generalmente tiene un inicio un poco más tardío en comparación con la anorexia nerviosa. (Mitchell et al.,

1985). En muchos casos, comienza de manera similar a la anorexia nerviosa. De hecho, en aproximadamente el 25% de los casos, se cumplen los criterios de diagnóstico para la anorexia nerviosa inicialmente. Con el tiempo, sin embargo, los episodios de atracón comienzan a interrumpir la restricción dietética, lo que resulta en un aumento del peso corporal hasta niveles normales o casi normales. (C. G. Fairburn, 2000; C. G. Fairburn & Harrison, 2003; Sullivan et al., 1996)

Estos vaivenes entre diagnósticos, y la psicopatología que tanto la anorexia como la bulimia comparten, hace que el modelo transdiagnóstico sea el más adecuado para tratar todos los problemas alimentarios, ya que pueden existir mecanismos comunes involucrados en el mantenimiento de los trastornos. (C. G. Fairburn & Harrison, 2003; Murphy et al., 2010).

1.2. Factores de riesgo en bulimia nerviosa.

Existen diversos factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar el trastorno y que también influyen en cómo se desarrolla a lo largo del tiempo. Estos factores son:

- **Personalidad:** preocupaciones sobre el peso desde la infancia, la baja autoestima, síntomas depresivos y problemas de ansiedad en situaciones sociales están vinculados a un mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa. Dentro de esta categoría se destacaría un elevado perfeccionismo, entendido como un sistema de autoevaluación en el cual la autoestima se juzga principalmente según el esfuerzo dedicado para alcanzar metas desafiantes y el éxito en su consecución. (American Psychiatric Association, 2013; C. G. Fairburn & Walsh, 2002).
- **Dificultad a la hora de regularse emocionalmente** (tanto emociones positivas como negativas): en vez de afrontar de manera apropiada los cambios en su estado de ánimo, estos pacientes llevan a cabo “*comportamientos moduladores del estado de ánimo*” tales como los atracones o las purgaciones en el caso de la bulimia para

reducir su conciencia del estado de ánimo (y los pensamientos asociados). (Claes et al., 2001; C. G. Fairburn & Walsh, 2002; Holderness et al., 1994; Paul et al., 2002)

- Ambientales: tendencia a adoptar la idea de que tener un cuerpo delgado es lo correcto se ha observado como un factor que incrementa el riesgo de preocupaciones sobre el peso y, por ende, la probabilidad de desarrollar bulimia nerviosa. Las personas que han experimentado abusos físicos o sexuales durante la infancia también enfrentan un mayor riesgo de desarrollar este trastorno. (American Psychiatric Association, 2013).
- Genéticos y físicos: la obesidad en la infancia y la entrada temprana a la pubertad son elementos que aumentan la probabilidad de desarrollar bulimia nerviosa. También puede haber una tendencia familiar a padecer el trastorno, y ciertos rasgos genéticos pueden hacer a algunas personas más propensas a desarrollarlo. (American Psychiatric Association, 2013).
- Factores que influyen en el curso del tratamiento: cada vez más investigaciones señalan la existencia de lo que se llama "patología dual" relacionada con trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad. Esta situación implica que ambas condiciones coexisten, y los estudios reportan prevalencias que varían ampliamente, desde el 27% hasta el 84%. (Bulik et al., 1995; Skodol et al., 1993)

En estos casos, los trastornos de la personalidad del cluster B (sobre todo el trastorno límite de la personalidad, ya que se ha observado un alto porcentaje de personas con diagnóstico de bulimia nerviosa que cumplen criterios de este trastorno) son los más frecuentes (64% de los casos) (American Psychiatric Association, 2013; Wonderlich & Swift, 1990) (seguidos por los del cluster C (51% de los casos) y del cluster A (33% de los casos). (Bulik et al., 1995; Vaz & Salcedo, 1993). Cuando ambos trastornos están presentes en un individuo, se suele observar una mayor carga psicológica, mayor gravedad del trastorno y

menor motivación para el cambio. Además, las personas con patología dual tienden a tener un pronóstico menos favorable y responden de manera más limitada al tratamiento en comparación con aquellos que tienen solo un trastorno alimentario o de la personalidad. Estos resultados destacan la importancia de abordar de manera integral ambas condiciones para mejorar la efectividad del tratamiento. (Bussolotti et al., 2002; Rossiter et al., 1993; Steiger et al., 1996).

1.3. Tratamientos para la bulimia nerviosa.

Como anteriormente se ha mencionado, la bulimia nerviosa es un trastorno complejo que implica una interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, lo que ha llevado al desarrollo de una variedad de tratamientos para abordar sus múltiples facetas y necesidades individuales.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento propuesto por C. Fairburn, (1981) para tratar la bulimia nerviosa. Este se basa en cuestionar las creencias de los pacientes y realizar experimentos conductuales para cambiar patrones de pensamiento disfuncionales. En el caso de la bulimia nerviosa se aborda el ciclo de atracones y conductas extremas de control de peso con estrategias conductuales y cognitivas. El objetivo es reducir estos comportamientos y modificar las creencias disfuncionales relacionadas con el trastorno alimentario para normalizar los patrones de alimentación y la percepción del cuerpo. Actualmente, la terapia cognitivo conductual es el tratamiento de primera elección para esta problemática (National Institute for Health and Care Excellent (NICE), 2017). Sin embargo, debido a la alta comorbilidad de bulimia nerviosa con otros trastornos de índole interpersonal como el trastorno de la personalidad límite (TLP), junto con el mantenimiento de problemáticas emocionales relacionadas con los trastornos alimentarios en pacientes recuperados, se ha propuesto un abordaje desde la perspectiva dialéctico-conductual para fomentar conductas de gestión emocional más adaptativas en pacientes cuyas conductas

purgativas sean el canal para gestionarse emocionalmente. La terapia dialéctica conductual se basa en la teoría biopsicosocial, indicando que la combinación del temperamento biológico de un individuo y un entorno poco validante fomenta la aparición de labilidad afectiva, desencadenando síntomas propios de un trastorno alimentario. La propuesta final de esta teoría es que la desregulación emocional es el foco que hay que atender, reconociendo así que la desregulación emocional puede llevar a comportamientos relacionados con la alimentación y viceversa. De esta manera, se sugiere que tanto la sobreingesta como la restricción alimentaria son intentos de influir, modificar o controlar estados emocionales negativos. Por lo tanto, la terapia dialéctica conductual se ha adaptado para abordar los trastornos de la conducta alimentaria, enfocándose así en aumentar el desarrollo de formas más adaptativas de regulación emocional, junto con una relación más equilibrada con la alimentación, la construcción de significado mediante estrategias de aceptación y habilidades de atención plena. (Ben-Porath et al., 2020; Hagan & Walsh, 2021; Hay, 2013; Pissetsky et al., 2019; Safer et al., 2001)

Finalmente, tras haber expuesto el marco teórico relativo a la bulimia nerviosa y la importancia de integrar el componente emocional dentro del tratamiento de la misma, se presenta un caso de una paciente con bulimia nerviosa cuyo tratamiento se ha llevado a cabo desde una perspectiva dialéctica conductual.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta.

Con el objetivo de adherirse al Código Deontológico y cumplir con la Ley Orgánica de Protección de Datos, se empleará un nombre ficticio para garantizar la privacidad y confidencialidad.

Cecilia es una mujer de 27 años del norte de España cuyo estado civil es soltera (aunque actualmente se encuentra en una relación sentimental), sin hijos y perteneciente a un nivel sociocultural alto. Acude al centro de psicología como consecuencia de una derivación de otro

psicólogo que desconoce cómo tratar los problemas de índole alimentario. Ni en el pasado ni en el presente la paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Cecilia refiere que no se relaciona de una manera correcta con las señales de hambre, ya que están más motivadas por el estado emocional en el que se encuentre que por las señales biológicas de hambre-saciedad. A su vez, también indica que en el pasado tuvo miedo a engordar y que en la actualidad ya no. Sumado a esto, comenta que en su patrón alimentario existen “alimentos prohibidos”, los cuales son los alimentos diana a la hora de realizar los atracones.

Como motivo de consulta secundario, la paciente comenta que siente culpabilidad y vergüenza por estar estudiando el Grado de Enfermería actualmente a sus 27 años.

Un dato a tener en cuenta como antecedente es la separación de los padres de la paciente cuando ella tenía ocho años. Este hecho ha fomentado que Cecilia evite sus estados emocionales para “no añadir más problemas en casa de los que ya hay”. Sumado a esto, Cecilia afirma que su madre siempre ha tenido una actitud muy volátil, ya que según ella “unos días está eufórica, otros días muy triste... Nunca sabes cómo va a tratarte”.

La paciente actualmente vive con su pareja con la que afirma tener problemas en el presente (refiere que él está preocupado por su relación con la comida y eso a Cecilia le incomoda mucho).

3. Estrategias de Evaluación.

La evaluación del caso se ha llevado a cabo en las dos primeras sesiones (de una hora de duración cada una), comenzando con la realización de una entrevista semiestructurada de elaboración propia, y a continuación, con la realización del test BITE (Henderson & Freeman, 1987) para conocer más información acerca de la gravedad y la presencia de

síntomas emocionales y cognitivos relacionados con los atracones, y un autorregistro de número de purgaciones y emociones pre y post purgación.

- Entrevista semiestructurada:

Entrevista creada por el centro Juan Uriarte Psicología con el objetivo de conocer aspectos generales de la vida del paciente tales como el entorno social, familiar y laboral, así como aspectos más específicos relacionados con la alimentación (¿Tienes algún alimento prohibido? / Si te pasas comiendo, ¿realizas algún tipo de compensación? Por ejemplo). Un dato reseñable de esta entrevista es que se hace hincapié en la importancia de averiguar cómo el paciente regula sus emociones, y si utiliza la comida como catalizador en este proceso de regulación emocional.

Esta entrevista se realizó durante la primera sesión con el propósito de, por una parte, obtener las primeras impresiones del caso a nivel alimentario y, por otra parte, tener una visión completa de cómo es la vida de la paciente. Esto permitió seleccionar el test más apropiado para abordar los síntomas alimentarios presentados por la paciente. Dicho test se administró en la segunda sesión. Esta medida se tomó con el fin de fortalecer el análisis funcional futuro del caso.

Se parte de la idea de la entrevista como un embudo, en el que se comienza tratando conceptos genéricos relacionados con el paciente y la alimentación, para finalizar indagando en conceptos más específicos de los trastornos más destacados de este ámbito. Primeramente, se utiliza el conocimiento aportado por Fairburn (2003) acerca de los trastornos alimentarios vistos desde un modelo transdiagnóstico, en el cual todos los trastornos forman parte del mismo universo y en el que existe frecuentemente una migración de un trastorno a otro, centrando así una parte de la evaluación en el concepto de control y descontrol, y la existencia de alimentos prohibidos que los rodean. Una vez se confirma la mala relación del paciente con la comida, se pasa de un modelo transdiagnóstico a un modelo categorial (DSM-

5) con el fin de obtener información lo más detallada posible para una intervención centrada en las necesidades específicas del cliente. Se cuestionan aspectos como la existencia de atracones, y en caso afirmativo, si se produce una purgación post-atracón.

En el caso de Cecilia, se aprecia sintomatología de carácter bulímico. Por este hecho, en la segunda sesión se administra el test Bulimic Investigatory Test, Edimburgh (Henderson & Freeman, 1987).

- The Bulimic Investigatory Test, Edimburgh (BITE) (Henderson & Freeman, 1987)(Ver anexo I):

El BITE (Henderson & Freeman, 1987), es un autoinforme diseñado para evaluar la presencia y la gravedad de la sintomatología bulímica, así como los síntomas emocionales y cognitivos que puedan asociarse con la ingesta compulsiva de los alimentos.

Este test consta de 33 ítems en total, que a su vez se dividen en dos grupos: 30 ítems de “síntomas” que se responden de manera dicotómica (Si/No), y por otra parte, tres ítems para medir la gravedad del cuadro haciendo referencia a aspectos como la frecuencia en la realización del ayuno, estrategias para perder peso, y cómo de frecuentes son los atracones.

Estos tres últimos ítems se responden en un formato tipo Likert (del 1 al 5, o del 1 al 7 dependiendo de la pregunta). La duración de la administración de este test ronda los veinte minutos.

Las cualidades psicométricas del test se obtienen de la realización de cuatro estudios con grupo experimental y grupo control, con un resultado de fiabilidad, mediante un alfa de Cronbach, de 0.96 en la subescala de síntomas y de 0.62 en la subescala de gravedad.

- Autorregistro del número de purgaciones y emociones antes y después de la purgación:

Una vez se aprecian síntomas acordes con el diagnóstico de bulimia nerviosa en la entrevista semiestructurada de la primera sesión, se propone como método adicional de

evaluación la realización de un autorregistro del número de purgaciones realizadas desde el día de la sesión hasta la siguiente sesión para valorar la gravedad del cuadro (junto con la posterior realización del test BITE) en la segunda sesión.

Además, se añade un registro de emociones antes y después de la purgación para facilitar el futuro análisis funcional de la conducta de purgación ya que, la propia paciente indicó como motivo de consulta que cuanto peor se encuentra, peor es la relación con la comida.

Este autorregistro se mantendrá durante toda la duración del proceso terapéutico.

3.1. Resultados de las pruebas de evaluación.

Como resultado de la entrevista semiestructurada de creación propia se observó una relación con la comida desfavorable, en la que se aprecian alimentos prohibidos (sobre todo los carbohidratos), compensaciones (en forma de vómitos) y emociones de culpa y vergüenza asociadas a todo el ámbito alimentario. A su vez, se observó un malestar asociado a comenzar la carrera más tarde de lo habitual y a una mala gestión tanto de los problemas interpersonales como de regulación de las propias emociones.

Respecto a los resultados del test BITE (Henderson & Freeman, 1987), la paciente obtuvo un resultado de 17 sobre 30 en la escala dicotómica (a partir de una puntuación de 20 ya se considera un grado de bulimia severo), y una puntuación de 2 en la escala de gravedad de los síntomas. Esta información podría apoyar la hipótesis de la utilización del vómito como regulador emocional, y no tanto la relación del vómito con atracones o miedo a engordar.

Finalmente, respecto a los resultados aportados por el autorregistro de purgaciones y de emociones pre y post purgación se observó que Cecilia llevaba a cabo una purgación diaria, y que en esta purgación el elemento interpersonal tiene mucha fuerza (antes de realizar

el vómito se encuentra enfadada, frustrada, avergonzada, mientras que después de la purgación se siente más tranquila, aliviada...).

4. Formulación clínica del caso.

Cecilia tuvo una infancia tranquila hasta que, con 8 años, sus padres se separan. Este hecho marcó un antes y un después a la hora de comunicar sus emociones. En este momento, la paciente deja de expresar cómo se siente o qué piensa para “no dar más problemas de los que ya hay en casa” según refiere literalmente. Sumado a este hecho que le marcó tanto en su historia vital, la madre de la paciente (de la cual Cecilia dice que siempre ha tenido un carácter muy volátil, muy impredecible), le repetía a menudo a su hija que la razón por la cual su padre se había separado de ella era que no le resultaba suficientemente atractiva.

Tras estos eventos en la infancia de Cecilia, ésta aprende que es mejor no comunicar las emociones para no molestar a los demás y que, si posees un cuerpo no normativo es casi seguro que recibas el rechazo social. Todo esto tiene como consecuencia un miedo al rechazo social (unido al miedo a engordar), y un patrón de evitación emocional.

Hipótesis de origen:

Separación de los padres (Ed) → No comunicar las emociones (Ro) → Evitar conectar con las emociones y no sentirse mal (RF-)

Engordar, tener un cuerpo no normativo (EC) → Malestar (RC)

Con la llegada de la adolescencia, a los 13 años, Cecilia lleva a cabo conductas de restricción (como, por ejemplo, no comer alimentos con alto contenido de hidratos de carbono) con el objetivo de mantener una figura normativa y no ser rechazada por sus iguales y no llamar la atención por ninguna característica que pudiese sobresalir (ya que en la infancia tuvo el aprendizaje de que lo correcto es mantener un perfil bajo). Como consecuencia, mantiene el peso que desea pero comienza a tener una obsesión por la comida.

Adolescencia + Miedo al rechazo social + Patrón de evitación emocional (Ed) → Restricción
→ Evita conectar con las emociones (RF-) / Mantiene el peso (RF+) / Obsesión por la comida
(C+)

Al realizar una restricción durante mucho tiempo, sumado a la obsesión por la comida derivada de esta restricción y los estresantes propios del día a día de una adolescente de 14 años, se produce el primer atracón de Cecilia, obteniendo como resultado un alivio instantáneo del malestar que tenía y una sensación de tranquilidad.

Una vez llevado a cabo este primer atracón, la paciente comienza a restringirse más.

En este caso, comienza a trasladar la restricción no sólo a lo que ella ingiere sino también al contexto que le rodea (no quiere salir a comer fuera para no tener un atracón, pide no tener en casa galletas o comida que pueda llevarla a tener un atracón, etc.). Esto tiene como consecuencia el desarrollo del miedo a descontrolarse, ya que para Cecilia una de las cosas más importantes es tener un cuerpo normativo para que no la rechacen.

Con 14 años, después de estar realizando una restricción mantenida y muy estricta, se producen problemas emocionales en el entorno de la paciente propios de la adolescencia, en este momento según refiere Cecilia, recuerda el alivio que le producían los atracones y como resultado, compra productos con alto porcentaje de hidratos de carbono en el supermercado para, posteriormente, llevar a cabo un atracón premeditado. Estos atracones premeditados se fueron haciendo cada vez más y más frecuentes para resolver conflictos emocionales junto con la promesa de realizar una restricción en el futuro (mañana hago deporte, no voy a comer más patatas fritas...). Finalmente, esta restricción nunca se llega a producir y, como consecuencia, se provoca el vómito como estrategia para poder mantener su figura, teniendo como consecuencia, el alivio del malestar.

Atracón (Ed) → Vómito (Ro) → Alivio del malestar (RF-).

Tras provocarse el vómito, ésta relaciona el vómito con una sensación de bienestar mucho mayor que con la realización del atracón y, por lo tanto, ya no se produce el atracón como forma de regular la restricción alimentaria y la parte emocional, sino que pasa a regularlo el vómito.

Vómito (EC) → Bienestar, alivio (RC)

Esta conducta se ha mantenido hasta los 27 años, edad con la que acude a consulta ya que su gestión de la comida está despertando conflictos en el entorno, su novio (con el que actualmente convive) está preocupado por ella y, al haber aprendido Cecilia en su infancia a mantener un perfil bajo y a no comunicar sus emociones para no ser rechazada, para no sentirse mal o para no dar problemas (patrón de evitación emocional), esta lleva a cabo un patrón alimentario adecuado excepto cuando tiene dificultades emocionales, momentos en los cuales se provoca el vómito (sin un atracón previo) para sentirse mejor. De hecho, actualmente está teniendo conflictos emocionales en forma de culpa y vergüenza por haber comenzado una carrera universitaria más tarde de lo habitual.

Culpa y vergüenza por haber comenzado el grado en enfermería más tarde de lo habitual /

Problemas con su pareja (Ed) → Vómito (Ro) → Evitar conectar con las emociones (RF-) /

Alivio (RF-)

Hipótesis de Mantenimiento:

Se observa un análisis funcional acorde a una purgación como forma de regularse emocionalmente y no tanto por miedo a engordar. La paciente se siente mal y recurre al trastorno de conducta alimentaria para regular sus emociones en vez de mostrarlas.

Además, se aprecia un aprendizaje en la infancia bastante disfuncional que deriva en una evitación emocional reforzada con el pensamiento de “no molestar a los demás con tus problemas”.

Objetivos de intervención:

Teniendo en cuenta los resultados de las pruebas de evaluación y las hipótesis tanto de origen como de mantenimiento se proponen los siguientes objetivos de intervención:

Tabla 1. *Desglose de objetivos generales y específicos.*

Objetivos generales	Objetivos específicos
1) Mejorar la sintomatología alimentaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el número de vómitos autoinducidos llevados a cabo como regulador emocional. - Desarrollar habilidades para tolerar la incomodidad emocional sin recurrir a la purga. - Orientar a la paciente a los valores relevantes para su vida.
2) Psicoeducar acerca de las emociones buscando un reconocimiento consciente de las mismas para una futura gestión de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y nombrar emociones básicas (como tristeza, enfado, etc.) en situaciones cotidianas. - Explorar las experiencias personales presentes para aumentar la conciencia emocional y comprender cómo las emociones influyen en el comportamiento. - Practicar técnicas de atención plena para estar presentes en el momento y observar las emociones sin juzgarlas.
3) Proporcionar estrategias de regulación emocional más adaptativas en vez de recurrir al vómito autoinducido.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y reconocer los desencadenantes emocionales específicos que conducen al impulso de recurrir al vómito autoinducido. - Fomentar la autocompasión y la aceptación incondicional de uno mismo como parte del proceso de regulación emocional y autocuidado.

	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a la paciente a los valores relevantes para su vida. - Practicar la tolerancia al malestar emocional y la regulación de las mismas mediante la exposición a situaciones que generan malestar aprendiendo a enfrentarlas de manera adaptativa sin recurrir al vómito autoinducido.
<p>4) Proporcionar herramientas más eficaces para gestionar los problemas de índole interpersonal en lugar de recurrir al patrón de evitación emocional para hacerlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y comprender los patrones de evitación emocional en las relaciones interpersonales. - Mejorar las habilidades de comunicación asertiva para expresar de manera clara y directa las propias necesidades en las relaciones. - Aprender estrategias para resolver conflictos de manera adaptativa. - Desarrollar habilidades para establecer límites saludables en las relaciones y aprender a decir “no” de manera respetuosa cuando sea necesario.

5. Tratamiento.

El proceso psicológico sigue llevándose a cabo en la actualidad, contando hasta ahora con trece sesiones realizadas, dos de ellas dedicadas a la evaluación del caso, diez restantes a la intervención, y una de seguimiento.

Las sesiones se realizan de manera presencial, con una duración de 60 minutos y una periodicidad de 15 días.

En la tercera sesión, se produjo la devolución del análisis funcional del caso para que Cecilia pudiese comprender el origen y mantenimiento del problema hasta la actualidad, sumado a la explicación propuesta por Safer et al., (2018) para describir el círculo vicioso de los trastornos alimentarios y la desregulación emocional. Esta explicación establece que, ante un evento estresante en el entorno, se produce una desregulación emocional. Ante ésta, como no se tienen las herramientas suficientes para hacerle frente, se escoge la evitación de esas situaciones, llevando a cabo conductas de purgación (en el caso de Cecilia en forma de vómito) para poder volver al estado basal. Pero eso también trae consigo otros problemas ya que, a corto plazo, estas estrategias funcionan, pero a largo plazo las emociones desagradables vuelven a aparecer y el ciclo vuelve a empezar.

A partir de esta tercera sesión, las sesiones restantes siguen el mismo esquema:

- Preguntar cómo ha ido el tiempo entre sesiones, si hay algo relevante de lo que quiera hablar, qué ha hecho este tiempo, etc.
- Revisión de las tareas propuestas en la anterior sesión.
- Trabajar en los objetivos que se hayan propuesto abordar esa sesión.
- Proponer nuevas tareas para poner en práctica el tiempo entre sesiones hasta la siguiente sesión.

El tipo de tratamiento escogido es el entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Conductual en formato individual (Linehan, 1993b). Esta elección se produce ya que se ha mostrado efectivo en el caso de los trastornos de la alimentación (Linehan & Wilks, 2015). En este caso se parte de que la problemática alimentaria es la parte visible de los problemas y se propone como hipótesis que la alimentación cumple la función de regulador emocional.

Linehan (1993), propone cuatro habilidades para mantener el equilibrio cuando aparecen emociones abrumadoras:

- Tolerancia al malestar: abordar de manera más adaptativa situaciones dolorosas, aportando nuevas estrategias para mitigar los impactos de situaciones difíciles.
- Atención plena (Mindfulness): vivir el presente de manera más completa a la vez que se reduce la atención en las experiencias dolorosas pasadas o las posibles futuras.
- Regulación emocional: identificar correctamente tus emociones a la vez que se observa cada emoción sin sentirte sobrepasado por ellas.
- Eficacia interpersonal: proporcionar herramientas para comunicar tus necesidades, establecer límites adecuados, cuidar tus relaciones, etc.

Linehan y Wilks (2015) establecen que la Terapia Dialéctico Conductual en un inicio se diseñó para tratar a clientes con problemas clínicos complejos y que, por lo tanto, el tratamiento debía ser adaptable y basado en principios (y no solo en un protocolo único para todos). Por esta razón, la Terapia Dialéctico Conductual se desarrolló como una intervención modular, formada por componentes que pueden ser ajustados según las necesidades de cada cliente y la dinámica del tratamiento.

Una vez descritas las habilidades fundamentales de la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993b). A continuación, se relaciona cada una de las habilidades con los objetivos de la intervención y, a su vez, se describe brevemente la actividad o actividades escogidas para abordar ese objetivo específico (estas actividades pertenecen al Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual) (McKay et al., 2007).

Es importante destacar que al comienzo del tratamiento la paciente llevaba a cabo una purgación diaria.

5.1. Habilidades de Mindfulness → Psicoeducar acerca de las emociones, proporcionar estrategias de regulación emocional en vez de recurrir al vómito.

Para abordar este objetivo terapéutico se escogió el ejercicio Consciencia plena de las emociones. Se pidió a la paciente que describiese cómo se sentía en ese momento (se utilizó la lista de emociones del ejercicio Describe tu emoción para facilitar el trabajo de reconocimiento de las emociones). El objetivo de este ejercicio es, por una parte, ponerle nombre a las emociones que siente y, por otra parte, reconocer que todas las emociones tienen un punto máximo de intensidad, y luego disminuyen.

La lección clave de este ejercicio radica en que al poner en palabras lo que experimentamos, logramos evitar que las emociones nos arrastren o nos abruman.

5.2. Habilidades de tolerancia al malestar → Mejorar la sintomatología

alimentaria, proporcionar estrategias de regulación emocional en vez de recurrir al vómito.

En primer lugar, se entrena a la paciente en estrategias de distracción antes de comenzar con las actividades de tolerancia al malestar (distinto de evitación, la evitación no tiene como finalidad enfrentarte a una emoción) con el fin de darle tiempo una vez que ha sentido el profundo miedo al rechazo, culpa o vergüenza, poder tranquilizarse y escoger una estrategia de afrontamiento más adaptativa (en vez de recurrir al vómito como canal para volver a sentir tranquilidad y alivio) hasta la propuesta de nuevas estrategias de afrontamiento más adaptativas en sesiones posteriores.

En este caso, se eligió como tarea de distracción la cuenta regresiva de 100 a 0.

A continuación, se llevó a cabo la actividad “Redescubrir tus valores” en la que se propuso a la paciente que señalase (0-10) lo relevante que consideraba cada valor mostrado en el Cuestionario de valores de vida (Wilson & Luciano, 2002), con el objetivo de tomar conciencia de los aspectos más relevantes de la vida para movilizar a Cecilia hacia éstos (como dato reseñable, se obtuvo un resultado de 8 en Educación, enfatizando esto que es un valor muy relevante en su vida). Con esta información, se facilitó la gestión de la culpa y la vergüenza de

comenzar un grado universitario más tarde de lo habitual ya que, estaba orientada hacia aquello que valora en realidad.

Por otra parte, el valor Autocuidado (donde se encuentra alimentación) fue puntuado con un 7 sobre 10, indicando que le gustaría enfocarse también en ese valor y mejorar la relación que actualmente tiene con el autocuidado (y, por ende, con la comida). Aprovechando estos resultados, se confrontó la idea de que tener “alimentos prohibidos” en su dieta era incompatible con un buen autocuidado, ya que, si existen restricciones en la dieta, se prioriza la autoexigencia por encima del autocuidado. Como consiguiente, se propone que en el tiempo inter-sesión ingiera patatas, galletas, etc.

Una vez hecho el trabajo en valores (y a pesar de que el mandato para el tiempo entre sesiones fue ingerir aquellos alimentos prohibidos sin producirse un atracón o vómito; si notaba que se iba a producir un atracón, debía parar inmediatamente la actividad).

5.3. Habilidades de regulación emocional → Mejorar la sintomatología alimentaria, proporcionar estrategias de regulación emocional en vez de recurrir al vómito.

Con el objetivo de conseguir una homeostasis psicológica se eligió como primera tarea una exposición emocional llamada Diario de emociones, en la cual, se parte del entrenamiento en reconocimiento de emociones realizado en la actividad Consciencia plena de las emociones para darse cuenta de las emociones comunes que suele experimentar la paciente y, lo más importante, cómo responde a esas emociones (dicho con otras palabras, cómo bloquea la emoción), y si esas estrategias le funcionan o le hacen sentir peor con el paso del tiempo.

Este ejercicio se selecciona dada la importancia que tiene la gestión de emociones en su caso (aprendizaje de patrón de evitación emocional desde la infancia).

Una vez que se ha llevado a cabo la actividad Diario de emociones y con la toma de conciencia de que los comportamientos destinados a reducir el malestar no funcionan, se

propone a Cecilia que realice “Lo contrario de tus impulsos emocionales”. Con esta pauta se busca reducir aquellos comportamientos disfuncionales (en su caso, el vómito autoinducido), y aumentar comportamientos que tengan como resultado la regulación emocional (en este caso, comunicar las emociones).

Para poder llevar a cabo esta tarea, han de llevarse a cabo seis pasos consecutivos:

- Nombrar qué emoción se está sintiendo y describirla con detalles.
- Buscar si existen razones para regular la emoción.
- Tomar conciencia de qué haces como consecuencia de esa emoción.
- Elegir una conducta inversa a lo que el impulso emocional dicta, y describirla explícitamente (En este caso, se propone la comunicación de cómo Cecilia se siente y qué necesidades tiene en ese momento).
- Toma la decisión de comprometerte con el comportamiento opuesto y establece una franja temporal para ponerse a ello (en este caso media hora).
- Una vez que se lleva a cabo la acción contraria, observar cómo la emoción inicial se transforma.

5.4. Habilidades de eficacia interpersonal → Mejorar la sintomatología alimentaria, proporcionar herramientas más eficaces para gestionar los problemas de índole interpersonal en vez de recurrir al patrón de evitación emocional para hacerlo.

Se realiza el ejercicio Yo quiero – los otros quieren. En él, se analizan las relaciones personales de la paciente (en este caso, la relación con sus padres y la relación con su novio), para tomar conciencia de las cosas que le gustaría tener y qué cosas necesita de esas relaciones, y, a su vez, el grado en el que estas necesidades están cubiertas o no.

Una vez llevada a cabo esta reflexión, se realiza el ejercicio Proporción quiero-debería, permitiendo a la paciente darse cuenta de la cantidad de cosas que realiza cotidianamente

destinadas a evitar el miedo al rechazo, y cuántas de ellas las lleva a cabo porque realmente le resultan satisfactorias e importantes para ella.

Se proporciona una lista de “deberías” del mismo ejercicio para que la paciente marque con una raya cada una de las afirmaciones propuestas (se utiliza esta lista para que sea la paciente la que se dé cuenta de la cantidad de acciones que lleva a cabo diariamente para evitar el rechazo). Una vez que esto se ha hecho, confrontar a la paciente si estas acciones se ponen por delante de algunos valores importantes anteriormente señalados en la actividad Redescubrir tus valores, con el fin de movilizar a Cecilia hacia el cambio.

A continuación, se lleva a cabo el ejercicio Viejos hábitos del tipo pasivo. Esta tarea consiste en crear un registro de las veces que se han producido conflictos interpersonales en la vida de la paciente y señalar cómo se ha actuado ante los mismos para ver las consecuencias emocionales de llevar a cabo estas conductas. De esta manera, se toma conciencia de cómo se ha ido reproduciendo el patrón de evitación emocional adquirido en la infancia.

Como tercera actividad del plano interpersonal, se lleva a cabo la realización de la tarea Tus legítimos derechos. En ella, se evidencian los derechos que todos tenemos en cuanto a las relaciones interpersonales (sobre todo el derecho a pedir ayuda cuando no te sientes bien emocionalmente, derecho a necesitar ayuda de los demás y el derecho a poder decepcionar), con el fin de fomentar una comunicación de las necesidades en el plano emocional en vez de la no comunicación para “no molestar”.

Una vez se ha comprobado que la evitación de las emociones y los vómitos autoinducidos no funcionan a largo plazo, se decide entre el terapeuta y paciente que la estrategia para poder afrontar los problemas interpersonales es, a la igual que para la regulación emocional, la comunicación. Se lleva a cabo como último ejercicio la creación de una estructura de comunicación asertiva para poder informar a los demás acerca de las emociones y necesidades actuales de la paciente.

El guion es el siguiente:

- “Yo pienso”: tomar conciencia de todas las cosas sobre las que necesitas hablar.
- “Yo siento”: expresar cómo te estás sintiendo sin involucrar a los demás.
- “Yo quiero”: comentar explícitamente qué cambio necesitar realizar, o que se produzca para mejorar la situación.

Por último, previniendo posibles complicaciones en la comunicación asertiva con la madre de Cecilia (de la que paciente refiere que nunca sabe cómo va a tratarla), se entrena la habilidad de resolución de conflictos denominada Disco rayado. Esta habilidad consiste en elaborar una frase breve y clara sobre lo que necesitas, hablar con firmeza y sin dar explicaciones. No entrar en discusiones ni provocaciones, simplemente comentar tus preferencias o emociones, y repetir como un disco rayado.

Actualmente, debido a los buenos resultados, se están comenzando a espaciar las sesiones, pasando de una sesión cada 15 días a una sesión por mes. Estas sesiones tienen como objetivo conocer cómo está afrontando nuevos desafíos vitales con las estrategias obtenidas de la terapia y afianzar los conocimientos adquiridos durante todo el proceso terapéutico, haciendo hincapié, sobre todo, en la comunicación asertiva de las necesidades y las emociones para no recurrir de nuevo a un patrón de evitación emocional. Sumado a esto se realizó un seguimiento de la posibilidad de provocarse el vómito de nuevo, llevando a cabo una prevención de recaídas de nuevo recalando que lo que no se comunica se enquistaba y al final se acaba volviendo a viejos hábitos.

A continuación, se muestra un esquema del número de sesiones realizadas, qué estrategias se han seguido, y qué tareas han sido propuestas para la siguiente sesión.

Tabla 2. Descripción esquemática de las sesiones realizadas.

Sesión	Objetivos	Trabajo	Tareas
--------	-----------	---------	--------

1 y 2		<p>Evaluación del caso: Observar conductas problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica - Alianza terapéutica - Encuadre - Proponer objetivos - Revisar autorregistro 	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p>
3	1 y 2	<p>Devolución del análisis funcional y explicación de la relación entre alimentación y emociones de Safer et al. (2018).</p>	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p>
4	1, 2, 3	<p>Conciencia plena de las emociones.</p>	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Anotar cada día qué emoción ha sentido en general utilizando la plantilla de “describe tu emoción”.</p>
5	1, 3	<p>Entreno en distracción, redescubriendo tus valores.</p>	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Comer alimentos prohibidos.</p> <p>Entrenar en distracción cada día.</p>
6	1, 3	<p>Diario de emociones y ver patrones de actuación pasados.</p>	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Comer alimentos prohibidos.</p>

			<p>Diario de emociones tiempo entre sesiones.</p> <p>Entrenar en distracción cada día.</p>
7	1, 3, 4	Hacer lo contrario a tus impulsos emocionales.	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Diario de emociones tiempo entre sesiones.</p> <p>Comer alimentos prohibidos.</p> <p>Poner en práctica hacer lo contrario.</p>
8	1, 3, 4	Yo quiero – los otros quieren.	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Comer alimentos prohibidos.</p> <p>Diario de emociones tiempo entre sesiones.</p> <p>Poner en práctica hacer lo contrario.</p>
9	1, 3, 4	Proporción quiero – debería.	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Diario de emociones tiempo entre sesiones.</p> <p>Poner en práctica hacer lo contrario.</p> <p>Aumentar la cantidad de actividades orientadas a lo que quiero.</p>

10	1, 3, 4	Viejos hábitos del tipo pasivo.	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Diario de emociones tiempo entre sesiones.</p> <p>Aumentar la cantidad de actividades orientadas a lo que quiero.</p>
11	1, 3, 4	<p>Los derechos legítimos.</p> <p>Estructura de comunicación asertiva.</p>	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Aumentar la cantidad de actividades orientadas a lo que quiero.</p> <p>Poner en práctica comunicación asertiva.</p>
12	1, 3, 4	<p>Refuerzo comunicación asertiva.</p> <p>Técnica disco rayado.</p> <p>Realización del test BITE (Henderson y Freeman, 1987).</p>	<p>Autorregistro purgación (y emociones pre y post purgación).</p> <p>Aumentar la cantidad de actividades orientadas a lo que quiero.</p> <p>Poner en práctica comunicación asertiva.</p> <p>Usar disco rayado si es necesario.</p>

13	Seguimiento	Resolución de posibles problemas. Refuerzo de todos los aprendizajes. Explicación de las siguientes sesiones de seguimiento.	
----	-------------	--	--

6. Valoración del tratamiento.

6.1. Adherencia al tratamiento.

Cecilia ha tenido una adherencia al tratamiento buena, ha llevado a cabo todas las tareas propuestas en cada sesión, ha llegado a tiempo a las sesiones y se ha comprometido tanto con las sesiones como con las tareas enviadas para hacerlas entre una sesión y la siguiente. La paciente únicamente no acudió a una sesión debido a un problema familiar. Se cree que el hecho de que la paciente tenga un perfil exigente consigo misma y un alto grado de deseabilidad social haya favorecido esta adherencia.

Además, en el período de evaluación, aportó toda información solicitada y siempre se mostró dispuesta a realizar todas las pruebas, desde la entrevista semiestructurada hasta el test BITE (Henderson & Freeman, 1987). Otro de los datos a destacar, es que la paciente desde el primer momento se encontraba motivada al cambio, consciente de que la relación que tenía con la comida no era adecuada, y, sumado a esto, que cuanto peor estaba emocionalmente, peor era su relación con la comida. Este último hecho facilitó en gran medida el proceso de devolución del análisis funcional del caso ya que, Cecilia era consciente de que algo sucedía, pero desconocía el qué. El hecho de ponerle nombre y tener una explicación de por qué se estaba manteniendo el problema se cree que reforzó la adherencia al tratamiento posterior.

Como dificultad principal observada en la intervención fue una ambivalencia a la hora de modificar la manera en la que se relacionaba con su entorno ya que llevaba siguiendo una

estrategia de evitación desde la infancia (8 años) y mantenía el miedo al rechazo, por lo tanto, el hecho de pensar que por manifestar sus necesidades a los demás la pudiesen rechazar le generaba mucho malestar. Cuando se puso en marcha el ejercicio Yo quiero-los otros quieren, a Cecilia le resultaba complicado priorizar sus propias necesidades ya que pensaba que los demás iban a darle de lado y eso le causaba pavor. Debido a este hecho, se llevaron a cabo los ejercicios Quiero – Debería, Viejos hábitos del tipo pasivo y Tus legítimos derechos. En especial, el ejercicio Viejos hábitos del tipo pasivo fue muy útil ya que le permitió tener una visión real de sus conflictos interpersonales a lo largo del tiempo y ver las consecuencias a largo plazo que ha tenido la gestión de los mismos desde la evitación emocional.

6.2. Consecución de objetivos.

La paciente se encuentra iniciando la fase de seguimiento con todos los objetivos propuestos cumplidos. Actualmente ha tomado conciencia de cuáles son los valores que considera relevantes en la vida y, en base a éstos, ha aprendido una estructura básica para comunicar sus necesidades de manera asertiva y vivir orientada a lo que considera importante. Por otra parte, ha adquirido nuevas habilidades tanto para fomentar la tolerancia al malestar, junto con estrategias propias de regulación emocional como la comunicación de las emociones en vez de la represión de las mismas. La suma de todos estos hechos ha tenido como resultado una mejora significativa en la sintomatología alimentaria.

- Reducir la sintomatología alimentaria:

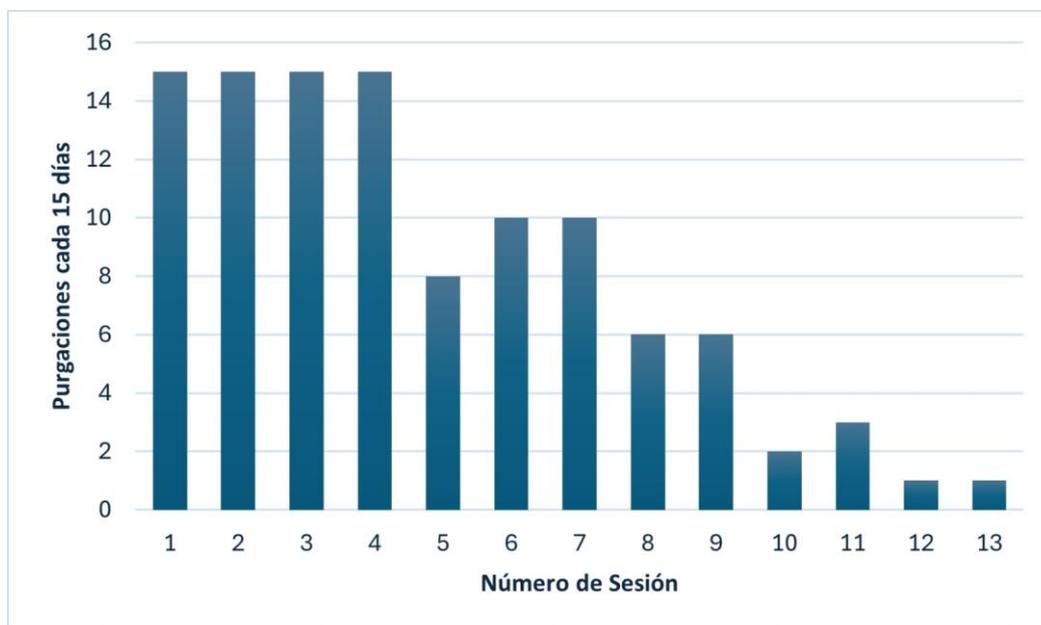
Actualmente Cecilia ha reducido notablemente el número de vómitos autoinducidos llevados a cabo. En el comienzo del proceso terapéutico, la paciente llevaba a cabo una purgación diaria, mientras que en la finalización del tratamiento se produce una purgación diaria cada dos semanas, evidenciando una mejora respecto a este objetivo. La única purgación en dos semanas se ha debido a un tema emocional, ya que Cecilia había sentido que su pareja y amigas habían salido sin preocuparse por ella, generando una emoción de soledad que no ha

validado y ha recurrido a la purgación. Sin embargo, cuando ha recibido al día siguiente mensajes de “Me hubiera gustado que hubieras venido”, se le ha pasado.

Como dato reseñable, se espera que, a lo largo del tiempo de seguimiento del caso, se consiga suprimir totalmente el número de purgaciones llevadas a cabo. Este objetivo se ha llevado a cabo en cada una de las sesiones de manera indirecta ya que, según el análisis funcional del caso, estas purgaciones eran una forma de regularse emocionalmente. Por lo tanto, si se brindaban nuevas estrategias más adaptativas para regularse y se modificaba el patrón de evitación emocional, se preveía que la sintomatología alimentaria mejorase. Para asegurar la consecución de este objetivo se pidió desde la primera sesión hasta la última de intervención un autorregistro del número de purgaciones llevadas a cabo y las emociones pre y post purgación.

Figura 1.

Gráfico resumen de la frecuencia de vómitos cada 15 días.



- Psicoeducar acerca de las emociones para una futura mejor gestión de las mismas:

Actualmente la paciente es capaz de ser consciente de las emociones que está sintiendo y ponerles nombre. Se ha mostrado una gran evolución desde la sesión cuatro a

la trece. En un primer momento, debido a todos los años de aprendizaje de que bloquear las emociones es el camino para no estar mal, se produjeron dificultades a la hora de hablar de cómo se sentía en ese momento. Debido a este hecho, se utilizó la lista del ejercicio “Describe tu emoción” para la actividad “Conciencia plena de las emociones”.

Una vez que la paciente observó las emociones escritas en el papel, supo reconocer qué palabras se relacionaban más con lo que estaba sintiendo en ese momento.

A partir de la realización de este ejercicio, la paciente fue capaz de poner nombre a las emociones que estaba experimentando en ejercicios posteriores como en el “Diario de emociones”, o la continuación del autorregistro de emociones pre y post purgación.

A medida que pasaba el tiempo de intervención, Cecilia era más explícita a la hora de comunicar cómo se sentía, pasando en las primeras sesiones de “culpable, mal”, a utilizar otros adjetivos como: interesada, temerosa, insegura, vulnerable, etc.

- Proporcionar estrategias de regulación emocional:

Para modificar la función del vómito como regulador de las emociones, se recurrió tanto a un replanteamiento de los valores vitales (para orientar a la paciente hacia aquello que consideraba importante en la vida, así como en reconocer cuáles eran sus emociones cuando se sentía disgustada (utilizando para ello el autorregistro de las emociones pre y post purgación realizado llevado a cabo toda la intervención, así como el ejercicio Diario de emociones). Una vez reconocidas estas emociones, se comentaba si esas estrategias le resultaban útiles a la paciente en relación a los valores vitales y al malestar ocasionado a largo plazo. Como estrategia alternativa a la gestión emocional a través del vómito se propuso el ejercicio Lo contrario a tus impulsos emocionales, con la finalidad de frenar el vómito cuando sintiese el impulso de provocárselo, mientras se fomenta la expresión de las emociones.

En un inicio, se observó una ambivalencia por parte de Cecilia ya que llevaba 13 años llevando a cabo el vómito autoinducido para poder sentirse mejor, y ésta le parecía una estrategia más rápida y eficaz que la comunicación de las necesidades a los demás teniendo en cuenta el miedo al rechazo social. La toma de conciencia de nuevo de hacia dónde quería dirigirse en la vida, y la ineficacia real a largo plazo de provocarse el vómito se cree que contribuyó al éxito del ejercicio Lo contrario a tus impulsos emocionales.

Por ejemplo, en la primera sesión de seguimiento se apreciaron verbalizaciones como “les dije a mis amigas que me sentía ansiosa respecto a los exámenes de la carrera y me abrazaron, eso me hizo sentirme mejor y que les importaba”.

- Proporcionar herramientas más eficaces para gestionar los problemas de índole interpersonal en vez de recurrir al patrón de evitación emocional:

En este objetivo se produjeron complicaciones. A la hora de llevar a cabo la actividad Yo quiero-los otros quieren, Cecilia no estaba del todo convencida de anteponer sus necesidades a las de los demás, ya que temía si lo llevaba a cabo, que las demás personas se enfadasen con ella y la rechazasen. Por lo tanto, se llevaron a cabo las tareas Quiero – debería, con la finalidad de que la paciente tomase conciencia de cuántas cosas importantes para ella se estaba perdiendo por vivir sin incomodar a los demás. Sumado a esto, se hizo una revisión de los conflictos interpersonales de Cecilia y de cómo había actuado ante los mismos y, sobre todo, que no funcionaban a largo plazo porque callándose para no molestar no hacía que su bienestar mejorase. Finalmente, la lectura de los legítimos derechos (sobre todo el derecho a decepcionar y el derecho a necesitar a la gente) fue clave para que la paciente comenzase a anteponer sus necesidades a los demás.

En este punto, la puesta en marcha de la estructura de comunicación asertiva para con los demás fue exitosa, sin mostrar ninguna resistencia, ya que anteriormente había comenzado a expresar sus emociones, y ahora tenía que pasar de decir cómo se sentía a qué necesitaba en

sus relaciones. Así como el aprendizaje de la técnica Disco rayado para comunicarse con su madre cuando actuase de manera negativa con ella.

Como resultado, en la sesión 12, se mostraron verbalizaciones como “le dije a mi novio que me sentía vulnerable respecto a nuestra relación, y que necesitaba que tuviese más muestras de cariño conmigo”.

Finalmente, se establece que la intervención psicológica fue efectiva para la paciente, ya que logró una remisión significativa de las conductas problema que la llevaron a terapia.

7. Discusión y conclusiones.

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario grave y complejo que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Autores como Lavender et al., (2015) establecen que un gran número de personas con trastornos de la conducta alimentaria muestran complicaciones a la hora de utilizar estrategias flexibles y adaptativas para lidiar con el malestar emocional, esto sumado a una falta de conciencia, claridad y aceptación de sus estados emocionales, así como una resistencia a experimentar y tolerar el sufrimiento emocional. Debido a todo esto, se han desarrollado diversos enfoques terapéuticos para abordar esta condición, con resultados variados en términos de eficacia y sostenibilidad a largo plazo. Con este trabajo se propone la mejora de la sintomatología alimentaria en un caso de bulimia nerviosa mediante la realización de una adaptación de la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan, (1993a), así como la puesta en marcha de diferentes actividades relacionadas con los cuatro pilares de esta terapia (tolerancia al malestar, mindfulness, regulación emocional y eficacia interpersonal) para crear cambios en las dimensiones de gestión emocional, sintomatología alimentaria, problemas interpersonales y educación para las emociones (objetivos diana de la intervención).

Como hipótesis sobre la que se estructuraron los objetivos de intervención del caso se encontró que la desregulación emocional era el motor a través del cual la paciente llevaba a

cabo conductas de purgación. Por esta razón, el tratamiento fue pensado para que, en primer lugar, fuese posible el reconocimiento de las emociones que se estaban sintiendo. A su vez se fomentó que la paciente tuviese claro qué valores eran importantes en su vida para redirigirla hacia los mismos.

Con la información emocional y de valores, se facilitó el reconocimiento de patrones desadaptativos y la puesta en marcha de nuevas estrategias en consonancia con sus necesidades y valores.

Finalmente, el tratamiento se focalizó en el ámbito interpersonal, movilizándolo a la paciente a tomar conciencia de cómo se estaba relacionando hasta ese momento con los demás y si eso le estaba funcionando a largo plazo. Una vez que esto se produce, se motivó a la paciente a redirigirse a conseguir aquellas necesidades en la relación con los demás, brindándole para ello, un esquema básico para poder comunicarlas.

En el transcurso de las sesiones, se ha podido observar que a medida que la paciente tenía más estrategias para regularse emocionalmente, los síntomas alimentarios disminuían.

De este modo, se ha podido corroborar la hipótesis sobre la que se planteó la intervención. Estos resultados son consistentes con las investigaciones anteriores de (Block, 2016; Salbach-Andrae et al., 2008), en pacientes con síntomas alimentarios tras la puesta en marcha de la Terapia Dialéctico Conductual.

En la actualidad, Cecilia lleva a cabo una purgación cada dos semanas, dato que dista mucho de la primera información acerca de los vómitos que se obtuvo en la evaluación del caso (una purgación diaria). Además, la paciente es conocedora de qué emociones está sintiendo, las valida, es capaz de expresarlas de manera asertiva y es conocedora de que las estrategias utilizadas anteriormente para evitar conflictos y malestar no van en consonancia con la vida que quiere tener.

Estos hechos correlacionan positivamente con los objetivos del tratamiento para los que la Terapia Dialéctico Conductual fue diseñada (Linehan & Wilks, 2015):

- Mejorar las habilidades del cliente mediante el fomento de comportamientos más adaptativos.
- Aumentar la motivación del cliente para cambiar y comprometerse con la terapia.
- Asegurar que los cambios realizados se extiendan a lo largo del tratamiento.
- Motivar al terapeuta para proporcionar un buen tratamiento.
- Asistir al individuo en la reestructuración o modificación de su entorno para que se mantenga el progreso.

Finalmente, se considera que esta intervención ha funcionado dentro del contexto clínico de la paciente y, por lo tanto, ha sido efectiva. (Ferro & Vives, 2004)

7.1. ¿Por qué utilizar la Terapia Dialéctico Conductual y no la Terapia Cognitivo Conductual?

Actualmente, la Terapia Cognitivo Conductual en forma de libro de autoayuda (C. G. Fairburn, 2008) o de manera individual, es considerada el tratamiento de primera elección para la bulimia nerviosa. (C. G. Fairburn et al., 2015; Hay, 2013).

Sin embargo, aunque estas intervenciones logran disminuir notablemente los síntomas clínicos, muchos pacientes no experimentan una mejoría significativa o recaen en el seguimiento. Debido a este hecho, se ha puesto la mirada en otras terapias alternativas, o en conjunto con las que ya están establecidas para poder aumentar la eficacia de la intervención. (Keel et al., 2010; Saldaña, 2001).

En el caso de las Terapias de Tercera Generación no se busca modificar la experiencia interna de la persona para modificar el comportamiento, sino que, a partir de diversas habilidades, se busca que la persona tome conciencia de que intentar controlar sus pensamientos y emociones forma parte del problema. (Mañas, 2007). En la Terapia

Dialéctico Conductual, los comportamientos desadaptativos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, como pueden ser los atracones y las purgas, se entienden como una estrategia para regular las emociones abrumadoras. (Miller et al., 2006; Navarro-Haro et al., 2018). Autores como Block, (2016) afirman que la aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual tanto en formato individual, como grupal, como únicamente utilizando el módulo de atención plena ha mostrado una disminución significativa de los síntomas de los trastornos alimentarios. Otra aportación significativa es la flexibilidad que ofrece la Terapia Dialéctico Conductual. Autores como (Cohen-Katz et al., 2004) establecen que no hace falta seguir siempre una misma estructura de trabajo con unos pasos determinados, ni la realización de los mismos módulos en todos los casos.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, la teoría que se encontraba más en consonancia con la hipótesis del caso era la perteneciente a la Terapia Dialéctica Conductual y esa es la razón por la cual fue elegida. Se llevó a cabo un tratamiento individualizado, seleccionando expresamente aquellas actividades pertenecientes a los paquetes de tareas propuestos por el Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual de McKay et al., (2007) que pudiesen beneficiar más a la paciente.

Como variables que han favorecido el cambio en la paciente se destacan:

- Una buena alianza terapéutica, que proporcionó confianza y una sensación de trabajo cooperativo entre la paciente y el psicólogo (percibiéndose esto como uno de los factores más importantes para predecir el resultado de la terapia). (Torres E, 2023)
- Deseabilidad social de la paciente. Esta característica puede ser vista como algo negativo, pero en este caso se cree que favoreció la realización de las tareas propuestas para el tiempo inter-sesión y, por lo tanto, la mejoría del caso.

Las limitaciones encontradas han sido las siguientes:

- Hallazgos de estudios con muestras muy reducidas (algunos de ellos de caso único).

- Estructuras cognitivas rígidas (“no hablo de mis emociones para no molestar”), que se habían adquirido en la infancia y que generaban en la paciente una sensación de ambivalencia respecto al cambio. La orientación a los valores que consideraba importantes en su vida y la toma de conciencia de estrategias de regulación desadaptativas han sido fundamentales para el éxito de la intervención.
- Por otra parte, no se ha producido un descondicionamiento de la enseñanza temprana por parte de la madre de la paciente de que la gordura (EC) tiene como consecuencia el malestar (RC).
- La madre de la cliente, quien tenía una influencia negativa sobre Cecilia. Este hecho pone de relevancia la importancia de tener en cuenta cuál es el contexto en el que vive la paciente, ya que, aunque ésta se esforzaba en vivir en base a sus valores, se veía obstaculizada por factores externos que eran ajenos a su control. Para que la cliente no entrase en provocaciones de la madre y pudiese poner en primer plano sus necesidades, se implementó la técnica del Disco rayado.
- A nivel personal, esperaba obtener mejores resultados teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la primera sesión a la primera sesión de seguimiento (7 meses). Por lo tanto, el tratamiento se podría considerar efectivo, pero no eficiente.

Como posible mejora a la hora de realizar este tratamiento en un futuro, se plantea la posibilidad de brindarle psicoeducación a las personas que convivan con el cliente ya que, por ejemplo, en esta ocasión el novio de Cecilia sabía que a su pareja le sucedía algo, pero no reconocía los síntomas que la misma mostraba. De esta manera, los familiares/parejas podrán reconocer con mayor facilidad si la paciente está teniendo una recaída, por ejemplo.

Los resultados de esta intervención en específico, reflejan el impacto de la terapia en el ámbito de la regulación emocional en especial, y cómo ésta, indirectamente, ha provocado cambios en la dimensión alimenticia, reforzando así la metáfora del iceberg en las

problemáticas relacionadas con la alimentación. Esta metáfora establece que los trastornos de la conducta alimentaria son como los icebergs, lo que se ve en la superficie es sólo una pequeña parte de la historia, siendo sólo el resultado visible de algo más profundo y complejo. (Grupo de Trabajo de Trastornos de la conducta alimentaria y tratamiento psicológico de la obesidad del COP, 2020).

7.2. Conclusión.

A lo largo de este trabajo, se destaca que los trastornos alimentarios pueden tener raíces más profundas que simplemente la preocupación por el peso o la imagen corporal. Se sugiere que algunos trastornos alimentarios pueden surgir como una forma de lidiar con las emociones difíciles. Por lo tanto, es esencial analizar detenidamente todas las variables que han contribuido al desarrollo del trastorno. Esto nos ayudará a entender mejor cuáles son los factores que contribuyen al problema actual y los procesos de aprendizaje involucrados. Esta comprensión nos permitirá elegir las herramientas más apropiadas para abordar eficazmente los objetivos establecidos.

Finalmente, se observa efectividad en la utilización de la Terapia Dialéctico Conductual para un caso clínico de bulimia nerviosa que utiliza los vómitos autoinducidos como estrategia de regulación emocional. Se ha observado una disminución notable de las purgaciones llevadas a cabo desde el comienzo del tratamiento, evidenciando así, una mejoría notable, pero no la eliminación de las mismas.

8. Referencias bibliográficas.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Editorial Médica Panamericana.

Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>

- Benítez, A. M., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco, L., García-Herráiz, M. A., & Cubero, J. (2019). Analysis of the Risk of Suffering Eating Disorders in young student university of Extremadura (Spain). *Enfermería Global*, *18*(2), 124–143.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, *28*(2), 101–121.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1723371>
- Block, C. (2016). Effectiveness of utilizing components of dialectical behavior therapy in eating disorder treatment. . *Master of Social Work Clinical Research Papers*.
- Bould, H., Newbegin, C., Stewart, A., Stein, A., & Fazel, M. (2017). Eating disorders in children and young people. *BMJ*, j5245. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5245>
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Joyce, P. R., & Carter, F. A. (1995). Temperament, Character, and Personality Disorder in Bulimia Nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *183*(9), 593–598. <https://doi.org/10.1097/00005053-199509000-00006>
- Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V., & Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1139–1145. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00336-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00336-7)
- Cassin, S., & Vonranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Castejón, M., & Berengüí, R. (2020). Personality differences and psychological variables related to risk for eating disorders. *Anales de Psicología*, *36*(1), 64–73.
<https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Cederlöf, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., Bulik, C. M., & Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive

- disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*, 14(3), 333–338. <https://doi.org/10.1002/wps.20251>
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2001). Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*, 2(3), 263–272. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00033-2](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00033-2)
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2004). The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout. *Holistic Nursing Practice*, 18(6), 302–308. <https://doi.org/10.1097/00004650-200411000-00006>
- Crowell, M. D., Murphy, T. B., Levy, R. L., Langer, S. L., Kunin-Batson, A., Seburg, E. M., Senso, M., & Sherwood, N. E. (2015). Eating Behaviors and Quality of Life in Preadolescents at Risk for Obesity With and Without Abdominal Pain. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 60(2), 217–223. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000585>
- Debra L. Safer, Sarah Adler, & Philip C. Masson. (2018). *The DBT Solution for Emotional Eating: A Proven Program to Break the Cycle of Bingeing and Out-of-Control Eating*. Guilford Press.
- Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707–711. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041209>
- Fairburn, C. G. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830180015003>
- Fairburn, C. G. (2000). The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659–665. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.7.659>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. (Guildford Press).

Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R.,

O'Connor, M. E., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *70*, 64–71.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407–416.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

Fairburn, C. G., & Walsh, B. T. (2002). *Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified)* .

Ferro, R., & Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace*, *5*(16), 97–99.

Grupo de Trabajo de Trastornos de la conducta alimentaria y tratamiento psicológico de la obesidad del COP. (2020). Orientación y detección de casos con Trastornos de la Conducta Alimentaria en casa: ¿Qué debemos saber en situación de confinamiento? . *Colegio Oficial de Psicología de Cataluña*.

Hagan, K. E., & Walsh, B. T. (2021). State of the Art: The Therapeutic Approaches to Bulimia Nervosa. *Clinical Therapeutics*, *43*(1), 40–49.

<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.012>

Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(5), 462–469.

<https://doi.org/10.1002/eat.22103>

Henderson, M., & Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. The BITE . In *Br J Psychiatry*.

Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, B. T., & Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders.

Psychiatry Research, 220(1–2), 500–506.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>

Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1–34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199407\)16:1<1::AID-EAT2260160102>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199407)16:1<1::AID-EAT2260160102>3.0.CO;2-T)

Islam, M. A., Steiger, H., Jimenez-Murcia, S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Riesco, N., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2015). Non-suicidal Self-injury in Different Eating Disorder Types: Relevance of Personality Traits and Gender. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 553–560. <https://doi.org/10.1002/erv.2374>

Keel, P. K., McCormick, L., Grilo, C. M., & Mitchel, J. E. (2010). *The treatment of eating disorders: a clinical handbook*.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. y Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guildford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guildford Press.

Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>

- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, *40*(1), 26–34.
- McKay, M., C. Wood, J., & Brantley, J. (2007). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual. Ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de Mindfulness, Eficacia Interpersonal, Regulación Emocional y Tolerancia a la Angustia*.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guildford Press.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 611–627.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- National Institute for Health and Care Excellent (NICE). (2017). *Eating disorders: recognition and treatment. Full guideline*.
- Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R., & Garcia-Palacios, A. (2018). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: A Pilot Study in a Naturalistic Setting. *Cognitive Therapy and Research*, *42*(5), 636–649.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9906-9>
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 408–411.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.408>
- Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2019). Emerging Psychological Treatments in Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *42*(2), 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.005>
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Luisa Vila, M., & Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among

a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>

Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F., & Schneider, J. A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa.

International Journal of Eating Disorders, 13(4), 349–357.

[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199305\)13:4<349::AID-](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199305)13:4<349::AID-EAT2260130403>3.0.CO;2-C)

[EAT2260130403>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199305)13:4<349::AID-EAT2260130403>3.0.CO;2-C)

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008).

Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415–425.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.001>

Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 13, Nº. 3, 2001, Pags. 381-392, 13.

Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., & Davies, M. (1993).

Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International*

Journal of Eating Disorders, 14(4), 403–416. [https://doi.org/10.1002/1098-](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199312)14:4<403::AID-EAT2260140403>3.0.CO;2-X)

[108X\(199312\)14:4<403::AID-EAT2260140403>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199312)14:4<403::AID-EAT2260140403>3.0.CO;2-X)

Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J., & Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International*

Journal of Eating Disorders, 19(2), 147–157. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-N)

[108X\(199603\)19:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-N)

- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Carter, F. A., Gendall, K. A., & Joyce, P. R. (1996). The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 253–261. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199611\)20:3<253::AID-EAT4>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<253::AID-EAT4>3.0.CO;2-N)
- Torres E. (2023). *Cómo abordar los trastornos alimentarios* (Sentilibros).
- Vaz, F. J., & Salcedo, M. N. (1993). Trastornos de la Personalidad en pacientes con Trastornos Alimentarios: un estudio controlado. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 21, 181–187.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Pirámide.
- Wonderlich, S. A., & Swift, W. J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: Clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 629–638. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199011\)9:6<629::AID-EAT2260090605>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199011)9:6<629::AID-EAT2260090605>3.0.CO;2-N)

9. Anexos.

Anexo 1. The Bulimic Investigatory Test, Edimburgh (BITE) (Henderson y Freeman, 1987).

Lista de las emociones más frecuentes

Aburrido	Desconfiado	Inútil
Afrentado	Desesperanzado	Irritado
Agotado	Destrozado	Jovial
Agraviado	Dichoso	Loco
Airado	Contento	Humillado
Alegre	Dolido	Hundido
Aliviado	Emocionado	Molesto
Amado	Enamorado	Nervioso
Amoroso	Encantado	Obsesionado
Angustiado	Enfadado	Pesaroso
Animado	Enojado	Preocupado
Ansioso	Entusiasmado	Precavido
Arrepentido	Envidioso	Preocupado
Asqueado	Esperanzado	Radiante
Astuto	Estimable	Relegado
Asustado	Exaltado	Respetado
Atemorizado	Feliz	Resuelto
Aterrado	Frágil	Ridículo
Avergonzado	Fuerte	Satisfecho
Cansado	Furioso	Seguro
Celoso	Gozoso	Solo
Competente	Histérico	Sorprendido
Complacido	Horrorizado	Temeroso
Compungido	Indiferente	Triste
Confiado	Inquieto	Valioso
Culpable	Inseguro	Vacío
Curioso	Insinuante	Vigoroso
Decepcionado	Inspirado	Vivaz
Deprimido	Interesado	Vulnerable

Anexo 4. Cuestionario de valores de vida (Wilson, 2002)

Componente vital	Escala de valoración										
	Nada importante			Moderadamente importante				Muy importante			
Familia (distinta de relaciones románticas o padres/hijos)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones románticas (matrimonio, pareja, novios, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Paternidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amigos y vida social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Educación y formación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entretenimiento y diversión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espiritualidad y religión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ciudadanía y vida comunitaria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autocuidado (ejercicio, alimentación, relajación, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 5. Listado Proporción quiero-debería. (McKay, Wood et al., 2007).

Coloca una señal (✓) junto a cada uno de los elementos que describan tus creencias o sentimientos:

- ___ Deberías intentar dar todo lo que se te pide en una relación aunque eso signifique dejar de lado tus necesidades.
- ___ Cuando alguien se siente mal, deberías hacer todo lo que te pida para ayudarlo.
- ___ Deberías ser siempre cuidadoso/a y considerado/a.
- ___ No deberías pedir algo si sabes que la otra persona no quiere dártelo.
- ___ Hay una forma correcta de actuar con la gente y uno debería seguirla aunque eso signifique callarse los propios sentimientos y necesidades.
- ___ No deberías decir no a la gente; es inapropiado.
- ___ No deberías manifestar sentimientos que puedan molestar a alguien; está mal.
- ___ Deberías responder a las necesidades de los demás porque sus necesidades tienen mayor prioridad.
- ___ Nunca deberías lastimar ni ofender a nadie.
- ___ Deberías tratar de no decepcionar a los demás.

Cuantos más elementos hayas marcado, más fuertes serán tus creencias sobre la forma correcta y equivocada de relacionarte con los demás y más probable será que niegues tus propias necesidades en una relación. No hay nada malo en mantener valores sobre cuidar a los demás, pero si esos valores se sobreponen a tu habilidad de pedir lo que quieres, terminarás sintiéndote indefenso, desamparada, en cualquier relación.

Anexo 6. Lista Tus legítimos derechos. (McKay, Wood et al., 2007).**Tus legítimos derechos**

1. Tienes derecho a necesitar cosas de los demás.
2. Tienes derecho a ponerte el primero/a de vez en cuando.
3. Tienes derecho a sentir y manifestar tus emociones o tu dolor.

4. Tienes derecho a ser quien decida sobre tus creencias y a aceptarlas como legítimas.
5. Tienes derecho a tus propias opiniones y convicciones.
6. Tienes derecho a tu propia experiencia –aun cuando sea distinta de la de los demás–.
7. Tienes derecho a protestar por cualquier trato o crítica que te sienta mal.
8. Tienes derecho a negociar para cambiar.
9. Tienes derecho a pedir ayuda, apoyo emocional o cualquier otra cosa que necesites (incluso aunque no siempre lo consigas).
10. Tienes derecho a decir “no”; decir “no” no te vuelve mala/o ni egoísta.
11. Tienes derecho a justificarte ante los demás.
12. Tienes derecho a no hacerte responsable de los problemas de los demás.
13. Tienes derecho a decidir no responder a una situación.
14. Tienes derecho, de vez en cuando, a molestar o decepcionar a otros.

Anexo 7. Consentimiento informado

Modelo del documento de consentimiento informado

D. / Dña. _____,
nacido en _____ el _____,
con DNI _____ y domicilio en _____
en la Calle /Plaza _____

DECLARA CONFERIR EL ENCARGO PROFESIONAL al Dr. _____, nacido el _____ (DNI _____), con oficina en _____ en la calle _____, con correo electrónico _____ y número de teléfono: (+34) _____, Psicólogo Sanitario colegiado _____ (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España) y con Póliza de Seguro _____ (R.C. _____) y al equipo de profesionales que el Dr. _____ supervisa y coordina, formado por:

- D.ª _____, nacida el _____ (DNI _____), con oficina en Madrid en la calle _____, con correo electrónico _____ y número de teléfono: (+34) _____, Psicóloga Sanitaria colegiada _____ (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid), con Póliza de Seguro _____ (R.C. _____);
- D.ª _____, nacida el _____ (DNI _____), con oficina en Madrid en la calle _____, con correo electrónico _____ y número de teléfono: (+34) _____, Psicóloga Sanitaria colegiada _____ (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid), con Póliza de Seguro _____ (R.C. _____);

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante, “RGPD”), y cualquier otra normativa de desarrollo, mediante la aceptación del presente Consentimiento Informado de Psicología Clínica & Acta de Asignación Profesional, DECLARA QUE ESTÁ INFORMADO/A EN LOS SIGUIENTES PUNTOS RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

1. El psicólogo está estrictamente obligado a atenerse al Código Deontológico de los Psicólogos Españoles.

2. La prestación ofrecida concierne:

- “ El servicio de activación cognitiva
- “ El servicio de Evaluación Psicodiagnóstica,
- “ El servicio de Activación Cognitiva,
- “ El servicio de Psicoterapia,
- “ Otro _____

3. La prestación se tiene que considerar ordinaria/compleja por los siguientes motivos:

_____ ;
 [Se consideran ordinarias: definición de la necesidad, atención psicoterapéutica, ayuda psicológica, etc.... Se consideran complejas: Diferentes prestaciones incluidas o el involucramiento de otros profesionales (se considera compleja en relación con el involucramiento de otros profesionales como otros psicólogos, psiquiatras, logopedas, educadores etc.) con la finalidad de..., respecto a la utilización de diferentes instrumentos de diagnóstico y evaluación.... respecto a las modalidades multidisciplinares características de la estructura...]

4. La prestación tiene como finalidad actividades de prevención, diagnóstico, activación, rehabilitación o apoyo en ámbito psicológico. La información puede ser empleada en estudios de investigación, es voluntaria y se puede retirar el consentimiento en cualquier momento. En caso de emplear la información para fines de investigación, los datos estarán identificados mediante un código alfanumérico, de manera que sólo los responsables del estudio podrán relacionar dichos datos con los participantes. Los responsables del estudio adoptarán las medidas pertinentes para garantizar la protección de su privacidad y no permitirá que sus datos se crucen con otras bases de datos que pudieran permitir su identificación.

5. Para conseguir los objetivos del servicio solicitado se podrán utilizar los siguientes instrumentos de conocimiento y de intervención psicológica: observación de la conducta, entrevista clínica, escalas de evaluación, test y cuestionarios psicodiagnósticos. Se podrá utilizar la videograbación y la grabación audio de las sesiones con fines diagnósticos y de investigación.

6. La duración total del servicio solicitado consta de _____ ;

[Número de sesiones previstas. Si no es posible definir a priori el número de sesiones señalar que se acordarán objetivos y tiempos caso por caso]

7. Es posible en cualquier momento interrumpir la relación comunicando al Dr. _____ o al equipo de profesionales que supervisa y coordina la intención de interrupción;

8. El Dr. _____ o el/la psicólogo/a _____ puede evaluar y eventualmente proponer la interrupción de la relación al darse cuenta de que con la intervención no se están obteniendo beneficios y que no se puede predecir la aparición de los mismo al extender el tratamiento. Bajo petición puede proporcionar la información necesaria para buscar otras intervenciones más adecuadas.

9. Las Partes tienen que observar de forma escrupulosa las fechas y los horarios de las citas que se acuerdan al comienzo de cualquier relación de asesoramiento, psicodiagnóstico o psicoterapia. En el caso en que haya una imposibilidad de respetar la cita prevista, la parte imposibilitada tiene que informar a la otra en tiempos adecuados. Las dos partes se empeñan a mantener activos y alcanzables los respectivos contactos prestados.

10. Los encuentros se realizarán en las instalaciones de _____, calle _____, _____ Madrid.

11. Se ha pactado la siguiente remuneración que incluye todos los gastos previstos desde el principio hasta el final de la asignación: _____ [Si no es posible definir a priori señalar que se acordará caso por caso]

12. Las condiciones de pago elegidas son las siguientes:

Pago por adelantado (véase política de facturación a continuación).

Pago por sesión (véase política de facturación a continuación).

13. Se precisa que la remuneración no puede estar condicionada por el éxito de los resultados del servicio profesional. La contraprestación indicada está formulada en relación con una tarifa elegida por parte del profesional, señalada en términos generales o parciales, en base a las circunstancias previsibles y de la información proporcionada y disponible en el momento de la redacción del presente contrato. El presupuesto económico tiene que entenderse como susceptible de modificaciones, las cuales deberían ser comunicadas por escrito, en el momento en que las

prestaciones cambien o se integren de forma radical respecto a lo previsto y comunicado o sean más complejas respecto a las que se puedan suponer hasta hoy.

14. Para completar la información se reporta información acerca de:

A. Los siguientes puntos relacionados con el tratamiento de los datos personales del reglamento UE 2016/679;

B. La política de facturación y de cancelación para los servicios indicados.

A. PUNTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES DEL REGLAMENTO UE 2016/679.

Está informado acerca de los siguientes puntos relacionados con el tratamiento de los datos personales del reglamento UE 2016/679.

1. El Reglamento UE 2016/679 (a partir de ahora "RGPD") implementa y mejora la protección y el tratamiento de los datos personales basándose en los principios de honestidad, licitud, transparencia, tutela de la privacidad y de los derechos del interesado respecto a sus propios datos.

2. El Dr. _____ es el titular del tratamiento de los siguientes datos recogidos para el desenvolvimiento de la prestación objeto de este contrato:

3. Con el término datos personales se hace referencia a las categorías mencionadas anteriormente consideradas en su conjunto. Las reflexiones, valoraciones e interpretaciones profesionales traducidas a datos por parte del psicólogo constituyen el conjunto de los datos profesionales tratados, siguiendo los principios estipulados por el "RGPD" y gestionados según los criterios indicados por el Código Deontológico de los Psicólogos Españoles.

4. Los datos personales serán sometidos a modalidad de tratamiento tanto en papel como en electrónico y/o automatizado, con modalidad tanto manual como informática. En cualquier caso, se adoptarán todos los procedimientos idóneos para proteger la privacidad, en el respecto de las normas vigentes y del secreto profesional.

5. Se utilizarán medidas de seguridad validas con la finalidad de garantizar la protección, seguridad, integridad y accesibilidad de los datos personales.

6. Los datos personales se conservarán solamente durante el tiempo necesario a la obtención de la finalidad para los cuales fueron recogidos o para cualquier legítima finalidad relacionada con los mismos.

7. Los datos personales que ya no sean necesarios, o para los cuales no sea imputable el presupuesto jurídico para la relativa conservación, pasarán a ser anónimos de forma irreversible o destruidos de forma segura.

8. Los tiempos de conservación de los datos, en relación con las diferentes finalidades indicadas anteriormente serán los siguientes:

a. Datos personales, de contacto y relacionados con el pago. Se mantendrán el tiempo necesario para realizar el cumplimiento contractual/administración y posteriormente durante un periodo de 10 años.

b. Datos relacionados con el estado de salud. Se conservarán exclusivamente durante el periodo de tiempo necesario para cumplir con la prestación y al conseguimiento de las finalidades de la misma y en cualquier caso durante un periodo mínimo de 5 años.

9. Los datos personales podrán tener que ser accesibles para las Autoridades Sanitarias y/o Judiciales basándose en los deberes impuestos por la ley. Cuando se trate de casos diferentes a los expuestos anteriormente, la comunicación de los datos solo podrá producirse mediante un consentimiento explícito y, en particular:

a. Datos personales, de contacto y de pago. Podrán resultar accesibles a eventuales dependientes y a proveedores externos que se encargan de la administración de los servicios.

b. Datos relacionados con el estado de salud. Se revelarán, como regla general, de forma exclusiva al interesado y en presencia de una delega escrita hacia terceros. Se adoptarán las medidas necesarias para prevenir el conocimiento no autorizado por partes de terceros incluso en los casos en los cuales estén presentes en el momento de la concesión de los mismos. Podrán compartirse para cumplir con exigencias a nivel legal, con estructuras/servicios/operadores del Sistema de Sanidad Público Nacional u otras Autoridades públicas.

10. Exceptuando los casos en los que se especifique de forma contraria, en cuyo caso deberá especificarse en la siguiente nota, los datos personales, de contacto y de pago se comunicarán a

Hacienda, con la finalidad de poder realizar la declaración de la renta, a través de la Agencia Tributaria (AET), a través de medios telemáticos. Esta opción conlleva exclusivamente que la factura se incluya en la declaración trimestral del IVA y de la renta anual en la Agencia tributaria (AET).

11. La lista de responsables del tratamiento y de los demás sujetos a los cuales pueden ser comunicados los datos puede ser consultada a petición del cliente.

12. En el caso de que existan las condiciones, en relación con la ejecución del servicio profesional, el cliente interesado podrá ejercer sus derechos citados en los artículos desde el 15 al 22 del RGPD (ej. acceso a los datos personales y rectificación, cancelación, limitación del tratamiento, copia de los datos personales de manera estructurada de uso común y accesible por dispositivo automático y transmisión a otro titular del tratamiento). En dicho caso, será el profesional el encargado de verificar la legitimidad de la solicitud proporcionando una respuesta, como regla, en 30 días.

13. En caso de eventuales reclamaciones o señalizaciones acerca de la modalidad de tratamiento de los datos se aconseja dirigirse al titular del tratamiento de los datos. No obstante, cabe la posibilidad de remitir las propias reclamaciones y señalizaciones a la Autoridad responsable de la protección de los datos, utilizando los siguientes datos de contacto: Agencia Española de Protección de los Datos en la dirección <http://www.aepd.es>.

Leído y entendido todo lo indicado anteriormente,

- Por cuenta propia.
- Ejerciendo la responsabilidad parental por cuenta del/ de la menor.

D./Dña. _____, con DNI _____ y con domicilio en _____ (calle y ciudad) Ejerciendo la responsabilidad parental o en calidad de representante legal del/ de la menor.

- D./Dña. _____, con DNI _____ y con domicilio en _____ (calle y ciudad), en calidad de (indicar madre/padre/tutor legal).

&

- D./Dña. _____ con DNI _____ y con domicilio en _____ (calle y ciudad), en calidad de _____ (indicar madre/padre/tutor legal).

DECLARA que se le ha informado/a de forma apropiada de los aspectos relacionados con los costes, finalidad y modalidad del tratamiento de los datos personales, manifiesta el propio libre consentimiento, tachando la casilla indicada a continuación, a la prestación y al preventivo anteriormente expuesto.

- ACEPTA/ACEPTAN LOS TERMINOS
- NO ACEPTA/ACEPTAN LOS TERMINOS

DECLARA que se le ha informado/a de forma apropiada acerca al tratamiento de los datos personales y en relación con lo indicado al tratamiento de los datos concomitante al estado de salud, manifiesta el propio libre consentimiento, tachando la casilla indicada a continuación, al tratamiento y a la comunicación de los propios datos personales para aquellas finalidades indicadas con anterioridad en el presente documento.

- ACEPTA/ACEPTAN LOS TERMINOS
- NO ACEPTA/ACEPTAN LOS TERMINOS

DECLARA que se le ha informado/a de forma apropiada sobre el envío de los datos de contacto y facturación a la Agencia Tributaria (AET) mediante flujo telemático para la declaración de la renta del titular de los datos.

- ACEPTA/ACEPTAN LOS TERMINOS
- NO ACEPTA/ACEPTAN LOS TERMINOS

En Madrid, a _____ de 2023

Firma/as

Anexo 8. Consentimiento para realizar el trabajo de fin de máster basado en un caso



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER BASADO EN UN CASO

Yo,

_____ con DNI: _____ - _____ paciente de _____ desde _____ y con número de Historia Clínica _____, autorizo a

_____ alumno/a de Máster _____ de la Universidad Europea de Madrid en prácticas en el centro _____, a realizar el Trabajo de Fin de Máster a partir de mi proceso terapéutico, que entregará y expondrá en la Universidad basándose en el trabajo psicoterapéutico realizado.

Por medio de la presente, se garantiza la confidencialidad de todos los datos personales, de acuerdo con el *Reglamento General de Protección de Datos de Carácter Personal*.

MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO Y ESTAR DE ACUERDO CON ÉL.

En _____, a _____ de _____ de 202....

Fdo:

Dº/Dña. _____