



**Universidad
Europea** MADRID

TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA DE UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA

Máster de Psicología General Sanitaria

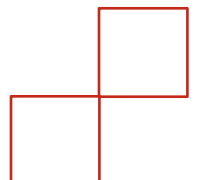
Autor/a: María Montero Martínez

Tutor/a: María Ascensión Blanco

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
Fernando Alonso, 828670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida
28108 Madrid

Curso 2021/22



Resumen

En el siguiente estudio de caso clínico se describe la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual en régimen de Hospital de Día. Los objetivos del caso fueron la recuperación progresiva de la sintomatología propia del Trastorno de Alimentación, así como la sintomatología subyacente como la autoestima, la gestión emocional y/o las habilidades sociales. La paciente ha acudido a CITEMA, un centro integral del tratamiento de los trastornos alimentarios y emocionales, en régimen de hospital de día durante aproximadamente 7 meses donde recibió un tratamiento multidisciplinar tanto a nivel individual como a nivel grupal. Tras la recuperación ponderal y mejora de la sintomatología, la paciente recibió el alta hospitalaria y fue derivada a tratamiento ambulatorio en el mismo centro, para seguir trabajando a nivel individual aquellos aspectos residuales de la patología. A día de hoy, la paciente continúa acudiendo a terapia ambulatoria debido a la necesidad de un tratamiento de larga duración en este tipo de pacientes con el objetivo conseguir una recuperación completa con prevención de recaídas.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Restrictiva, TCA, Terapia Cognitivo-Conductual, Hospital de día.

Abstract

The following clinical case study describes the application of cognitive-behavioural treatment in a day hospital setting. The objectives of the case were the progressive recovery of the symptoms of the eating disorder, as well as the underlying symptoms such as self-esteem, emotional management and/or social skills. The patient attended CITEMA, a comprehensive centre for the treatment of eating and emotional disorders, as a day hospital for approximately 7 months where she received multidisciplinary treatment at both individual and group level. After weight recovery and improvement of the symptoms, the patient was discharged from hospital and was referred to outpatient treatment at the same centre, to continue working on the residual aspects of the pathology on an individual level. To date, the patient continues to attend outpatient therapy due to the need for long-term treatment in this type of patient with the aim of achieving a complete recovery with relapse prevention.

Key words: *Anorexia Nervosa, Restrictive, ED, Cognitive behavioral therapy, Day hospital.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	1
1.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	2
1.3. COMORBILIDAD	3
1.4. EPIDEMIOLOGÍA	4
1.5. TRATAMIENTOS	5
1.5.1. Necesidad de un tratamiento multidisciplinar	5
1.5.2. Dispositivos de tratamiento	7
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA (ENTRE 250-500 → 252)	9
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	10
3.1. VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA	10
3.2. ENTREVISTA CLÍNICA INDIVIDUAL Y FAMILIAR	10
3.3. TEST PSICOLÓGICOS	10
3.3.1. EDI-2 (Garner, 1998) - Anexo 1	10
3.3.2. Cuestionario de autoestima de Rosenberg (Rosenberg et al., 1995) - Anexo 2	11
3.3.3. BDI - Cuestionario de depresión de Beck (Beck et al., 1996) - Anexo 3	11
3.3.4. MCMI-II - Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon et al., 1994) - Anexo 4	12
3.3.5. BSQ - Body Shape Questionnaire (Cooper et al., 1987) - Anexo 5	13
3.3.6. ISRA (Tobal & Vindel, 2007) - Anexo-6	13
3.3.7. Inventario de asertividad (Gambrell & Richey, 1975) - Anexo 7	14
3.3.8. TAS-20 (Martínez-Sánchez, 1996) - Anexo 8	14
4. FORMULACIÓN DEL CASO	15
4.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROBLEMA	15
4.1.1. Historia de desarrollo y de la enfermedad	15
4.1.2. Aspectos académicos	16
4.1.3. Antecedentes y relaciones familiares	16
4.1.4. Relaciones sociales	16
4.2. ANÁLISIS PSICOLÓGICO DEL PROBLEMA	17
4.2.1. Hipótesis de origen	17
4.2.2. Hipótesis de mantenimiento	17
4.3. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE EVALUACIÓN	18
4.3.1. Resultados EDI (Silva et al., 2012)	18
4.3.2. Resultados cuestionario de autoestima de Rosenberg	18
4.3.3. Resultados Inventario de Depresión de Beck (BDI)	18
4.3.4. Resultados MCMI-II	19
4.3.5. Resultados BSQ	20
4.3.6. Resultados ISRA	20
4.3.7. Resultados Inventario de Asertividad	20
4.3.8. Resultados TAS-20	20
4.4. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	21
5. TRATAMIENTO	22
5.1. REALIZACIÓN DE LAS INGESTAS EN HOSPITAL DE DÍA	22
5.2. GRUPOS TERAPÉUTICOS	22
5.2.1. Plan de vida (Anexo 9)	22

5.2.2.	<i>Habilidades sociales</i>	23
5.2.3.	<i>Afectivo emocional:</i>	24
5.2.4.	<i>Afectivo sexual:</i>	25
5.2.5.	<i>Grupos diversos</i>	25
5.3.	TERAPIA INDIVIDUAL	26
5.4.	TERAPIA FAMILIAR	26
5.5.	ESTABILIZACIÓN PONDERAL	26
5.6.	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INDIVIDUALIZADO	26
5.7.	CONSULTAS EXTERNAS	27
6.	VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	28
6.1.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DIFICULTADES	28
6.2.	MEJORAS DURANTE EL TRATAMIENTO	28
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	30
7.1.	DISCUSIÓN	30
7.1.1.	<i>La importancia de visualizar este tipo de patología</i>	30
7.1.2.	<i>Justificación de la elección del tratamiento</i>	31
7.1.3.	<i>Limitaciones del estudio</i>	32
7.2.	CONCLUSIONES	33
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
9.	ANEXOS	37
9.1.	ANEXO 1: EDI-2	37
9.1.1.	<i>Descripción de las áreas</i>	40
9.2.	ANEXO 2: ESCALA DE ROSENBERG	42
9.3.	ANEXO 3: BDI	43
9.4.	ANEXO 4: MCMI-II	44
9.4.1.	<i>Escalas básicas</i>	51
9.4.2.	<i>Personalidad patológica</i>	52
9.4.3.	<i>Síndromes clínicos</i>	53
9.4.4.	<i>Síndromes clínicos graves</i>	54
9.5.	ANEXO 5: BSQ	55
9.6.	ANEXO 6: ISRA	57
9.7.	ANEXO 7: INVENTARIO DE ASERTIVIDAD	61
9.8.	ANEXO 8: TAS-20	63
9.9.	ANEXO 9: PLAN DE VIDA	64

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales graves que afecta a la salud física y al funcionamiento psicosocial pudiendo provocar incluso la muerte (Rome & Strandjord, 2016) además de influir, en los adolescentes, en la formación de su identidad y en la autoestima (Mairs & Nicholls, 2016). Sin embargo, a pesar de que se ha visto la importancia de una intervención temprana en niños y adolescentes con este trastorno (Bould et al., 2017), a día de hoy, sigue siendo aún difícil que este tipo de pacientes sean rápidamente diagnosticados y tratados (Rome & Strandjord, 2016)

La sintomatología varía en la forma en la que aparece y en su severidad (Rome & Strandjord, 2016), siendo caracterizada por creencias negativas sobre la comida, la imagen corporal y el peso, así como, comportamientos que incluyen restricciones, atracones, ejercicio físico compulsivo, purgas o uso de laxantes (Bould et al., 2017), siendo más común en las mujeres la obsesión hacia el control del peso mientras que en los hombres el pensamiento obsesivo se centra más en la musculatura (Treasure et al., 2020).

1.1. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos para los TCA aparecen en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Esta nueva actualización se realizó para afinar más el diagnóstico describiendo de una forma más precisa los comportamientos de este tipo de pacientes puesto que en ediciones anteriores solo incluían en la categoría de TCA especificados la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) siendo más del 50% de pacientes diagnosticados de TCA no especificado (Rome & Strandjord, 2016). En el caso de la Anorexia Nerviosa, esta precisión ha hecho que se elimine el criterio de amenorrea en AN ya que, a pesar de ser un síntoma común en este tipo de paciente, es un síntoma que se presenta en casos con un largo desarrollo de la enfermedad por lo que excluía a aquellas pacientes con un desarrollo de la enfermedad más corto además de excluir por completo al género masculino (Herpertz-Dahlmann, 2015).

Además, el nuevo manual incorpora una nueva categoría denominada “otros trastornos del comportamiento alimentario especificados” en la que se incluyen aquellos diagnósticos en los que sí que se produce malestar o deterioro clínicamente significativo pero que son cuadros parciales puesto

que no cumplen todos los criterios diagnósticos para una de las categorías anteriores como ocurre en el caso de la AN atípica, donde no se cumple el criterio del peso (Herpertz-Dahlmann, 2015).

Esta patología se caracteriza por poseer un peso que es menor al mínimamente esperado, realizar dietas con una alta restricción de alimentos y poseer una alta distorsión a la hora de percibir el peso y la figura (Bould et al., 2017). Además, se caracterizan por poseer un miedo intenso a engordar, así como realizar comportamientos de forma persistente que interfieren en el aumento de peso, incluso cuando el peso es significativamente bajo (APA, 2014)

La DSM-V distingue dos subtipos, por un lado, la anorexia nerviosa restrictiva donde la pérdida de peso se debe a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio compulsivo, y por otro lado, la anorexia nerviosa purgativa donde además de lo anterior la paciente tiene comportamientos reiterados de atracones o purgas, ya sea vómito autoprovocado o uso de laxantes, diuréticos o enemas (Rome & Strandjord, 2016).

1.2. Diagnóstico diferencial

Es importante que para realizar un diagnóstico correcto se usen, por un lado, herramientas que evalúen los parámetros físicos de la patología como la insuficiencia ponderal u otros parámetros que indiquen la existencia de un TCA, y una entrevista clínica tanto con el paciente como con los familiares o tutores legales para evaluar la existencia de conductas y pensamientos propios del trastorno (Mairs & Nicholls, 2016).

Una vez evaluados estos aspectos, es adecuado realizar, un diagnóstico diferencial ya que según la APA (2014) hay síntomas que pueden confundirse con otras patologías (tabla 1).

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de la Anorexia Nerviosa según el manual DSM-V (2014)

Afecciones médicas (p.ej., enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia adquirida).	Se produce una pérdida importante de peso sin la existencia de una percepción alterada del propio peso o la propia constitución ni miedo intenso a ganar peso, ni comportamientos que interfieran en la ganancia del mismo. Sin embargo, esta afección médica puede dar lugar a un posible TCA que en principio se oculta tras la enfermedad física.
---	--

Trastorno depresivo mayor, esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias.	Se puede producir una reducción del peso debido a una ingesta nutricional escasa pero en ausencia de miedo a ganar de peso y de alteración de la imagen corporal.
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	En las pacientes de AN pueden existir sentimientos de humillación o vergüenza a la hora de comer en público por lo que solo se hará un diagnóstico comórbido de fobia social cuando existan otro tipo de miedos sociales no relacionados con la conducta alimentaria.
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	En las pacientes con AN pueden existir obsesiones y compulsiones relacionadas con los alimentos por lo que sólo se hará un diagnóstico comórbido con TOC cuando cuando no estén relacionadas con los mismos.
Trastorno dismórfico corporal	Se puede producir una preocupación por un defecto imaginario en su apariencia corporal pero solo se hará un diagnóstico comórbido con esta patología cuando no esté relacionado con el tamaño y la constitución corporal.
Bulimia Nerviosa	Pueden tener en común los comportamientos compensatorios para evitar la ganancia de peso, sin embargo, las pacientes con BN mantienen un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal.
Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos	Puede existir un déficit nutricional con pérdida de peso significativa pero no tienen miedo a aumentar el peso o engordar ni una alteración a la hora de percibir su peso y su constitución corporal.

1.3. Comorbilidad

El tratamiento de los TCA puede verse alterado debido a la existencia conjunta del TCA con otras enfermedades médicas o psiquiátricas (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

En cuanto a la gravedad y las consecuencias de las enfermedades médicas, varían en función de la cantidad y la velocidad a la que se disminuya el peso corporal, el nivel de insuficiencia ponderal, los

años de duración del trastorno, la frecuencia de las purgas y la edad de la paciente. Sin embargo, suele ser más probable que este tipo de daños puedan llegar a provocar la muerte de la paciente cuando se trata de un TCA de varios años de duración (Herpertz-Dahlmann, 2015).

En la AN los problemas físicos suelen aparecer por la inanición e incluyen: problemas cardiovasculares (bradicardia e hipotensión), molestias gastrointestinales debido al estreñimiento y la distensión abdominal, complicaciones del sistema endocrino (síndrome de enfermedad eutiroidea), en las niñas amenorrea y en los niños bajos niveles de testosterona, osteoporosis en pacientes mayores o retraso en el desarrollo en pacientes prepúberes, anemia y disminución de las plaquetas y disminución del tejido cerebral que puede provocar una menor actividad cerebral y cambios de humor (Rome & Strandjord, 2016). Además, también se producen otros signos más visibles como la aparición de lanugo, la piel seca, la disminución de la temperatura corporal o la alopecia (Herpertz-Dahlmann, 2015).

En cuanto a los trastornos psiquiátricos, por un lado, en el caso de la AN restrictiva suele ser común que este tipo de pacientes presenten comorbilidad con trastornos de ansiedad como la ansiedad social o el trastorno obsesivo-compulsivo (Mairs & Nicholls, 2016) y trastornos del estado de ánimo como la depresión (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016), por otro lado, en el caso de la AN purgativa es común el abuso de alcohol u otras sustancias (APA, 2014).

1.4. Epidemiología

Los TCA, pueden afectar a toda la población sin distinción en edad, género, orientación sexual, etnias o geografía. Sin embargo, es más prevalente en mujeres adolescentes y jóvenes. El inicio es más temprano en el caso de la anorexia nerviosa que en el caso de la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón (Treasure et al., 2020). Además, la epidemiología de este trastorno se ha visto modificada debido a la reclasificación de los trastornos en el DSM-5. El diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se ha incrementado (del 30% al 40% y del 7% al 12%, respectivamente) mientras que el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS) se han reducido significativamente debido como hemos dicho a una mayor claridad de los criterios que facilitan la asignación de las pacientes en los cuadros completos o parciales de TCA (Herpertz-Dahlmann, 2015).

En cuanto a la incidencia de AN, la evidencia científica indica que los resultados pueden no ser del todo exactos, debido a que a veces se refieren únicamente a los casos diagnosticados en hospital que se

registran en los ingresos hospitalarios y en las pacientes ambulatorias de los centros de salud mental (Mangweth-Matzek & Hoek, 2017).

Según los datos de la APA (2014) la prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa en mujeres jóvenes es de 0.4% siendo además mayor en hombres que en mujeres (10:1).

En conclusión, el estudio de la epidemiología de este tipo de trastorno es complicada debido a las dificultades en su diagnóstico por la variedad de la sintomatología, el desconocimiento de la población, la estigmatización existente al ser un trastorno psiquiátrico y el hecho de que a menudo las personas que lo sufren pueden disimularlo a través de conductas saludables (Mangweth-Matzek & Hoek, 2017).

1.5. Tratamientos

En el tratamiento de estos pacientes es muy importante crear un vínculo terapéutico que sea estable puesto que suelen presentar una alta ambivalencia y resistencia al tratamiento. Sin embargo, el pronóstico es favorable ya que con la intervención un 40% de los pacientes harán una recuperación completa, por ello, es muy importante la detección precoz pues se ha comprobado que la intervención es más efectiva en las primeras etapas de la enfermedad, cuando el desarrollo es menor a 3 años (Zipfel et al., 2015). Por último, cabe destacar, que a pesar de que el pronóstico sea favorable, la media de duración de los tratamientos es de 4 años, por lo que se trata de un tratamiento de larga duración (Acerete et al., 2013).

1.5.1. Necesidad de un tratamiento multidisciplinar

- **Tratamiento farmacológico**

Antes de prescribir un tratamiento farmacológico es recomendable evaluar la situación psiquiátrica, médica, nutricional y social del paciente, así como, la existencia de comorbilidad con otras patologías psiquiátricas. Los medicamentos más utilizados son los antidepresivos como la Fluoxetina y los antipsicóticos como la Olanzapina (Blanchet et al., 2019), para conseguir una mejora de la ansiedad frente a las ingestas y de la sintomatología depresiva, una estabilización ponderal, un control de la hiperactividad y del pensamiento obsesivo y ayudar en la prevención de recaídas (Morandé et al., 2015).

- **Tratamiento nutricional**

En la AN la intervención nutricional por si sola no se considera un tratamiento adecuado, sin embargo, cada vez está siendo más aceptada la figura del nutricionista dentro del tratamiento multidisciplinar (Zipfel et al., 2015).

En el caso de la anorexia nerviosa, se deben establecer los siguientes objetivos a nivel nutricional (Morandé et al, 2015):

- Corregir la malnutrición y conseguir recuperar aquellos déficits nutricionales específicos (vitaminas, hierro, magnesio...).
- Recuperar el crecimiento y el desarrollo físico en el caso de los adolescentes.
- Proporcionar una educación alimentaria para modificar los patrones nutricionales tanto del paciente como de la familia.
- Prevención de las recaídas.

Para ello el especialista en nutrición realizará una prescripción de las cantidades y proporciones necesarias de aporte energético y nutrientes, que irán aumentando progresivamente. Será necesario que los pacientes reciban supervisión durante las ingestas y en aquellos casos graves donde existe además una negativa a la ingesta por parte del paciente, podrá indicarse una alimentación nasogástrica con supervisión de los profesionales (Zipfel et al., 2015).

- **Psicoterapia con el paciente**

Al principio del tratamiento, según la Guía Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (2009), es importante trabajar a nivel motivacional la conciencia de enfermedad y la resistencia al cambio, así como, la estabilización ponderal.

Tras esto es adecuado implementar algunas herramientas que sirvan como alternativa a la sintomatología alimentaria (Morandé et al, 2015):

- Implementar nuevos hábitos como alternativa a las obsesiones y compulsiones.
- Afrontamiento ante las situaciones fóbicas, como por ejemplo, la fobia social sufrida en este tipo de pacientes.
- La necesidad de estar acompañado sin que haya rol de vigilante, en primer lugar por el terapeuta, y posteriormente por familiares o amigos.

- Reincorporación progresiva de los alimentos prohibidos
- Terapias de exposición con prevención de respuesta para la mejora de la aceptación de la imagen corporal y de las ingestas establecidas.

- **Psicoterapia familiar**

El objetivo más importante de la intervención familiar es aplicar una intervención en psicoeducación con pautas acerca de los cambios a nivel alimentario que deben realizar los pacientes y estrategias de afrontamiento que les ayude a manejar aquellas situaciones complicadas que se puedan presentar (Campos León, 2021).

La terapia familiar también consiste en la modificación de aquellos patrones que sean disfuncionales en la interacción familiar, así como, la reestructuración del sistema familiar. Algunos de los objetivos dentro de este tipo de terapia son (Morandé et al, 2015):

- Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia
- Regulación emocional, así como habilidades para una expresión más clara y específica de las ideas y sentimientos.
- Establecimiento de límites dentro de la pareja promoviendo así la autonomía del paciente.
- Estrategias de resolución de problemas centradas en el “aquí y ahora”.
- Realizar actividades de disfrute dejando al margen el trastorno de alimentación

1.5.2. *Dispositivos de tratamiento*

Cada uno de los siguientes dispositivos que vamos a describir a continuación cuentan con el tratamiento multidisciplinar mencionado en el apartado 1.5.1.

- **Tratamiento a nivel ambulatorio (Morandé et al., 2015)**

Este tipo de tratamiento se aplica una vez se descartado que la malnutrición se debe a causas de tipo orgánico y cuando se ha visto que no existe la necesidad del ingreso en hospitalización o en hospital de día. Se trata de un tratamiento interdisciplinar cuyos objetivos son: normalizar la alimentación en cuanto a cantidad y tipo de alimentos, recuperación de la pérdida ponderal, normalización de la

actividad física, mejora de las emociones, así como de las creencias y pensamientos alterados y enriquecimiento de las relación familiar y social del paciente.

- **Tratamiento en Hospital de Día (Morandé et al., 2015).**

Este tipo de tratamiento se aplica en aquellos pacientes con un fracaso previo en el tratamiento ambulatorio, que han estado hospitalizados con anterioridad, con resistencia al tratamiento e incumplimiento de las prescripciones terapéuticas o que poseen familiares que empeoran o mantienen la patología. Además, se utiliza como paso intermedio de hospitalización al tratamiento ambulatorio o también para evitar una hospitalización directa en pacientes graves.

Los objetivos del tratamiento en hospital de día son:

- Recuperación ponderal.
- Reducción de los pensamientos desadaptativos sobre el peso, la alimentación y la imagen corporal.
- Reducción de las conductas anormales como la restricción, las purgas o el ejercicio físico compulsivo.
- Aumento de la motivación al cambio para reducir la ambivalencia.
- Realización de un alta de forma progresiva
- Identificación de los factores mantenedores y las comorbilidades psiquiátricas

- **Tratamiento en Hospitalización Completa (Morandé et al., 2015).**

La hospitalización a tiempo completo es la mejor opción en aquellos casos donde existe un alto riesgo médico que compromete seriamente la vida del paciente y/o su evolución en el tratamiento, así como, cuando existen conductas lesivas que ponen en riesgo la seguridad de la persona.

Los objetivos de tratamiento son mejorar la malnutrición y otras alteraciones biológicas, mejorar aquellas alteraciones psicológicas conductuales y sociales y trabajo de la imagen corporal en relación con la cultura.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA (entre 250-500 → 252)

A, es una mujer de 20 años que estudia tercero de Psicología. La paciente es la mayor de una familia de dos hijos, vive actualmente en Madrid en el núcleo familiar compuesto por su madre Cecilia (Física, actualmente trabajando en IBM), su padre Ricardo (se ha dedicado toda su vida a la telecomunicación aunque actualmente está prejubilado) y su hermano Gonzalo de 17 años, con los que tiene una buena relación.

A los 8 años, la paciente acudió a psicología infantil para trabajar las dificultades sociales y los problemas de autoestima. El desarrollo del tratamiento fue óptimo, consiguiendo ganar más confianza en sí misma. Además, a partir de los 10 años, desarrolla una tricotilomanía cuya frecuencia ha ido disminuyendo con el tiempo, aunque en la actualidad continúa realizando este tipo de conductas de forma ocasional.

El 15-06-2020 ingresa en hospitalización completa en el Hospital La Luz por bradicardia. La dan el alta tres días después (18-06-20) e ingresa en régimen de hospital de día en CITEMA, un centro integral del tratamiento de los trastornos alimentarios y emocionales que se encuentra ubicado en Moncloa (Madrid).

La paciente fue ingresada por presentar un cuadro grave de Anorexia Nerviosa que cursa con restricción alimentaria y conductas compensatorias de hiperactividad. Al ingreso, posee una insuficiencia ponderal siendo su estatura de 168 centímetros y su peso de 46 kilos, lo que nos indica que está en un Índice de Masa Corporal (IMC) de 16,31, es decir, cerca de la delgadez severa considerada por debajo de 16 puntos.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

3.1. Valoración antropométrica

Una vez llegan a hospital de día se les mide el peso y la altura para ir controlando a partir de ese momento su Índice de Masa Corporal. La paciente fue pesada lunes, miércoles y viernes antes de la comida y después de ir al baño durante todo su tratamiento.

3.2. Entrevista clínica individual y familiar.

La paciente fue evaluada de forma individual a través de la psicóloga y el psiquiatra del centro de día que se le asignó. Estas veían a la paciente una vez a la semana para fijar nuevos objetivos y revisar las dificultades encontradas.

Además, se ha realizado una entrevista familiar para conocer cómo es la relación entre los miembros de la familia. Así mismo, los padres han acudido cada jueves a la terapia grupal de padres donde se realiza psicoeducación para ayudar con la comprensión de la patología y se les proporciona diferentes herramientas para aquellos conflictos que puedan surgir fuera del centro, convirtiéndose de esta forma en un apoyo esencial para sus hijos la recuperación del trastorno alimenticio.

3.3. Test psicológicos

Al ingresar en el centro, se le administran unos test psicológicos para evaluar la existencia o no de patología alimentaria y la posible comorbilidad con otras patologías.

3.3.1. EDI-2 (Garner, 1998) - Anexo 1.

Este cuestionario resulta el de mayor aceptación para la evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Evalúa a través de 91 ítems en escala tipo Likert, no solo la presencia de síntomas alimentarios sino también de aquellas dimensiones psicológicas que se relacionan con el mantenimiento del trastorno.

Una vez corregido en la plantilla se proporciona un gráfico con los resultados donde se compara las puntuaciones obtenidas por la paciente con una mujer con TCA y sin TCA.

La prueba proporciona diferentes puntuaciones sobre las siguientes dimensiones: Obsesión por la delgadez (DT), Bulimia (B), Insatisfacción corporal (BD), Ineficiencia (I), Perfeccionismo (P), Desconfianza interpersonal (ID), Conciencia interoceptiva (IA), Miedo a la madurez (MF), Ascetismo (A), Impulsividad (IR) e Inseguridad social (SI). La descripción sobre dichas áreas la podemos encontrar en el Anexo 1.

3.3.2. *Cuestionario de autoestima de Rosenberg (Rosenberg et al., 1995) - Anexo 2.*

Este cuestionario es una medida específica de autoestima, entendida esta como la evaluación que hace una persona sobre sus cualidades, aptitudes y valía personal. Es una prueba autoadministrada que está compuesto por 10 ítems con 4 opciones de respuesta tipo Likert, de los cuáles cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia.

La puntuación mínima que se puede obtener es de 10 puntos y la máxima de 40 puntos. En función de la puntuación obtenida se puede clasificar en:

- **Autoestima elevada:** La puntuación obtenida se encuentra entre 30 y 40 puntos, se considera una autoestima normal.
- **Autoestima media:** La paciente no presenta problemas de autoestima que sean considerados de gravedad, pero si necesita trabajarla.
- **Autoestima baja:** Existen problemas significativos de autoestima.

3.3.3. *BDI - Cuestionario de depresión de Beck (Beck et al., 1996) - Anexo 3.*

El inventario de depresión de Beck es una prueba compuesta por 21 ítems basada en los criterios diagnóstico para depresión de los manuales DSM-IV y CIE-10 y que, por lo tanto, proporciona información sobre la existencia de sintomatología propia de este trastorno como tristeza, llanto, anhedonia, etc.

Cuando se les administra el test, se pide a los pacientes que respondan en relación al marco temporal de las últimas dos semanas incluyendo el día en el que realizan la prueba, para que sea más fiable a la hora de realizar un diagnóstico.

Cada ítem tiene formato de respuesta tipo Likert que va de 0 a 3 puntos, exceptuando el ítem número 16 (cambios en el patrón del sueño) y el ítem número 8 (cambios en el apetito) que contiene 7 opciones de respuesta. Además, esta prueba permite distinguir entre la ausencia de depresión (de 0 a 13 puntos), la depresión leve (de 14 a 19 puntos), depresión moderada (de 20 a 28 puntos) y la depresión severa (de 29 a 63 puntos).

3.3.4. *MCMI-II - Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon et al., 1994) - Anexo 4*

Esta prueba está compuesta por 175 ítems con estilo de respuesta dicotómica (verdadero / falso) y constituye una primera aproximación al diagnóstico de los Trastornos de la personalidad.

Un TP consiste en la presencia de rasgos de la personalidad disfuncionales y desadaptativos que causa deterioro funcional significativo o malestar subjetivo. En cuanto a las puntuaciones que podemos obtener, deben ser consideradas de alta gravedad aquellas puntuaciones que estén por encima de 85 puntos y tendencia aquellas que estén por encima de 75.

El test se divide en las siguientes escalas:

- **Escalas básicas:** Esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva.
- **Personalidad patológica:** Esquizotípica, límite y paranoide. Estas tres propuestas adicionales son distintas de las 10 anteriores consideradas como básicas debido a la aparición en estos pacientes de episodios psicóticos y a la existencia de déficit en la competencia social. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el punto de vista de la organización de la personalidad y menos efectivos en el afrontamiento que los 10 tipos más leves.

Además, muestra dos tipos de síndromes que suelen presentarse de forma breve o transitoria, aumentando y disminuyendo en el tiempo en función del impacto de las situaciones estresantes. Se trata de caricaturas o acentuaciones del estilo básico de personalidad. La mayoría de los síndromes clínicos descritos en esta sección son de tipo reactivo, es decir, de menor duración que los trastornos de la personalidad. Durante períodos de patología activa, no es infrecuente en los distintos síntomas covariar al mismo tiempo y cambiar a través del tiempo en sus grados de gravedad.

- **Síndromes clínicos moderados:** Ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas.
- **Síndromes clínicos graves:** Pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante.

Por último, el test evalúa la sinceridad mostrada por la paciente a la hora de responder al test, la deseabilidad social y la posible existencia de una alteración en las respuestas.

3.3.5. *BSQ - Body Shape Questionnaire (Cooper et al., 1987) - Anexo 5.*

Este cuestionario evalúa la insatisfacción corporal, el miedo a engordar, la baja autoestima por la apariencia y el deseo de perder peso. Este está compuesto por 34 ítems con 6 opciones de respuesta tipo likert.

A través del test se obtiene una puntuación general acerca de la preocupación sobre la imagen corporal que es considerada patológica a partir de 105 puntos y que se puede dividir en:

- **Sin preocupación:** < 81 puntos
- **Leve preocupación:** 81-110 puntos
- **Preocupación moderada:** 111-140 puntos
- **Preocupación extrema:** > 140 puntos.

3.3.6. *ISRA (Tobal & Vindel, 2007) - Anexo-6*

Este cuestionario está compuesto por 23 ítems con un sistema de respuesta tipo likert con 5 opciones de respuesta que van de 0 (casi nunca) a 4 (casi siempre). Esta prueba evalúa el nivel general de ansiedad como rasgo de personalidad, midiendo tanto los tres sistemas de respuesta que poseemos ante la ansiedad (cognitivo, motor y fisiológico), así como, cuatro áreas situacionales (situaciones sociales o interpersonales, situaciones fóbicas, situaciones de evaluación y situaciones de la vida cotidiana).

La puntuación directa se convierte en percentiles obteniendo los siguientes rangos de puntuación tanto en el nivel general de personalidad como en los rasgos de personalidad:

- **Ausencia de ansiedad o ansiedad mínima:** 0-24 puntos.
- **Ansiedad moderada o ansiedad marcada:** 25-74 puntos.
- **Ansiedad severa:** 75-94 puntos.
- **Ansiedad extrema:** > 99 puntos.

3.3.7. *Inventario de asertividad (Gambrill & Richey, 1975) - Anexo 7*

Este inventario evalúa la posible existencia de dificultades para comportarse en situaciones sociales e interpersonales de una forma asertiva, como, por ejemplo, pedir un favor, hacer un cumplido, etc. El test evalúa por un lado el grado de malestar (GM) ante ciertas situaciones a través de una escala likert desde 1 (ninguno) a 5 (muchísimo), y por otro lado, la probabilidad de respuesta asertiva (PR) ante esas situaciones a través de una escala tipo Likert que va desde 1 (siempre lo hago) a 5 (nunca lo hago).

La escala se evalúa sumando las puntuaciones. El punto de corte medio para el grado de malestar o de ansiedad es de 96 puntos mientras que la de la probabilidad de respuesta es de 111 puntos. A partir de este punto de corte obtenemos 4 subescalas para formular los resultados del test:

- **Asertivos:** Aquellas personas con un GM bajo y PR alto, es decir, personas que no experimentan incomodidad y actúan asertivamente.
- **No asertivos:** Personas con GI alto y PR bajo, es decir personas que manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conductas asertivas y que no actúan asertivamente.
- **Actores ansiosos:** Personas con GI alto y PR alto, es decir, personas que si que tienen conductas asertivas, pero con un alto nivel de ansiedad.
- **Indiferentes:** Personas con GI bajo y PR bajo, es decir, son personas que no actúan asertivamente pero tampoco experimentan ansiedad.

3.3.8. *TAS-20 (Martínez-Sánchez, 1996) - Anexo 8*

Este inventario está compuesto por 20 ítems con 5 opciones de respuesta tipo likert (desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo) y evalúa la posible existencia de alexitimia, siendo esta definida como una discordancia entre los actos y las emociones. La puntuación obtenida puede estar entre 20 y 100 puntos, obteniendo las siguientes interpretaciones:

- **Ausencia de alexitimia:** ≤ 51 puntos
- **Posible alexitimia:** 52-60 puntos
- **Alexitimia:** ≥ 61 puntos

4. FORMULACIÓN DEL CASO

4.1. Descripción detallada del problema

4.1.1. *Historia de desarrollo y de la enfermedad*

Los padres comentan que desde pequeña siempre ha sido una niña muy miedosa con todo lo que implicase algún cambio (por ejemplo, la entrada a la guardería fue complicada, tenía miedo a orinar en el inodoro y miedo a andar). En la actualidad, tiene fobia a volar.

Durante su adolescencia, tuvo una personalidad muy retraída e insegura, no se sentía cómoda en los grupos y realizaba muchas comparaciones. Además, tenía mala relación con algunos compañeros, excepto con su mejor amiga, con la que mantiene una relación más cercana. Su grupo de amigos estaba liderado por dos chicos que la hacían sentir que no estaba a la altura a través de conductas de humillación e infravaloración hacia la paciente (solo hablaba si ellos se lo permitían). Esto provocó un empeoramiento de la autoestima de la paciente durante el curso de 4º de ESO, así como, el comienzo de las autolesiones (arañazos, golpes y pellizcos) que actualmente se mantienen cuando se presenta alguna ingesta complicada.

En 1º de bachillerato, cambia de instituto y parece que tanto el estado anímico como las relaciones sociales, mejoran. Sin embargo, en 2019 comienza a realizar una dieta para bajar de peso. La paciente recuerda que durante esa época más personas de su alrededor comenzaron también a realizar dieta (incluida su madre) y a ir al gimnasio, por lo que ella decide probar también. Desde hace 5 años es vegana por motivos éticos a lo que también se une su madre desde noviembre (el padre y el hermano no). Fue durante esta época cuando la paciente estaba en su máximo peso (60 kilogramos).

Nos cuenta que al principio de la dieta se marcó un peso límite pero que cuando llegó a dicho peso quiso seguir bajando, esta vez sin ningún objetivo definido. Empezó a restringir cada vez más alimentos haciéndose el problema de alimentación más pronunciado durante la cuarentena, sobre todo al acabar los exámenes. Es en este momento también cuando comienza a realizar ejercicio físico de forma compulsiva con un objetivo compensatorio (realiza boxeo 3 o 4 días a la semana y sale a correr diariamente).

Debido al agravamiento de los síntomas, la paciente decide contárselo a sus padres y a su mejor amiga, debido a que padecía muchísima ansiedad. Los padres, se mostraron sorprendidos puesto que no

veían que su hija hubiese dejado de comer, pero la comprendieron, apoyaron y la buscaron ayuda rápidamente.

4.1.2. *Aspectos académicos*

Durante el instituto, la paciente nos comenta que siempre ha tenido una media de 7,5 y que a ella le parecía suficiente, sin embargo, debido al nivel de exigencia del colegio, en su entorno esas notas no tenían el mismo significado. Actualmente, la paciente estudia 2º de psicología en la Universidad Autónoma de Madrid con un adecuado rendimiento y un nivel de autoexigencia normativo.

4.1.3. *Antecedentes y relaciones familiares*

La paciente posee una abuela paterna diagnosticada de depresión crónica con medicación desde hace 40 años y un tío paterno con depresión y suicidio hace 15 años, sin embargo, esto último ha sido un tema tabú en la familia y nuestra paciente se entera unos días antes de su ingreso en hospital de día. Por último, en cuanto a la relación familiar, la paciente posee una relación de confianza con sus progenitores y su hermano pequeño, además, tiene una muy buena relación con sus primos, en especial con los primos maternos. Sin embargo, una vez ingresa en el hospital de día, se ve que la relación con la madre no es del todo sana, además, existe la sospecha de que la madre sufre también un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

4.1.4. *Relaciones sociales*

Las relaciones de amistad en el antiguo instituto fueron muy complicadas provocando en la paciente sentimientos de soledad. Su grupo de amigos comenzó a desvanecerse cuando cada uno comenzó a ir por su lado. Actualmente, posee un buen grupo de amigos en la universidad.

En el momento en el que comenzó su tratamiento en el hospital de día tenía una muy buena relación con una amiga que ella considera de confianza con la que, además, compartía grupo de amigos. Sin embargo, a lo largo del tratamiento en CITEMA esta relación se vuelve algo tóxica, la paciente comienza a verbalizar que siente que no la trata del todo bien y que sólo pone interés en quedar con ella cuando no tiene otros planes.

Por último, durante su tratamiento en el hospital de día, comienza a salir con un chico y está muy contenta

4.2. Análisis psicológico del problema

4.2.1. Hipótesis de origen

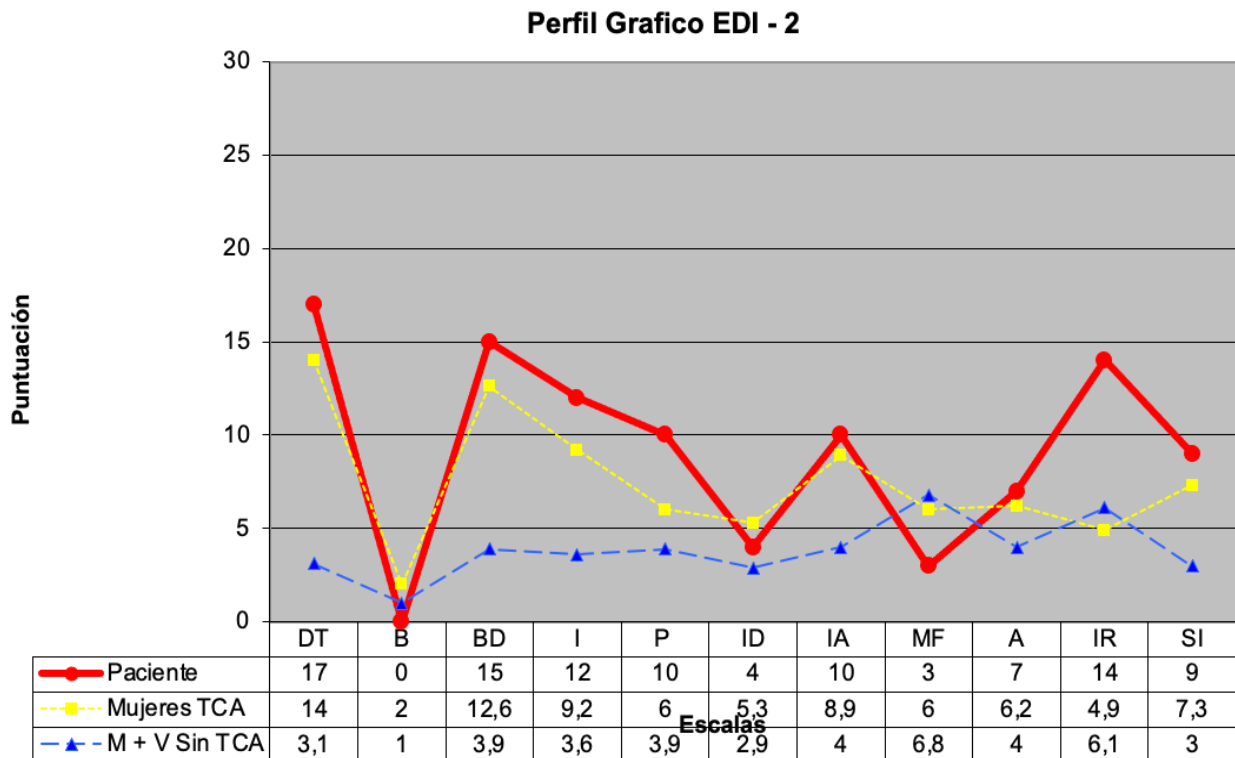
Hace referencia a la conducta problema, teniendo en cuenta elementos contextuales que han estado durante el inicio de la patología. En el caso de nuestra paciente encontramos que posee varios factores que la pudieron predisponer a padecer el trastorno como su edad, el hecho de ser mujer, el posible trastorno de alimentación padecido por la madre, los trastornos afectivos de familiares cercanos y sus problemas de autoestima e inseguridad provocada por una inadecuada relación con los padres durante la infancia. Con el paso del tiempo, vemos como se fueron desarrollando ciertos factores que pudieron influir en la aparición del trastorno (factores precipitantes). La paciente verbaliza que varias personas de su entorno comienzan a realizar dietas y a apuntarse al gimnasio, conductas que ella empieza a realizar también, además tiempo antes de ingresar en el centro, ella comienza a seguir una dieta vegetariana, en principio por ideología, aunque en muchos casos el seguir este tipo de dietas está también relacionado con la restricción de más alimentos de una forma justificada. Otros factores que también pudieron fomentar el inicio del trastorno fueron el aislamiento social de la paciente, así como la aparición del COVID 19.

4.2.2. Hipótesis de mantenimiento

Se refiere a aquellos elementos que hacen que aún no se haya extinguido la conducta o aquellos que aún la refuerzan. En el caso de nuestra paciente actúan como factores de mantenimiento la mala relación con la comida que posee su madre, por lo que el hecho de estar actualmente de erasmus ha hecho que haya una mejoría en la paciente. Además, la paciente posee ciertos pensamientos anorexígenos así como distorsión de la imagen corporal que la llevan a seguir realizando conductas propias del trastorno, aunque de menor gravedad y con una menor frecuencia.

4.3. Resultados de las pruebas de evaluación

4.3.1. Resultados EDI (Silva et al., 2012)



La paciente muestra puntuaciones alteradas en todas las áreas en comparación con una paciente con trastorno de la conducta alimentaria excepto en las áreas de conductas obsesivas a la hora de ingerir alimentos (bulimia), dificultad para mantener relaciones de confianza (ID) y sentimientos de inseguridad a la hora de crecer y dejar atrás la etapa de niñez (MF).

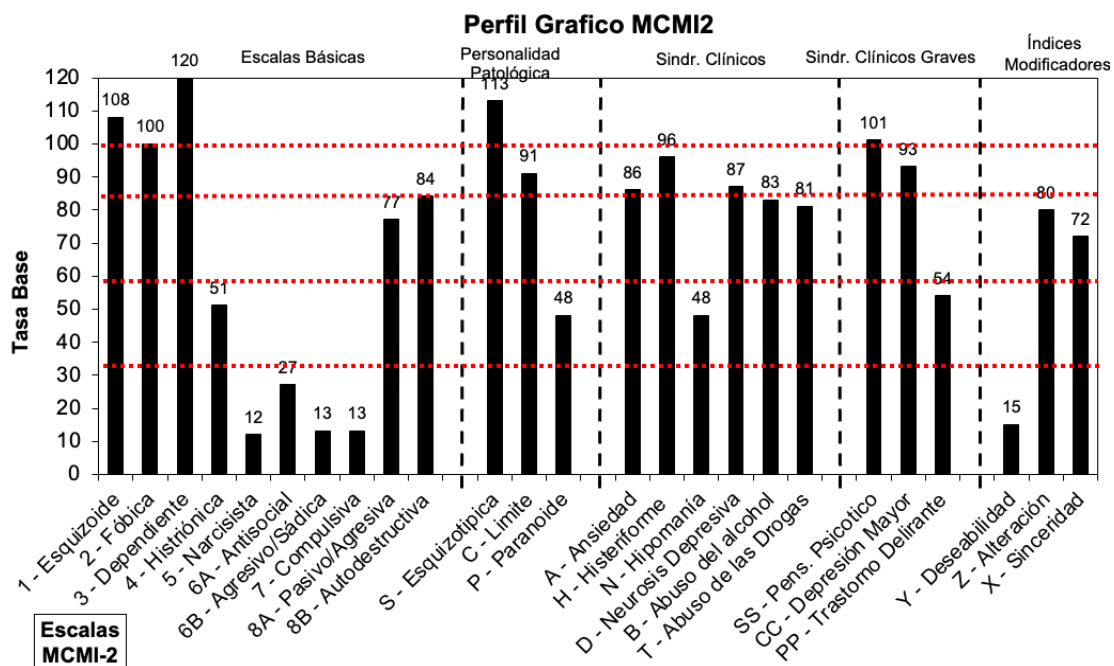
4.3.2. Resultados cuestionario de autoestima de Rosenberg

La paciente tuvo una puntuación de 25 puntos que describen una autoestima media. No existen problemas graves de autoestima, pero es conveniente mejorarla, ya que siguen existiendo dificultades en las relaciones personales, así como a la hora de afrontar diferentes situaciones.

4.3.3. Resultados Inventario de Depresión de Beck (BDI).

La paciente tuvo una puntuación de 34 que indica que se encuentra dentro de la población en riesgo, con síntomas de depresión severa.

4.3.4. Resultados MCMI-II



Las áreas con puntuaciones significativas que vamos a mencionar a continuación las podemos encontrar descritas en profundidad en el Anexo 4.

En primer lugar, en cuanto a las áreas básicas, la paciente ha obtenido puntuaciones de alta gravedad (a partir de 85 puntos) en las dimensiones Esquizoide, Fóbica y Dependiente. Así mismo, también ha obtenido puntuaciones significativas o de tendencia (a partir de 75 puntos) en las áreas Pasivo/Agresiva y Autodestructiva.

En segundo lugar, con respecto a las áreas de personalidad patológica, la paciente muestra puntuaciones de alta gravedad (por encima de 85 puntos) en la Escala S (Esquizotípica) y la escala C (Límite),

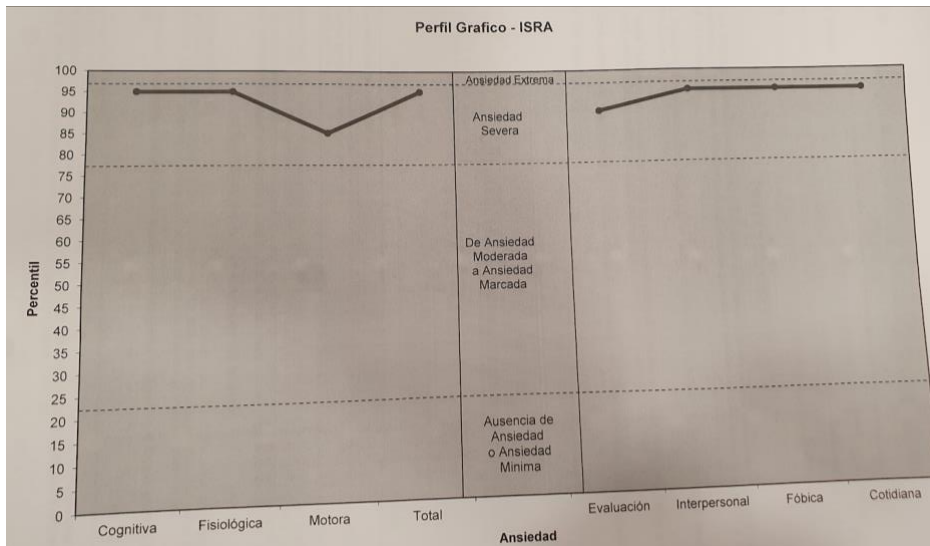
Con respecto a los síndromes clínicos y los síndromes clínicos graves, la paciente muestra puntuaciones superiores a 85 puntos que indican alta gravedad en todos los síndromes excepto en hipomanía (síndrome clínico) y en el trastorno delirante (síndrome clínico grave).

Por último, parece que los resultados son fiables puesto que a pesar de que la paciente muestra una alta puntuación en la alteración de los valores del test, también muestra una alta puntuación en la sinceridad a la hora de responder y baja en la deseabilidad por lo que no está intentando responder con el fin de agradar.

4.3.5. Resultados BSQ

La paciente tuvo una puntuación de 139 ítems lo que indica una preocupación sobre la imagen corporal moderada al encontrarse entre 110 y 140 puntos. Sin embargo, a pesar de ser moderada, debe ser considerada patológica puesto que está por encima de 105 puntos.

4.3.6. Resultados ISRA



La paciente ha obtenido puntuaciones entre 76 y 94 puntos, tanto en los tres sistemas de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora) como en las cuatro áreas situacionales (evaluación, interpersonal, fóbica y cotidiana) lo que indica que la paciente sufre de ansiedad severa

4.3.7. Resultados Inventario de Asertividad

La paciente obtuvo una puntuación de 146 en cuanto al grado de malestar y de 127, por lo que tendría un perfil de actor ansioso donde actúa de forma asertiva pero con un alto nivel de ansiedad. Por lo tanto, se debería trabajar la asertividad con la paciente para disminuir el grado de malestar.

4.3.8. Resultados TAS-20

La puntuación obtenida por la paciente en esta prueba fue de 35 lo que indica ausencia de alexitimia, al poseer una puntuación inferior a 51 puntos.

4.4. Objetivos de tratamiento

Los objetivos de tratamiento de la paciente según su sintomatología son:

- Realizar una reeducación alimentaria. La paciente realiza restricción alimentaria en todas las ingestas.
- Conseguir una estabilidad ponderal. Cuando la paciente ingresa en el hospital de día tiene una estatura de 168 centímetros y pesa 46 kilos, por lo que se encontraba en un IMC de 16,31 que indica que está rozando la delgadez severa considerada con un IMC por debajo de 16.
- Trabajar la dependencia y la necesidad de aprobación. La paciente muestra una alta dependencia y necesidad de aprobación tanto hacia los pares como hacia la familia.
- Trabajar las distorsiones cognitivas. La paciente muestra distorsión cognitiva en cuanto a la imagen corporal y a lo alimentario.
- Trabajar la autoestima y la autoaceptación del paciente. La paciente muestra un diálogo interno catastrofista y duro con ella misma.
- Habilidades sociales. La paciente muestra problemas tanto al hacer como al recibir críticas en todos los ámbitos de su vida
- Gestión emocional. La paciente tiene una inadecuada gestión emocional que la conduce a realizar la sintomatología alimentaria.

5. TRATAMIENTO

La paciente ha acudido al hospital de día durante aproximadamente 7 meses donde se ha conseguido una estabilización ponderal y una reducción de la sintomatología propia y subyacente de la patología. Sin embargo, debido a la larga duración del tratamiento en este tipo de pacientes, actualmente continúa acudiendo a tratamiento de forma ambulatorio para realizar seguimiento y seguir trabajando aquellos aspectos de la patología que se siguen manteniendo.

En el centro, se trabaja a través del cognitivo-conductual y la terapia emotiva racional de Ellis puesto que se ha demostrado que son los más adecuados para este tipo de trastorno mental.

5.1. Realización de las ingestas en hospital de día

La paciente realizaba la comida, la merienda y la cena en el hospital de día junto con el resto de sus compañeras. Las ingestas principales están compuestas por un primer plato, un segundo plato con guarnición, pan y postre. Las meriendas son variadas para introducir todo tipo de alimentos (fruta con yogur y frutos secos, bollería con leche, bocadillos de embutido variado y zumo, etc.). Las pacientes nunca podrán ir al baño tras las ingestas para evitar conductas compensatorias y además, deberán guardar 45 minutos de reposo tras la comida y 30 minutos tras la merienda.

5.2. Grupos terapéuticos.

Las pacientes realizan todos los días grupos terapéuticos durante su estancia en el hospital de día. A pesar de ser grupos con una temática establecida siempre podrán ser sustituidos por grupo de autoayuda en el caso de que alguna de las pacientes necesite ese tiempo para resolver alguna problemática. Los grupos existentes son:

5.2.1. Plan de vida (Anexo 9)

Las pacientes con TCA son pacientes con una alta necesidad de control por lo que la llegada del fin de semana o de festivos puede ser a veces una mala noticia para ellas al no poseer el soporte diario que tienen durante su estancia en el hospital de día. Desde el hospital, se les proporciona una herramienta muy útil denominado “plan de vida” que es realizado los viernes de manera grupal para una mejor organización del fin de semana, así como su posterior revisión en el grupo del lunes.

El plan de vida incluye:

- Pautas propuestas por los psicólogos como por ejemplo ingesta de batidos, tiempos de reposos, si tienen que ir al baño acompañadas, realización de media mañana y merienda, etc.
- Sección de objetivos donde las pacientes deberán ponerse cada semana objetivos que deberán cumplir durante el fin de semana. Estos objetivos deben ser de las áreas alimentaria, social, familiar, autocuidado y de estudio.
- Área de planificación del fin de semana donde deben apuntar aquellas actividades que realizarán durante la mañana, tarde y noche.
- Menú del fin de semana donde deben apuntar aquellas ingestas que realizan tanto dentro como fuera de casa si están autorizadas.
- Área de elogios donde deben escribirse tres elogios cada semana, de tal forma que mejoren el lenguaje hacia sí mismas.

5.2.2. *Habilidades sociales.*

Las habilidades sociales son definidas como el conjunto de conductas tanto verbales como no verbales que realizamos con el objetivo de realizar peticiones, expresar emociones, iniciar conversaciones, comunicar opiniones y defender nuestros propios derechos. En este tipo de pacientes, observamos como en la mayoría de los casos estas habilidades no han sido adquiridas de una manera adecuada predominando más un estilo de comunicación pasivo basado en la evitación de conflictos. Esta forma de comunicación desadaptativa provoca que la paciente anteponga la opinión y emociones de los demás a la suya propia provocando un alto malestar que se manifiesta a través de la sintomatología patológica alimentaria y del aislamiento. A través de este grupo de herramientas se les proporciona herramientas de comunicación asertiva para el adecuado enfrentamiento de conflictos y/o problemas que puedan surgir en el día a día.

Dentro del grupo terapéutico se han trabajado los siguientes aspectos:

- Qué son las habilidades sociales y como entrenarlas
- Autoconocimiento de las propias habilidades sociales
- Identificación de situaciones en las que las habilidades sociales son deficitarias
- Mejorar la comunicación de los demás
- Reestructurar los sesgos cognitivos y los miedos que supone las interacciones sociales.

- Psicoeducación sobre la relación entre emoción y conducta.
- Distinción entre los diferentes estilos comunicativos (pasivo, asertivo y agresivo).
- Cómo usar el estilo asertivo
- Aprender a defender mis derechos personas y a respetar los de los demás.
- Importancia de la comunicación no verbal
- Concordancia entre el tipo de comunicación y la situación
- Expresar y recibir halagos, críticas, emociones positivas y negativas.
- Como decir que “no”

5.2.3. *Afectivo emocional:*

Este grupo es de vital importancia puesto que los TCA están relacionados con una disregulación de las emociones y una mala gestión de las mismas que regulan a través de la comida. Por lo tanto, el objetivo de este grupo es que las pacientes desarrollen las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto final de capacitar para la vida personal y social. Asimismo, también se pretende que aprenda a gestionar de manera sana las emociones y poder regularlas cuando sea necesario. De esta forma, mejorarán la inteligencia emocional y existirá una menor probabilidad de producir sintomatología propia del trastorno facilitando así la recuperación de las pacientes.

Durante las sesiones se trabajaron los siguientes temas:

- Aprender qué son las emociones
- Conocer las emociones básicas y secundarias
- Saber identificar las propias emociones y las de los demás.
- Aprender a tolerar todas las emociones y comprender la importancia de ello.
- Expresión emocional.
- Control y regulación de las emociones.
- Herramientas para el manejo emocional
- Saber cómo expresar y recibir herramientas tanto positivas como negativas.
- Desmontar mitos y leyendas sobre las emociones.

5.2.4. *Afectivo sexual:*

Este tipo de pacientes muestran dificultades no solo a nivel emocional sino también con la imagen corporal.

Las relaciones sexuales son una exposición total tanto de nuestro cuerpo como de nuestras emociones a otra persona y a la posibilidad de ser juzgados a nivel físico, por lo que no es de extrañar que terminen siendo una dificultad importante para las personas que sufren este tipo de patología. Por lo tanto, es necesario realizar un grupo de este tipo para que conozcan todos los aspectos sexuales de los que disponen y fomentar tanto la expresión a nivel emocional dentro de la sexualidad como la exposición a nivel corporal ante la otra persona. Además, es muy importante que entiendan que el acto sexual solo debe ser realizado desde el disfrute y el placer puesto que en las pacientes con TCA este tipo de actividades son inexistentes o se realizan en muy baja frecuencia.

Dentro del grupo de terapia se han trabajado los siguientes aspectos:

- Psicoeducación sobre la masturbación y el orgasmo tanto masculino como femenino.
- Diferenciar el amor del sexo
- Psicoeducación acerca de medidas anticonceptivas y prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Conocimiento de las distintas variables dentro de la práctica sexual para que diferencien lo que es sexo de lo que no lo es.
- El sexo como método tanto de proporcionar placer como de recibirlo.
- Diferenciar entre el sexo oral y las fantasías, sueños eróticos o la pornografía.
- Conocimiento de las parafilias y fetiches.
- Aprender a comunicarse en el sexo y como decir que no a través de la asertividad.
- Trabajar los miedos sobre el propio cuerpo y la importancia del desnudo
- Conocer la relación entre el sexo y el TCA

5.2.5. *Grupos diversos*

El objetivo de este tipo de grupos es proporcionar un apoyo terapéutico extra en función de las necesidades de las pacientes, un espacio donde trabajar por un lado aquella sintomatología propia del trastorno de alimentación, tales como, los atracones o las purgas, y por otro lado, conocer cómo es

una alimentación saludable a través de los grupos realizados por la nutricionista del centro, donde se les ayuda no solo a realizar psicoeducación sino también a organizar de forma simuladas comidas más difíciles como puede ser ir a una fiesta, a un cumpleaños, etc...

5.3. Terapia individual.

La paciente fue atendida de forma individual por una de las psicólogas del hospital de día para ir trabajando también los objetivos de tratamiento de una forma individualizada. Dentro de la terapia individual y con la autorización del equipo del centro se van autorizando poco a poco los nuevos privilegios tales como comenzar a servirse ella la cena y la comida en el centro, días libres, ingestas libres, viajes con amigos, etc... de esta forma, a través de pequeñas recompensas, se va motivando al paciente para que continúe trabajando en su recuperación.

5.4. Terapia familiar.

La paciente recibió terapia familiar para potenciar la calidad de la relación familiar y ayudar a los padres a comprender la patología y darles pautas sobre cómo ayudar a su hija en esta etapa de su vida.

Además, los padres acudieron a la escuela de padres realizada los jueves en horario de tarde donde los objetivos son fomentar la participación de la familia para incrementar la eficacia del tratamiento además de proporcionar psicoeducación sobre la patología y herramientas para el manejo del problema.

5.5. Estabilización ponderal.

La paciente tuvo un control de peso durante todo su tratamiento pudiendo regular de esta forma la dieta de la misma en función de su IMC. La paciente ha sido pesada los lunes, miércoles y viernes antes de las comidas.

5.6. Tratamiento psiquiátrico individualizado.

La paciente fue atendida semanalmente por su psiquiatra, el cual le fue regulando el tratamiento farmacéutico además de establecer también objetivos en la misma dirección que la psicóloga. La paciente estaba tomando medicación para conseguir una estabilización del estado de ánimo a través

de la Sertralina (1-0-0) además, así como Lorazepam (1mg) para aquellos casos puntuales en los que necesitase disminuir el grado de ansiedad.

5.7. Consultas externas

Durante el tratamiento la paciente va recuperando la estabilización ponderal de manera progresiva, y por lo tanto, recibe el alta de hospital de día (23-02-21) pasando a consultas externas. La paciente se va de alta con un peso de 53,8 kilos y un IMC de 19,07 que indica normopeso.

Actualmente, la paciente continúa una vez a la semana, acudiendo a tratamiento en consultas externas con la misma psicóloga que la atendía de forma individual durante su estancia en el hospital de día, para seguir trabajando aquellos aspectos mantenedores del trastorno.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

6.1. Adherencia al tratamiento y dificultades

La paciente tuvo una buena adherencia al tratamiento, aunque es cierto que al principio le costó seguir las pautas alimentarias y a veces olvidaba tomar la medicación. Esto se mantuvo en el tiempo hasta que consiguió organizarse y estructurar sus hábitos.

Han existido algunas dificultades a la hora de realizar el tratamiento debido a que la paciente poseía unos rasgos de personalidad que se caracterizaban por la falta de paciencia y la necesidad de inmediatez. Además, la paciente había adquirido un rol de enfermo en casa poniéndoles a sus padres en el rol de cuidadores, lo que supuso un miedo intenso a la recuperación, por si la relación con sus padres empeoraba. Así mismo, hay que tener en cuenta la mala relación con la comida que existe por parte de la madre, la cual continúa siguiendo dietas de forma ininterrumpida, así como, la alimentación de tipo vegetariano que seguía la paciente y que ha hecho que sea más difícil realizar una reeducación alimentaria. Por último, cabe destacar también, la necesidad de complacencia de la paciente, que la ha provocado un alto nivel de malestar que en varias ocasiones ha mantenido la sintomatología al usar esta como método para la disminución del malestar.

Todas las dificultades anteriormente mencionadas, se han ido resolviendo poco a poco, gracias al vínculo terapéutico creado, que ha hecho que se pueda trabajar con la paciente de forma exitosa.

Cabe destacar que a pesar de que en este tipo de pacientes muy común la falta de motivación para seguir el tratamiento tal y como lo plantea la clínica, en su casa no hubo resistencia al mismo, nunca ha faltado a las sesiones y siempre se ha mostrado muy proactiva a la hora de trabajar tanto fuera como dentro de las sesiones de tratamiento.

6.2. Mejoras durante el tratamiento

La paciente actualmente se encuentra en una estabilización ponderal adecuada y continúa trabajando aquellos aspectos que la pueden influir a la hora de mantener la recuperación en el tiempo. Aunque nos hubiese gustado volver a administrar las pruebas psicométricas que se utilizaron para evaluar la patología al principio del tratamiento, para así, tener unos resultados más objetivos y contrastables, esto no ha sido posible debido a que la paciente se encuentra actualmente de erasmus, y por lo tanto, no era el momento adecuado para evaluar a través de este método.

Sin embargo, a continuación, vamos a describir aquellos aspectos que han ido mejorando a lo largo de su tratamiento:

- Realización de 5 ingestas completas, así como eliminación de los rituales propios de trastorno durante las mismas (trocear, escurrir, etc.).
- Recuperación ponderal, la paciente pasa a consultas externas con un peso de 53,8 kilos y un IMC de 19,07 que indica normopeso, manteniéndose actualmente.
- Durante las primeras sesiones en consultas externas, la paciente continúa mostrando mucha rigidez y miedo ante ciertos alimentos, a pesar de que se encuentra estable alimentariamente. Esto se debe a los sentimientos de inseguridad hacia su cuerpo cada vez que ingiere algún alimento prohibido. Se le propone ir introduciendo algún alimento de la lista. Tras esto, se propone merendar unas tortitas en el restaurante Vips, a pesar del agobio lo consigue y verbaliza que desea seguir introduciendo alimentos nuevos.
- Muestra inestabilidad emocional que la incomoda en su día a día. Se le explica que lo importante es conocerse a sí misma y reducir la intensidad de las emociones, haciendo caso a aquellos pensamientos que tiene cuando está bien y dejando a un lado aquellos que tiene cuando el estado anímico empeora. Poco a poco ha conseguido mejorar esta inestabilidad emocional.
- A, comienza a hablar de la enfermedad en pasado comienza a hablar en pasado, verbaliza que la enfermedad para ella es como si fuese un “ex”. Aunque a veces sigue haciendo caso a la enfermedad ha conseguido tirar la ropa que le quedaba pequeña y verbaliza que le gusta más la imagen corporal que tiene actualmente.
- Actualmente, se encuentra de erasmus en Italia. Allí le está yendo muy bien, tiene ámbito social y académico adecuado, en el alimentario también le va bien, aunque le da miedo el descontrol que está teniendo debido a las continuas quedadas con sus compañeros. Además, le está sirviendo para desvincularse de su madre, por lo que ella verbaliza que está mucho mejor.
- En cuanto a las relaciones tóxicas que mantenía tanto con su pareja como con su mejor amiga, poco a poco, ha conseguido desvincularse de ambos, cortando el contacto, ya que según verbaliza la paciente, son personas que no le hacen bien.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. Discusión

7.1.1. *La importancia de visualizar este tipo de patología*

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria comienzan en los adolescentes bajo el intento de comer más saludable, ya sea debido a la existencia de sobrepeso o sin el, para conseguir una disminución del peso corporal y, siendo influenciados normalmente por comentarios en los que se clasifican a los alimentos. Con el tiempo, estas conductas saludables se convierten en otras conductas más desadaptativas y peligrosas, en conductas obsesivas o extremas. Es el caso de las personas que comienzan a practicar una dieta restrictiva, llegando incluso a no realizar todas las comidas y en ocasiones acompañada de conductas compensatorias que inician en la realización de ejercicio físico intenso de forma compulsiva pudiendo llegar a realizar también otro tipo de conductas como el uso de laxantes o el vómito autoinducido (AN purgativa). Una vez se comienza a perder peso, los adolescentes son reforzados por las personas de su entorno lo que lleva a una obsesión por la pérdida de peso que puede provocar aislamiento, irritabilidad, problemas de concentración, miedo a ganar peso, distorsión de la imagen corporal, así como posteriormente, otras complicaciones físicas de gran gravedad (Golden et al., 2016).

Este es el caso de nuestra paciente, ya que como podemos ver aquellos factores que actuaron como precipitantes fueron en un principio acciones realizadas con el objetivo de empezar a cuidarse. Sin embargo, es muy fácil que cuando posees aquellos factores que te predisponen a padecer este tipo de trastorno, esta forma de cuidarte, desemboque en un TCA. Es por esto, que es de vital importancia que se realice prevención tanto en la población de riesgo como en sus familiares para que conozcan aquellas señales que nos alertan de que nuestro hijo/a puede estar sufriendo un TCA, detectando de esta forma con antelación cuando se ha cruzado la delgada línea entre la realización de hábitos saludables, y la realización de estos, de una forma obsesiva bajo la voz de la enfermedad.

El tipo de prevención que se debe realizar en este tipo de población de riesgo es la prevención primaria ya que se debe buscar disminuir los factores de riesgo que se desarrollan mayoritariamente en la población femenina en etapa escolar. Estos programas de prevención se centran en mejorar aquellos factores que actúan como protectores tales como la regulación emocional o las habilidades que ayudan a enfrentarse a las demandas del día a día. Además, podría ser adecuado realizar una prevención conjunta de este tipo de pacientes junto con aquellos que sufren obesidad, puesto que se trata de una prevención más eficiente al juntar ambos trastornos y se disminuye el riesgo de provocar

TCA cuando se trata de prevenir la obesidad ya que en este tipo de prevenciones se suele educar sobre el control de la ingesta y el peso, sintomatología típica de pacientes con TCA (Leme et al., 2018).

Por último, debido a la elevada influencia del ambiente cercano en el trastorno, sería adecuado también realizar grupos terapéuticos para los padres o familiares (Gruber et al., 2020). Cabe destacar, que la evidencia científica indica que no solo los padres influyen en la aparición y mantenimiento del TCA sino que también la aparición de la enfermedad en el núcleo familiar influye en ciertos aspectos como en la dinámica familiar debido a los problemas para afrontar la situación, en las relaciones con otros debido al estigma que sufren este tipo de pacientes y en las finanzas como consecuencia, por ejemplo, del gasto en el tratamiento con profesionales de la salud pudiendo provocar tensión en los cuidadores (Hillege et al., 2006).

7.1.2. Justificación de la elección del tratamiento

Para la intervención se han planteado objetivos que provienen de la Terapia Cognitivo Conductual y que han sido trabajados siempre desde un enfoque multidisciplinar. A continuación, vamos a justificar el uso de los mismos.

La Terapia Cognitivo Conductual afirma que nuestros comportamientos se ven influidos por nuestros pensamientos y emociones, y que, a su vez, ambos, influyen en la manera en la que actuamos (Souza et al., 2021). Esta forma de terapia ha ido avanzando en los últimos años consiguiendo que se convierta en un tratamiento integral efectivo tanto para aquellos adolescentes que sufren esta patología como también para aquellos adultos con más tiempo de desarrollo de la sintomatología (Dalle Grave et al., 2016) consiguiendo por un lado que se puedan alcanzar los objetivos primordiales de mejora de la salud física y de los niveles nutricionales, y por otro lado, permite adquirir tanto en los pacientes como en sus familiares formas más sanas de pensamiento, gestión emocional, aceptación del propio cuerpo y resolución y afrontamiento de los problemas evitando que recurran para ello a la sintomatología alimentaria (Morandé et al., 2014). Además, se ha demostrado que este tratamiento es válido en todos los niveles de tratamiento (media estancia, hospitalización y ambulatoria). A nivel ambulatorio, se ha observado como alrededor del 40% de los adultos y del 60% de los adolescentes consiguen un mantenimiento ponderal adecuado, estando acompañado este aumento de peso de mejoras en la psicopatología alimentaria consiguiendo unos niveles residuales mínimos en un 50% de los adultos y en un 80% de los adolescentes. Por último, a nivel hospitalario se ha observado como con este tipo de tratamiento, el tiempo de ingreso es menor y la recuperación ponderal es más rápida, sobretodo en el caso de los adolescentes (Dalle Grave et al., 2016).

Debido a la complejidad del tratamiento de la AN, independientemente del tipo de tratamiento que se elija, este siempre debe ser multidisciplinar, como pueden ser psicólogos, nutricionistas y psiquiatras, como ha sido en el caso de nuestra paciente. Además, este podría estar también compuesto en ocasiones por otros médicos especializados en aquellas áreas que se encuentren afectadas en la paciente como producto de la inanición, como puede ser el ginecólogo (amenorrea) o el cardiólogo (bradicardia), entre otros (Baldares, 2013).

Por último, cabe destacar, que debido a la baja conciencia de enfermedad de este tipo de pacientes, que se muestran con ambivalencia y resistencia al tratamiento, es de vital importancia crear una buena adherencia terapéutica (Zipfel, 2015).

En el caso de nuestra paciente, es probable que la elección de este tipo de tratamiento sumado a la buena adherencia terapéutica haya ayudado a que se estén consiguiendo de una forma progresiva los objetivos planteados, con un buen pronóstico hacia la recuperación completa.

7.1.3. *Limitaciones del estudio*

Como hemos podido observar a lo largo del caso clínico, los resultados del tratamiento han sido muy favorables, sin embargo, podemos encontrar también algunas limitaciones que han influido a la hora de la recuperación y que vamos a describir a continuación:

- La restricción alimentaria existente en el hogar familiar puede haber sido una variable que ha influido durante su tratamiento, debido a las continuas comparaciones por parte de la paciente de sus ingestas con las del resto de los miembros de la familia. Además, el tener que pasar de una alimentación vegetariana, a una alimentación en la que se incluyen todo tipo de alimentos también, ha hecho que haya sido más difícil realizar una reeducación alimentaria.
- El tipo de personalidad de la paciente caracterizada por la necesidad de inmediatez, la ha llevado en muchas ocasiones a poseer alta frustración frente al tratamiento, ya que el tratamiento en este tipo de pacientes es de larga duración y con una alta probabilidad de recaídas durante el mismo.

- La paciente presentaba dificultades para poner límites hacia los iguales lo que ha hecho también que el avance terapéutico sea más lento debido a su necesidad por complacer a los demás que le generaba malestar que era manejado a través de la sintomatología alimentaria.
- El hecho de que la paciente se encuentre actualmente de erasmus hace que el seguimiento tenga que ser a distancia, y que, aunque aparentemente siga mejorando de forma progresiva, la terapeuta tiene que fiarse de lo que ella le vaya trayendo a la sesión online y de los pesos que la paciente le comunica, por lo tanto, no será hasta que vuelva, cuando podamos ver el avance real.

7.2. Conclusiones

Como hemos mencionado en varias ocasiones la detección precoz de este tipo de patologías se trata de un factor que influye en gran medida en la recuperación del tratamiento. Es por esto por lo que se debe hacer caso a las señales que nos avisan de que alguien cercano puede estar sufriendo un trastorno de la conducta alimentaria intentando además que reciba cuanto antes ayuda profesional.

Además, durante el caso hemos visto como el tratamiento a media estancia en Hospital de Día, ha sido muy beneficioso en el caso de nuestra paciente. Esto ha podido ser debido a que se trata de un paso intermedio entre el ingreso hospitalario donde pierden la propia libertad en su totalidad y un tratamiento ambulatorio que puede no ser eficaz en aquellos casos de mayor gravedad, como es nuestro caso, ya que había una hospitalización completa previa y un ambiente familiar que mantenía el trastorno. Además, este tipo de tratamiento, al ser de media estancia, ha permitido a nuestra paciente poder compaginarlo con aquellos aspectos propios de cada etapa evolutiva, como, por ejemplo, continuar los estudios o disfrutar del tiempo de ocio tanto a nivel social como a nivel familiar, lo que ha podido servir de ayuda en su recuperación.

Sin embargo, aunque este tipo de tratamiento ha sido el más adecuado para nuestra paciente, cada caso debe ser evaluado de forma individual, para ver cual es el tratamiento que se adapta más a las necesidades del paciente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED. Capítulo, 7*.
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (5a ed.). Washington DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
3. Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 70(607), 475-482*.
4. Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
5. Blanchet, C., Guillaume, S., Bat-Pitault, F., Carles, M. E., Clarke, J., Dodin, V., ... & Godart, N. (2019). Medication in AN: a multidisciplinary overview of meta-analyses and systematic reviews. *Journal of clinical medicine, 8(2), 278*.
6. Bould, H., Newbegin, C., Stewart, A., Stein, A., & Fazel, M. (2017). Eating disorders in children and young people. *BMJ (Clinical research ed.), 359, 5245*.
7. Campos León, A. (2021). Programa de intervención grupal dirigido a familiares y pacientes con anorexia nerviosa.
8. Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., Fairburn, C. (1987). The Development and Validation of The Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders. 6(4), 485-494*.
9. Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Current psychiatry reports, 18(1), 2*.
10. Gambrill, E., & Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior therapy, 6, 550-561*.
11. Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España: TEA Ediciones.

12. Golden, N. H., Schneider, M., & Wood, C. (2016). Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, 138(3).
13. Gruber, M., König, D., Holzhäuser, J., Castillo, D. M., Blüml, V., Jahn, R., ... & Werneck, H. (2020). Parental feeding practices and the relationship with parents in female adolescents and young adults with eating disorders: A case control study. *Plos one*, 15(11), e0242518.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
15. Hernández, M. (2016). Lo que la mente cree, la mente lo crea: de anorexia nerviosa y terapia cognitivo-conductual.
16. Herpertz-Dahlmann B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177–196.
17. Hillege S, Beale B, McMaster R. Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *J Clin Nurs*. 2006;15(8):1016–1022.
18. Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.
19. Leme, A., Thompson, D., Lenz Dunker, K. L., Nicklas, T., Tucunduva Philippi, S., Lopez, T., Vézina-Im, L. A., & Baranowski, T. (2018). Obesity and eating disorders in integrative prevention programmes for adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 8(4), e020381.
20. Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 101(12), 1168–1175.

21. Mangweth-Matzek, B., & Hoek, H. W. (2017). Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 446–451.
22. Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
23. Millon, T., Millon, C., y Davis, R. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
24. Morandé, G., Graell, M., & Blanco, M.A. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Panamericana.
25. Rome, E. S., & Strandjord, S. E. (2016). Eating Disorders. *Pediatrics in review*, 37(8), 323–336.
26. Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
27. Souza, V. C. G., & Garcia, A. C. B. B. F. (2021). Terapia cognitivo-comportamental: tratamento da anorexia nervosa em mulheres jovens. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 41(101), 185-192.
28. Tobal, M. & Vindel, C. (2007). *Inventario de Situaciones y respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Manual (6aed.). Madrid: TEA Ediciones, S. A.
29. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 899–911.
30. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet. Psychiatry*, 2(12), 1099–1111.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: EDI-2

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4	Suelo comer cuando estoy disgustado.
5	Suelo hartarme de comida.
6	Me gustaría ser más joven.
7	Pienso en ponerme a dieta.
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10	Me considero una persona poco eficaz.
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso.
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14	La infancia es la época más feliz de la vida.
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16	Me aterroriza la idea de engordar.
17	Confío en los demás.
18	Me siento solo en el mundo.
19	Me siento satisfecho con mi figura.
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22	Preferiría ser adulto a ser niño.
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24	Me gustaría ser otra persona.
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27	Me siento incapaz.
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30	Tengo amigos íntimos.
31	Me gusta la forma de mi trasero.
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

- 35** Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
- 36** Me fastidia no ser el mejor en todo.
- 37** Me siento seguro de mí mismo.
- 38** Suelo pensar en darme un atracón.
- 39** Me alegra haber dejado de ser un niño.
- 40** No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
- 41** Tengo mala opinión de mí.
- 42** Creo que puedo conseguir mis objetivos.
- 43** Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
- 44** Temo no poder controlar mis sentimientos.
- 45** Creo que mis caderas son demasiado anchas.
- 46** Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
- 47** Me siento hinchado después de una comida normal.
- 48** Creo que las personas son más felices cuando son niños.
- 49** Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
- 50** Me considero una persona valiosa.
- 51** Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

- 52** Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
- 53** Pienso en vomitar para perder peso.
- 54** Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
- 55** Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
- 56** Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
- 57** Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
- 58** Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
- 59** Creo que mi trasero es demasiado grande.
- 60** Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
- 61** Como o bebo a escondidas.
- 62** Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
- 63** Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
- 64** Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
- 65** La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
- 66** Me avergüenzo de mis debilidades humanas.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 Siempre
-------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	--------------------------	---------------------

- 67** La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
- 68** Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
- 69** Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
- 70** Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
- 71** Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
- 72** Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
- 73** Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
- 74** Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
- 75** La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
- 76** La gente comprende mis verdaderos problemas.
- 77** Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
- 78** Comer por placer es signo de debilidad moral.

- 79** Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
- 80** Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
- 81** Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
- 82** Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
- 83** Los demás dicen que me irrito con facilidad.
- 84** Tengo la sensación de que todo me sale mal.
- 85** Tengo cambios de humor bruscos.
- 86** Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- 87** Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- 88** El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
- 89** Sé que la gente me aprecia.
- 90** Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
- 91** Creo que realmente sé quién soy.

FIN DE LA PRUEBA

9.1.1. Descripción de las áreas

- **Obsesión por la delgadez (DT):** Esta área habla sobre la posible presencia de aquellas características asociadas con el inicio y mantenimiento de los síntomas de los TCA, tales como presencia y preocupación por la dieta y el peso, intenso miedo a ganar peso y fuerte deseo a estar más delgada.
- **Bulimia (B):** Indica la existencia de pensamientos o de conductas impulsivas a la hora de ingerir alimentos, pudiendo de esta forma diferenciar entre anorexia restrictiva o purgativa.
- **Insatisfacción corporal (BD):** Posible indicador de insatisfacción corporal tanto con la forma general del cuerpo como con las partes concretas del mismo. Resulta un factor determinante para el mantenimiento de conductas extremas para controlar el peso.
- **Ineficacia (I):** Muestran la existencia de sensación de vacío emocional, soledad y sentimientos de incompreensión a uno mismo. Es posible que se sienta apartada de los otros, perdida, y que no goza de reconocimiento de los demás.
- **Perfeccionismo (P):** Esta escala muestra la tendencia a imponerse a sí misma la necesidad de alcanzar altos niveles de logro personal y puede estar detrás de los intentos de mantener con precisión el peso.
- **Desconfianza interpersonal (ID):** Esta área evalúa la posible existencia de un bajo interés a la hora de establecer relaciones más íntimas debido a la dificultad para expresar los propios pensamientos y sentimientos.
- **Conciencia interoceptiva (IA):** Se encarga de evaluar el nivel de confusión o la dificultad para la interpretación emocional y la respuesta a las mismas. Además, se relaciona también con la confusión ante las sensaciones viscerales de hambre y saciedad.
- **Miedo a la madurez (MF):** Hace referencia al deseo de seguir siendo un niño debido al sentimiento de seguridad que la persona poseía durante la infancia.
- **Ascetismo (A):** Indicador de una posible tendencia hacia la autodisciplina, el sacrificio, la superación y el control.

- **Impulsividad (IR):** Evalúa la imposibilidad de regular los propios impulsos que puede actuar como un factor mantenedor de la enfermedad.
- **Inseguridad social (SI):** Las puntuaciones en esta escala reflejan la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, insatisfactorias.

9.2. Anexo 2: Escala de Rosenberg

Escala de Rosenberg

A continuación se le presenta un listado de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas y señale el grado en que usted se siente de acuerdo con dicha afirmación.

4 = Totalmente de acuerdo

3 = De acuerdo

2 = En desacuerdo

1 = Totalmente en desacuerdo

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Creo que soy una persona de valía, al menos tan valiosa como otras | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Creo que tengo varias buenas cualidades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. En resumen, estoy inclinado a pensar que soy un fracaso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Siento que no tengo mucho de que enorgullecerme | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Tengo una actitud positiva respecto a mi mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. En general estoy satisfecho conmigo mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me gustaría tener mejor concepto de mi mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ciertamente, a veces me siento inútil | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. A veces pienso que no sirvo para nada | 1 | 2 | 3 | 4 |

9.3. Anexo 3: BDI

BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido DURANTE ESTA ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que esta a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay mas de una afirmación que considere aplicable a su caso, indíquela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

- | | |
|--|--|
| <p>1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p> | <p>12. 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.</p> |
| <p>2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1 Me siento desanimado respecto al futuro.
2 Siento que no tengo que esperar nada.
3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran.</p> | <p>13. 0 Tomo decisiones mas o menos como siempre he hecho.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomas decisiones me resulta mucho mas dificil que antes.
3 Ya me es imposible tomar decisiones.</p> |
| <p>3. 0 No me siento fracasado
1 Creo que he fracasado mas que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> | <p>14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Me temo que ahora parezco mas viejo o poco atractivo.
2 Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.</p> |
| <p>4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no obtengo satisfacción autentica de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido del todo.</p> | <p>15. 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3 No puedo hacer nada en absoluto.</p> |
| <p>5. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.</p> | <p>16. 0 Duermo tan bien como antes.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta dificil volver a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p> |
| <p>6. 0 No creo que este siendo castigado.
1 Siento que quizás pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.</p> | <p>17. 0 No me siento mas cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p> |
| <p>7. 0 No estoy decepcionado de mi mismo
1 Estoy decepcionado de mi mismo
2 Me avergüenzo de mi mismo
3 Me detesto</p> | <p>18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.</p> |
| <p>8. 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 ME autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> | <p>19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1 He perdido más de 2kg.
2 He perdido más de 4kg.
3 He perdido más de 7kg.</p> |
| <p>9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometeria.
2 Desearia suicidarme.
3 Me suicidaria si tuviese la oportunidad.</p> | <p>19b. Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO</p> |
| <p>10. 0 No lloro más de lo que solía.
1 A veces lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.</p> | <p>20. 0 No estoy más preocupado por mi salud de lo normal.
1 Estoy preocupado por problemas fisicos como dolores, molestias, malestar de estomago o estreñimiento.
2 Estoy preocupado por mis problemas fisicos y me resulta dificil pensar en algo más.
3 Estoy tan preocupado por mis problemas fisicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.</p> |
| <p>11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
1 Me molesto o irritado más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 No me irrita en absoluto por las cosas que antes solian irritarme</p> | <p>21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p> |

9.4. Anexo 4: MCMI-II



INVENTARIO CLÍNICO MULTIAxIAL DE MILLON (II)

MCMII - II

TH. MILLON

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.
2. Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. Si ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero).

2. "Mido más de tres metros"
Esta frase es falsa para Vd. por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso).

Hoja de Respuestas

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	F
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN



Copyright © 1976, 1981, 1983, 1985, 1987, 1990 by Theodore Millon.

Adaptación española: Alejandro Ávila-Espada (Director) y cols. - Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso de NCS, National Computer Systems (USA) - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tintas verde y gris. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Casillas, S.L.; Agustín Calvo, 47; 28043 MADRID - Depósito Legal: M - 4.290 - 1996.

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.

16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Ultimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

31. Cuando entro en crisis busco enseguida a alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.

46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posible muchas veces entorpece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

-
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
 91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
 92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
 93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
 94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
 95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
 96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
 97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
 98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
 99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
 100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
 101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
 102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
 103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
 104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionadamente mal.

105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

**COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO
NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR**

A continuación, vamos a definir aquellas áreas en las que la paciente tiene puntuaciones significativas.

9.4.1. *Escalas básicas*

- **Escala 1 - Esquizoide:** Estos pacientes se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas.
- **Escala 2 - Fóbica:** Estos pacientes experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. Sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.
- **Escala 3 - Dependiente:** Estos individuos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo los proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental. Como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer qué atenciones y apoyos pueden encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto
- **Escala 8A - Pasivo-Agresiva:** Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo-ambivalente (compulsivo); sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra

un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

- **Escala 8B - Autodestructiva:** Se relacionan con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Centrándonos en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable

9.4.2. *Personalidad patológica*

- **Escala S - Esquizotípica:** Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Inclinedos a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes. Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien una cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.
- **Escala C - Límite:** Estos individuos suelen presentar estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Además, presentan una disrregulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros

9.4.3. *Síndromes clínicos*

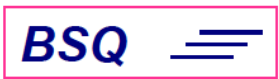
- **Escala A - Ansiedad:** Estos pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada
- **Escala H - Histeriforme:** Aquí encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo.
- **Escala D - Neurosis depresiva:** Las puntuaciones altas implican que, aunque no aparezca en la vida cotidiana del paciente, se ha visto afectado por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los períodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida
- **Escala B - Abuso de alcohol:** Las puntuaciones altas del paciente probablemente indican una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. Lo importante en esta escala y la siguiente (Abuso de las drogas) es la oportunidad de situar el problema dentro del contexto del estilo de personalidad total de afrontamiento y de funcionamiento del paciente
- **Escala T - Abuso de drogas:** Es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para

manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. Esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles, como la escala de Abuso del alcohol, y puede ser útil para identificar sujetos con problemas de abuso de las drogas que no están dispuestos a admitir su problema.

9.4.4. *Síndromes clínicos graves*

- **Escala SS - Pensamiento psicótico:** Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante.
- **Escala CC - Depresión mayor:** Estos pacientes son habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este periodo -son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable, quejumbroso y lacrimógeno.

9.5. Anexo 5: BSQ



1/2

Identificación Fecha

A: Nunca B: Raramente C: Algunas veces D: A menudo E: Muy a menudo F: Siempre

	A	B	C	D	E	F
1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Sintió temor a volverse gorda (o a engordar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo bastante firme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿El estar desnuda (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gorda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación **Fecha**

	A	B	C	D	E	F
21. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿El verse reflejada (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

9.6. Anexo 6: ISRA

N.º 150

ISRA

Apellidos y nombre Edad Sexo
 (V o M)

Centro Curso/Puesto Estado civil

Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces sí y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	1. Me desconcierto; no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	
1. Si un problema me preocupa mucho,						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima,						

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).

Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
 Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 5.757 - 1986.

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

1. Me preocupo fácilmente.
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos o serm. tales como "interior", "torpe", etc. a mí mismo.
3. Me siento inseguro de mí mismo.
4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.
5. Siento miedo.
6. Me cuesta concentrarme.
7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

- RESPUESTAS**
1. Siento molestias en el estómago
 2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
 3. Me tiemblan las manos o las piernas.
 4. Me duele la cabeza.
 5. Mi cuerpo está en tensión.
 6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa
 7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.
 8. Siento náuseas o mareo
 9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
 10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.

F

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10. Si tengo que hablar en público.												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
	ΣR										TOTAL	:2=

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

1. Lloro con facilidad.
2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (trascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).
3. Fumo, como o bebo demasiado.
4. Trato de evitar o rehuir la situación.
5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
6. Cuando paralizado o mis movimientos son torpes.
7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

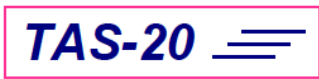
ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

9.7. Anexo 7: Inventario de asertividad

Grado de ansiedad		Probabilidad de respuesta
	Decir que No cuanto te piden prestado el coche	
	Hacer un cumplido a un amigo	
	Pedir un favor a alguien	
	Resistir ante la insistencia de un vendedor	
	Disculparse cuando cometes una falta	
	Rehusar una invitación a una cita o a una reunión	
	Admitir que estas asustado y pedir ayuda	
	Decir a una persona con la que mantienes una relación íntima que algo de lo que está haciendo o diciendo te molesta	
	Pedir un ascenso	
	Admitir tu ignorancia sobre algún tema	
	Decir que No cuanto te piden dinero prestado	
	Hacer preguntas personales	
	Cortar a un amigo demasiado charlatán	
	Pedir críticas constructivas	
	Iniciar una conversación con un desconocido	
	Hacer un cumplido a una persona de la que estas enamorado o por la que estas interesado	
	Pedir una cita a alguien	
	Pedir una cita a alguien que ya te rechazó en otra ocasión	
	Admitir tus dudas sobre algún aspecto que se esté discutiendo y pedir que te lo aclaren	
	Solicitar un empleo	
	Preguntar a alguien si le has ofendido	
	Decir a alguien que te cae bien	
	Exigir que te atiendan cuando te hacen esperar más de la cuenta (por ejemplo en un restaurante)	
	Discutir abiertamente con otra persona una crítica que te haya hecho sobre tu forma de actuar	
	Devolver cosas defectuosas o en mal estado (por ejemplo en una tienda o en un restaurante)	
	Expresar una opinión distinta de la que mantiene la persona con quién estás hablando	
	Resistirte a proposiciones sexuales cuando no estás interesado	
	Decir a alguien que ha hecho o dicho algo que es injusto para ti	
	Aceptar una cita	
	Contarle a alguien buenas noticias con respecto a ti	
	Resistirte a la insistencia de alguien para que bebas	

	Oponerte a una exigencia injusta de alguien importante	
	Despedirte de un trabajo	
	Resistirte a las presiones de otros para relacionarse contigo	
	Discutir abiertamente con alguien la crítica que ha hecho de tu trabajo	
	Pedir que te devuelvan algo que has prestado	
	Recibir cumplidos	
	Seguir conversando con alguien que esté en desacuerdo contigo	
	Decir a un amigo o compañero de trabajo que algo que ha dicho o hecho te ha molestado	
	Pedir a alguien que te está molestando en público que deje de hacerlo	

9.8. Anexo 8: TAS-20



Identificación Fecha

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual.

Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

- A:** Muy en desacuerdo **B:** En desacuerdo **C:** Ligeramente en desacuerdo
D: Ligeramente de acuerdo **E:** De acuerdo **F:** Muy de acuerdo

	A	B	C	D	E	F
1.- A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Estar en contacto con las emociones es esencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- La gente me dice que exprese más mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- No sé qué pasa dentro de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- A menudo no sé por qué estoy enfadado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

9.9. Anexo 9: Plan de vida.



PLAN DE VIDA

·Nombre:

·Fecha:

·Medicación:

·Alimentación:

Horario de comidas: D: 9.30h MM:11.30h C:14.30h ME: 17.30h Ce:21.00h

Agua:

·Batidos/Suplemento:

·Reposos:

- 1h después de comida y cena
- 30 min después de De, MM y Me.

·Indicaciones:

- No se permite saltar ninguna comida.
- Es obligatorio comer 1, 2º con guarnición, pan y postre en CO y CE.
- Se debe comer todo lo que haya en el plato, sin excepción.
- Debe mezclar los alimentos y comerlos juntos
- El ritmo de comidas tiene que ser normal, ni muy rápido ni muy lento.
- No se deben cortar los alimentos en trozos muy pequeños.
- Irá al baño antes de las ingestas, nunca después.
- Irá al baño acompañada
-
-
-
-
-
-

PLAN DE VIDA

REGISTRO COMIDAS

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO							
M MAÑANA							
COMIDA							
MERIENDA							
CENA							

PLAN DE VIDA

ORGANIZACIÓN SEMANA COMPLETA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
·Mañana	·Mañana	·Mañana	·Mañana	·Mañana	·Mañana	·Mañana
·Tarde	·Tarde	·Tarde	·Tarde	·Tarde	·Tarde	·Tarde
·Noche	·Noche	·Noche	·Noche	·Noche	·Noche	·Noche

PLAN DE VIDA

OBJETIVOS

-
-
-
-
-
-

ELOGIOS

-
-
-
-
-

ASPECTOS POSITIVOS DEL FIN DE SEMANA

-
-
-
-
-
-

VALORACIÓN Y DIFICULTADES POR ÁREA